



Università degli Studi di Padova

Dipartimento di Psicologia Generale

Dipartimento di Filosofia, Sociologia, Pedagogia e Psicologia Applicata

Corso di laurea magistrale in

Psicologia Clinica

Sicurezza urbana e inclusione sociale attraverso un servizio a bassa soglia.

Il caso di studio delle Cucine Economiche Popolari di Padova

Urban security and social inclusion through a low threshold service.

The case study of the Cucine Economiche Popolari of Padua

Relatore

Prof. Adriano Zamperini

Correlatrice esterna

Dott.ssa Marialuisa Menegatto

Laureanda

Giulia Tosoni

n. matricola 1234482

Anno Accademico 2020/2021

INDICE

Introduzione	1
Capitolo 1 – Il fenomeno della povertà e del disagio urbano.....	3
1.1 Povertà ed esclusione sociale.....	3
1.1.1 La povertà in Italia.....	13
1.1.2 La povertà relazionale.....	14
1.2 Le conseguenze del vivere in condizioni di marginalità.....	17
1.2.1 Le conseguenze a livello individuale.....	17
1.2.2 Lo stigma e le conseguenze sul piano relazionale.....	22
1.2.3 Le conseguenze comunitarie.....	26
Capitolo 2 – Le Cucine Economiche Popolari.....	28
2.1 La psicologia urbana e il contesto urbano.....	28
2.2 Il ruolo dei servizi a bassa soglia.....	33
2.3 Le Cucine Economiche Popolari: una realtà padovana.....	35
2.3.1 I servizi delle Cucine Economiche Popolari.....	36
2.3.2 Le Cucine Economiche Popolari come attori sociali della sicurezza urbana.....	41
Capitolo 3 – Gli ospiti.....	46
3.1 Gli ospiti delle Cucine Economiche Popolari.....	46
3.2 Risultati anno 2019.....	48
3.2.1 Conclusioni dell’anno 2019.....	56
3.3 Risultati anno 2020.....	58
3.3.1 Conclusioni dell’anno 2020.....	66
3.4 Risultati servizio medico nell’anno 2020.....	68
3.4.1 Conclusioni del servizio medico nell’anno 20.....	74

3.5 Risultati servizio mensa nell'anno 2020.....	75
3.5.1 Conclusioni del servizio mensa del 2020.....	81
Capitolo 4 – Gli ospiti abituali	84
4.1 Gli ospiti abituali delle Cucine Economiche Popolari	84
4.2 Risultati primo semestre dell'anno 2021	87
4.2.1 Analisi delle note relative agli ospiti abituali.....	94
4.2.2 Profilo d'utenza del primo semestre dell'anno 2021.....	98
Capitolo 5 – Discussione dei dati.....	100
5.1 Confronto tra i profili d'utenza.....	100
5.1.1 Confronto tra gli anni 2019 e 2020.....	100
5.1.2 Confronto tra profilo d'utenza generale e abituale.....	104
5.2 Possibili approfondimenti futuri.....	107
Conclusioni.....	111
Bibliografia.....	113
Appendice.....	122

INTRODUZIONE

Studiare psicologia ha significato accettare che qualsiasi fenomeno ha molte sfaccettature e che per comprenderlo realmente sia necessario analizzare ogni sua parte: dalla radice più profonda e lontana fino al suo esito ultimo. Semplificare e cercare una soluzione unilaterale a tutti i costi è rischioso e dannoso: siamo persone complesse, che vivono una realtà altrettanto complessa, e il rischio di polarizzare le spiegazioni e le opinioni è sempre maggiore. Ritengo fondamentale il ruolo della psicologia, che può farsi da interprete in un mondo che cambia velocemente dinamiche, aiutando i singoli a comprendere meglio loro stessi e la realtà che ci circonda.

È con questo atteggiamento di curiosità e interesse che ho accettato di lavorare all'interno della collaborazione stilata tra il Dipartimento FISPPA dell'Ateneo di Padova e le Cucine Economiche Popolari. L'obiettivo della mia tesi è mostrare la complessità che esiste all'interno del contesto urbano, e come il ruolo di un servizio a bassa soglia possa essere importante nel creare un contatto con coloro che vivono diverse tipologie di povertà. Il lavoro di analisi condotto in questa tesi vuole restituire un'immagine degli utenti delle Cucine Economiche Popolari di Padova. Sulla base di queste considerazioni sarebbe interessante condurre studi più strutturati per comprendere le condizioni di salute psicologica dell'utenza delle Cucine, focalizzandosi sui bisogni degli ospiti per poter in futuro creare servizi ad hoc, costruiti per rispondere sempre più adeguatamente alle diverse e complesse esigenze degli utenti.

Il percorso che viene in questa tesi presentato vuole restituire, quindi, la complessità della realtà urbana di Padova. Il primo capitolo fornirà una cornice teorica attorno ai concetti di povertà ed esclusione sociale. La povertà, sia materiale che relazionale, spesso conduce a situazioni di esclusione sociale e di ostracismo, che portano con loro conseguenze a più

livelli. Si descriveranno quindi le conseguenze individuali della povertà e dell'esclusione sociale, lo stigma associato a tali fenomeni e le conseguenze sul piano relazionale ed infine le conseguenze all'interno della comunità.

Nel secondo capitolo verrà approfondito il ruolo del contesto. Grazie agli apporti della psicologia urbana verranno delineati quei fenomeni caratteristici della città e come questi si collochino tra il singolo e la comunità. Ci si concentrerà sul ruolo dei servizi a bassa soglia e sul loro contributo per il benessere della comunità. Infine, verrà descritto il servizio offerto dalle Cucine Economiche Popolari di Padova, descrivendo il loro modo di inserirsi all'interno della città.

Il terzo capitolo è dedicato all'analisi dei dati relativi all'utenza delle Cucine: verranno descritti l'età, la nazionalità, la condizione di regolarità a sostare nel nostro Paese, la condizione abitativa e lavorativa e il possesso di un telefono cellulare rispetto agli ospiti degli anni 2019 e 2020 e relativamente al servizio medico e al servizio mensa nell'anno 2020. Alla fine del capitolo saranno presentati diversi profili d'utenza relativi ai diversi periodi e servizi considerati.

Nel quarto capitolo sarà condotta la stessa analisi appena descritta, circoscritta agli ospiti abituali delle Cucine. Delineando il profilo d'utenza dell'ospite abituale si potrà comprendere chi sono le persone che vivono situazioni di maggiore difficoltà. Infine, nel quinto capitolo si metteranno a confronto i profili d'utenza presentati nei capitoli 3 e 4, commentando differenze e punti di contatto. Una parte dedicata alle proposte future si trova alla fine di tale capitolo, nella speranza e fiducia che l'interesse per questi argomenti rimanga alto.

CAPITOLO 1

Il fenomeno della povertà e del disagio urbano

1.1 Povertà ed esclusione sociale

I concetti di povertà ed esclusione sociale sono strettamente collegati, a livello semantico e a livello pratico. I due termini sono stati ampiamente analizzati dalla letteratura internazionale, che ha provato a definire entrambi secondo parametri oggettivi, esposti di seguito.

Il concetto di povertà ha subito evoluzioni temporali, anche legate al periodo storico e agli avvenimenti nazionali e internazionali. Il sociologo Marck Shucksmith ha definito la povertà non solo come una difficoltà finanziaria della persona, ma ha sottolineato la necessità di considerare anche altri aspetti legati alla condizione di povertà: condizioni di vita avverse, stato di salute precario, scarso accesso alle cure, ai servizi abitativi ed educativi (Shucksmith, 2012). Questa definizione ricalca quella delle Nazioni Unite del 1995, che delinea la povertà come “una condizione caratterizzata da grave privazione dei bisogni umani fondamentali, inclusi cibo, acqua potabile, strutture igienico-sanitarie, salute, riparo (abitazione), istruzione e informazione” (p. 57). Questa definizione di povertà, che mirava ad essere universale, non tiene però conto della complessità del fenomeno e della sua multidimensionalità.

All'interno del contesto europeo nel 2010 gli Stati membri hanno adottato la Strategia EU2020, che tra i vari obiettivi ha anche quello di un'azione comunitaria per ridurre il tasso di povertà, la percentuale di persone a rischio povertà e l'esclusione dal mondo del lavoro. La povertà, all'interno del contesto europeo, viene misurata con un indicatore di rischio di povertà, che individua le persone a rischio di povertà sulla base del reddito

familiare. Questo indicatore è una misura relativa, ovvero viene calcolato rispetto alle condizioni generali di un Paese: viene considerata a rischio di povertà la persona che ha un reddito inferiore al 60% della media nazionale della popolazione generale.

Questa definizione rimanda ad un'immagine statica della povertà, e probabilmente anche per questo motivo la Commissione Europea nel 2010 ha introdotto altri indici di valutazione della condizione di povertà. Per comprendere meglio tale fenomeno complesso è necessario considerare anche un indicatore di deprivazione materiale: è stata stilata una lista di 9 item, che descrivono beni materiali e servizi a cui la persona può accedere se possiede una certa stabilità e sicurezza economica: se la persona non possiede 4 o più di questi fattori viene considerata a rischio. Accanto a questi indicatori, nella valutazione dello stato di povertà, viene considerata anche l'esclusione dal mondo del lavoro, e come questo incide sulla condizione economica della famiglia, in relazione alla numerosità e all'età delle persone che la compongono. In questo modo è possibile individuare le persone più vulnerabili, non solo quelle che vivono in una condizione di minore agiatezza economica. È utile anche considerare l'indicatore dell'intensità della povertà: quanto vicino alla soglia di povertà si trovano le persone che sono indicate come "a rischio di povertà" (ovvero quanto si collocano al di sotto dei valori di cutoff).

L'uso congiunto di questi indicatori è fondamentale, poiché alcuni sono indicatori assoluti (come l'indicatore di deprivazione materiale), mentre altri tengono conto del contesto in cui vengono usati (come l'indicatore dell'incidenza di rischio di povertà) (Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, 2010).

Oltre a questi parametri utilizzati da tutti gli Stati membri, ogni Stato è libero di adottare una propria definizione di povertà, e su questa costruire degli strumenti e degli indici per

misurarla. Ciò crea delle difficoltà nel condurre confronti tra gli Stati Europei e individuare gli Stati nei quali la povertà è maggiormente presente (Jeheol-Gijsbers & Vrooman, 2007).

In uno studio condotto da Laderchi e collaboratori (2003) sono stati descritti i principali approcci con i quali ci si può interfacciare allo studio della povertà. Ognuno di questi approcci prende in considerazione vari aspetti dell'oggetto di studio (la povertà):

- l'universalità del fenomeno: è necessario interrogarsi su quanto e se sia possibile descrivere la povertà in termini universali, o se si debba considerare sempre la realtà nella quale si sta conducendo l'indagine;
- il metodo utilizzato per misurare la povertà può essere oggettivo, e quindi basarsi su parametri oggettivi relativi alla vita della persona, o soggettivo; in questo secondo caso si pone il problema se si intende la soggettività del ricercatore o della persona indagata/intervistata;
- la definizione del cutoff, ovvero definire oltre quale parametro una persona viene inserita nella categoria di povertà. Questo aspetto apre due importanti questioni: come è possibile definire un qualsiasi parametro di esclusione e se questo parametro debba essere universale o relativo al contesto in cui viene usato;
- l'unità considerata: è necessario definire se si vuole indagare lo stato di povertà del singolo individuo, della famiglia, della rete sociale intorno alla persona, della comunità o dello Stato;
- l'aspetto della multidimensionalità: solo alcuni approcci riconoscono la numerosità di fattori che influenzano la condizione di povertà e i diversi modi in cui la povertà può manifestarsi;

- l'orizzonte temporale oltre il quale è necessario identificare uno stato di povertà. Molte persone entrano ed escono continuamente dallo stato di povertà, mentre altre vivono in condizioni di difficoltà per lunghi periodi della loro vita.

Alla luce di queste considerazioni gli autori hanno identificato quattro diversi approcci teorici che affrontano in modo diverso il tema della povertà; ogni approccio porta con sé delle conseguenze sul piano della rappresentazione dei poveri, dell'atteggiamento nei loro confronti e sul piano delle politiche sociali adottate per intervenire (sia a livello statale sia a livello di comunità). I quattro approcci sono i seguenti:

- *Approccio monetario*: individua la povertà come un deficit di consumo o di reddito in base ad una soglia di povertà definita a priori. Il consumo o il reddito vengono valutati in base al contesto in cui vive la persona (Grosh & Glewwe, 2000). Il concetto di povertà monetaria che si crea può essere facilmente misurato grazie agli indicatori di reddito, e per questo è largamente usata. Questo approccio considera però solamente le risorse private, e non quelle sociali (accesso all'educazione o alla sanità, l'ambiente di vita, la presenza o meno di servizi pubblici). Questo si riflette in politiche sociali che mirano a migliorare le risorse private (il reddito personale) senza investire nel miglioramento dei servizi offerti ai cittadini;

- *Capability approach*: seguendo questa concettualizzazione non ci si focalizza sui beni materiali che una persona possiede (o potrebbe possedere in base al suo reddito), ma su degli indicatori che misurano la libertà della persona di vivere una "vita di valore". La povertà viene quindi teorizzata come l'impossibilità o la difficoltà nel mettere in pratica le "*basic capabilities*", definite come le capacità di base che permettono di soddisfare alcune aree del funzionamento della persona (Sen, 1993). L'enfasi viene posta sulla qualità di vita della persona, che può essere migliorata dal suo reddito, ma che non

dipende unicamente da esso. Intervengono molte altre variabili a definire queste capacità di base, tra le quali i servizi offerti dalla comunità. L'aspetto difficoltoso di questo approccio è la definizione di "capacità di base", che possono essere riassunte in alcune categorie: salute fisica, aspettativa di vita, integrità fisica, capacità di immaginazione e pensiero, emozioni e attaccamento, affiliazione e relazioni sociali, attività piacevoli, controllo politico (scelta) e materiale (proprietà) (Nussbaum, 2000). Nonostante l'accordo generale attorno a queste categorie, esse rappresentano dei potenziali comportamenti che la persona può mostrare e difficilmente sono osservabili empiricamente; questo rende difficoltosa la raccolta sistematica di dati rispetto alle capacità di base. Per tale motivo spesso si tendono a misurare l'aspettativa di vita, i livelli di nutrizione, l'alfabetizzazione e il rischio di mortalità. Seppur questo approccio tenga in considerazione gli aspetti più personali e complessi della povertà, mostra anche notevoli limiti per quanto riguarda la misurazione empirica;

- Esclusione sociale: questo approccio si focalizza sullo stato di marginalità ed esclusione che una persona può vivere rispetto alla sua realtà, indipendentemente dalla ricchezza dello Stato in cui vive; indica una condizione che esclude parzialmente o totalmente una persona dalla partecipazione attiva all'interno della società in cui vive (European Foundation, 1995). L'esclusione sociale è un tema strettamente correlato alla povertà, e viene descritta come: a) relativa, ovvero in relazione ad una specifica realtà, b) prodotto delle azioni di un agente o di più agenti, c) dinamica, una condizione che si evolve nel tempo (Atkinson, 1998; Micklewright, 2002). Il legame tra esclusione sociale e povertà verrà discusso di seguito;

- Approccio partecipativo: non si basa su definizioni esterne di "povertà" ma coinvolge la persona intervistata nella definizione di ciò che significa per lei vivere in una condizione

di povertà (Chambers, 1994; 1997). Tale approccio ha richiesto la messa a punto di strumenti adeguati ad indagare le rappresentazioni delle persone circa la povertà; in questo processo si sono definiti tre tipi di approcci partecipativi: il primo associato all'autodeterminazione e all'empowerment; il secondo associato al miglioramento dei programmi e dei servizi; e il terzo volto ad enfatizzare il mutuo-apprendimento. Questo approccio è quello che maggiormente conferisce importanza alla visione della persona rispetto alla sua condizione di vita, rendendola parte attiva della ricerca o dell'indagine. Si evita in questo modo di imporre standard esterni per valutare la qualità di vita di una persona, ma questo rende condurre fare analisi statistiche e studi scientifici.

Tutti gli approcci descritti sono accomunati dal fatto che qualsiasi definizione venga data di "povertà" risentirà dello specifico contesto in cui viene creata.

Si deve tenere a mente anche le diverse volontà che sottendono a tale definizione: può essere presente la volontà di definire il fenomeno dal punto di vista universale, come fatto dalle Nazioni Unite, oppure dal punto di vista locale, come fatto dagli Stati europei. Questa intenzione ha importanti ripercussioni sulle politiche adottate dal punto di vista locale o nazionale. Le politiche messe in atto dagli Stati hanno ripercussioni dirette e indirette nella vita delle persone, e contribuiscono a creare quel legame tra Stato e individuo. L'esclusione sociale si colloca come fenomeno di rottura di questo legame (Silver, 1994).

Mentre la povertà è caratterizzata dall'impossibilità ad accedere a certi servizi da parte della persona per una carenza di risorse, l'esclusione sociale si delinea come un fenomeno più complesso, ma strettamente legato alla povertà.

L'esclusione sociale può essere definita come una forma di controllo istituzionale che impedisce a degli individui di accedere a certi luoghi e servizi (Madanipour, 2011). Per

alcuni studiosi l'esclusione sociale è definita come un processo che prende forma attraverso quattro sistemi (Philip & Shucksmith, 2003; Reimer, 2004): relazioni di mercato (o relazioni private); rapporti burocratici (o sistemi amministrativi statali); relazioni associative (o processi di azione collettiva basati su interessi comuni); relazioni comunitarie (o basate su un'identità condivisa, nella rete familiare e amicale). La coesione e il funzionamento di questi sistemi incidono sullo stato di benessere e sulle condizioni di vita della persona, garantendole un ruolo attivo all'interno della società in cui vive.

L'esclusione sociale può essere definita come multidimensionale poiché ognuno di questi fattori può interferire con l'inclusione attiva della persona nella società. Per questo motivo una persona può vivere una condizione di esclusione ad un solo livello o in più di uno. A differenza del concetto di povertà, l'esclusione sociale si basa su problemi che riguardano la relazione tra individuo e diversi sistemi (mercato del lavoro, bassa partecipazione cittadina, isolamento sociale e percezione di potere).

Per tale motivo la povertà viene descritta in termini di staticità, unidimensionalità e di distribuzione di risorse, mentre l'esclusione sociale coinvolge i concetti di dinamicità, multidimensionalità e relazione (Jeheol-Gijsbers & Vrooman, 2007). Mentre la povertà si riferisce alla condizione finanziaria di una persona, l'esclusione sociale combina fattori sociali, economici e sociali, e per questo non viene considerata limitatamente alla sfera dell'individuo ma si estende alla sfera della società (Stranges, 2007; Sen, 1997). Questa netta divisione teorica non mostra confini così definiti quando ci si cala nelle condizioni di vita reale. Infatti, è solo considerando entrambi i fenomeni che si può comprendere l'ampio raggio di problemi che affliggono parte della popolazione e che la escludono dalla vita attiva dei propri Paesi e delle proprie realtà.

Per studiare la povertà e l'esclusione sociale si possono considerare i diversi livelli nei quali questi si manifestano; si tratta infatti in entrambi i casi di fenomeni complessi, che non possono essere compresi prendendo in considerazione una sola variabile (come ha proposto l'approccio monetario alla povertà).

Sia l'esclusione sociale che lo stato di povertà possono nascere da una discriminazione volta a qualcuno per la sua età, per le sue origini o per il suo stato di salute. Allo stesso modo la povertà e/o l'esclusione sociale possono essere innescate dalle organizzazioni locali che non tutelano la salute, il lavoro o l'educazione di una persona. Queste politiche locali possono essere supportate ed incoraggiate da politiche o da atteggiamenti a livello nazionale; in questo modo anche lo Stato è complice della catena di povertà ed esclusione sociale che si crea (Schuyt & Voorham, 2000).

Essendo un fenomeno complesso, anche l'esclusione sociale può essere studiata analizzando le due componenti che la definiscono (Jeheol-Gijsbers & Vrooman, 2007):

- l'esclusione economica e strutturale: si manifesta con la deprivazione materiale, ovvero la difficoltà nel soddisfare i bisogni di base e reperire beni di prima necessità, avere debiti e problemi finanziari, e con il mancato accesso a servizi governativi o statali per l'aiuto alla persona. L'individuo per problemi finanziari o per altri ostacoli non può avere accesso a servizi medici, sociali, educativi per i propri figli, non può richiedere prestiti o rivolgersi agli uffici di collocamento. Tutto questo determina un precario stato di sicurezza per la persona;

- l'esclusione socioculturale: si compone di insufficiente integrazione sociale e culturale.

Con il primo termine si intende la difficoltà della persona di inserirsi in una rete (formale o informale) di partecipazione sociale; questo comporta uno scarso supporto sociale, che facilmente sfocia in isolamento sociale. Con insufficiente integrazione culturale, invece,

si intende la difficoltà della persona nel fare proprie le norme e valori della comunità; questo può tradursi in comportamenti che non rispettano la responsabilità richiesta al cittadino o in comportamenti contro la legge, che ledono l'integrità di una comunità o le persone che vivono in quella comunità. Questo genere di comportamenti e atteggiamenti crea una distanza fra il singolo e la comunità, contribuendo ad un isolamento sociale sempre maggiore.

Comprendere i vari aspetti che possono determinare una condizione di esclusione sociale e di povertà permette anche di osservare la circolarità di questi fenomeni, che si rafforzano a vicenda quando manca l'intervento delle politiche locali.

Appare fondamentale, quindi, il ruolo che l'individuo ricopre all'interno della società e della sua comunità. Ciò che lega il singolo individuo al proprio contesto è anche il capitale sociale; con tale termine si definiscono le interazioni che si creano grazie alle connessioni sociali costanti tra individui che condividono norme, di fiducia reciproca, senso di comunità, solidarietà e reciprocità (Andriani & Karyampas, 2010). Il capitale può essere interpretato ed utilizzato come una variabile che incide sulla qualità di vita della persona, sul suo grado di esclusione sociale e di povertà rispetto ad un determinato contesto. Il capitale sociale può essere considerato:

- a livello micro: le relazioni sociali strette, ovvero i familiari e quelle persone sempre presenti nella vita di un individuo. Le persone con una rete sociale più forte e solida sono quelle che mostrano livelli più alti di benessere e di resilienza davanti ad eventi avversi (Grootaert, 2001);
- a livello macro: il capitale sociale si riflette nel rapporto tra individuo e società, come un assetto sociale basato su un sistema di norme e valori condivisi, in cui entrambe le parti si fidano l'una dell'altra. Quando la società offre servizi migliori e più in linea rispetto

agli interessi del singolo, l'individuo segue le norme indicategli dallo Stato poiché le condivide e si fida del suo operato; in questo modo si migliorano le prestazioni sia del singolo che della comunità (Knack & Keefer, 1997).

Agendo da due punti di vista diversi il capitale sociale può aiutare la persona ad evitare una condizione di esclusione sociale. Se, infatti, l'individuo ha una rete sociale forte e solida sarà più facile per lui accedere alle risorse necessarie per migliorare la sua condizione; se accanto a questa rete sociale buona si riscontra anche un buon capitale sociale a livello individuo-Stato, allora è più probabile che la persona sarà accompagnata nel migliorare la sua condizione dai servizi offerti dalla comunità stessa.

Il legame tra individuo e comunità è importante sotto due punti di vista: da un lato l'individuo ha maggiore accesso alle informazioni, e dall'altro questo dovrebbe facilitare la fiducia e il rispetto all'interno della società (gli individui tendono a cooperare di più nelle realtà che mostrano maggior capitale sociale). Questa coesione sociale non migliora solo le relazioni e la vita sociale dell'individuo, ma contribuisce anche alla crescita economica della società (che funziona meglio) e dell'individuo, che è più coinvolto e ha accesso a servizi più efficienti (Ferroni, Mercedes, Payne, 2008). In questo senso il capitale sociale è una variabile importante da considerare quando si affronta il tema della povertà e dell'esclusione sociale.

Le considerazioni appena esposte evidenziano la necessità di non considerare la singola persona che vive una condizione di povertà/fragilità/marginalità; è necessario considerare il contesto nel quale la persona è inserita, i servizi che gli vengono offerti e il supporto sociale che possiede. Tutte queste variabili devono essere considerate non solo per studiare i fenomeni di povertà e di esclusione sociale, ma anche per intervenire.

Aiutare una persona che vive una difficoltà economica e sociale significa migliorare i servizi che offre il territorio (dormitori, mense, laboratori cittadini): da un lato per aumentare la sua partecipazione attiva e dall'altro per creare una rete sociale che possa fornire supporto, aiuto e sostegno.

1.1.1 La povertà in Italia

In Italia, in data 16 giugno 2021, l'ISTAT (Istituto Nazionale di Statistica) ha pubblicato il report relativo alla povertà in Italia. I dati si riferiscono all'anno 2020 e indicano che poco più di due milioni di famiglie vivono in condizione di povertà assoluta (il 7,7% del totale) e oltre 5,6 milioni di individui (il 9,4%). Questo dato segnala un aumento delle difficoltà economiche degli italiani rispetto all'anno 2019, durante il quale si aveva assistito ad un calo della povertà assoluta. Durante il 2019, infatti, le famiglie in condizione di povertà assoluta erano 1,7 milioni (con un'incidenza del 6,4%), per un totale di 4,6 milioni di persone (il 7,7% del totale). L'aumento del tasso di povertà a cui si è assistito durante l'anno 2020 ha sicuramente risentito della pandemia di covid-19. Si segnala infatti una diminuzione dell'intensità di povertà, ovvero quel dato che indica la spesa media delle famiglie povere rispetto alla linea di povertà. Questo potrebbe essere giustificato dai bassi consumi verificatosi durante la pandemia e/o dagli aiuti stanziati a livello nazionale e regionale per sostenere le spese delle famiglie (sia quelle già povere sia quelle che hanno vissuto tale condizione durante la pandemia).

Anche la Caritas Italiana, in data 17 ottobre 2020, ha pubblicato il "Rapporto 2020 su povertà ed esclusione sociale in Italia", i cui dati sono in linea con quelli riportati dall'ISTAT. Il periodo temporale analizzato dalla Caritas va da maggio a settembre 2020 e lo pone un confronto con lo stesso periodo dell'anno precedente. Nell'anno 2020, rispetto al 2019, l'incidenza dei "nuovi poveri" (ovvero persone che non si erano mai

rivolte ai servizi della Caritas prima) passa dal 31% al 45%. La Caritas inoltre sottolinea l'aumento percentuale delle famiglie con minori, delle donne, dei giovani (fascia 18-34 anni) e dei nuclei familiari italiani. Gli individui più vulnerabili, indica la Caritas, rimangono le famiglie del Mezzogiorno, i nuclei familiari con 5 o più componenti, le famiglie con minori, le persone con un più basso livello educativo e i nuclei familiari di stranieri (tra loro l'incidenza è pari al 24,4% a fronte del 4,9% tra le famiglie di soli italiani).

1.1.2 La povertà relazionale

I modi in cui la povertà si manifesta possono estendersi a diversi livelli, oltrepassando il solo aspetto economico. Con il termine povertà relazionale si intende indicare una condizione in cui i legami sociali, relazionali e familiari sono scarsi o assenti. Questa condizione può essere indipendente dalla condizione economica della persona, ma più spesso coinvolge persone non abbienti.

In letteratura la psicologa sociale R. H. Griep (2003) ha evidenziato la differenza tra le espressioni “rete sociale” e “supporto sociale”. La prima indica da un punto di vista quantitativo i rapporti che la persona crea con le persone che incontra nella sua quotidianità; la rete sociale, quindi, dipende dall'ampiezza del quartiere, dal luogo in cui vive la persona e dai luoghi che frequenta. L'espressione supporto sociale, invece, indica quei rapporti che si creano all'interno della rete sociale che permettono all'individuo di percepirsi amato, preso in considerazione e sui quali fa riferimento in momenti di difficoltà. Il supporto sociale ha quattro componenti (House, 1981):

- Supporto emotivo, legato all'affettività, alla preoccupazione e alla cura della persona;
- Supporto rinforzativo o valutativo, si manifesta nel rinforzo che il gruppo dà al singolo individuo rispetto al suo modo di agire e di pensare;

- Supporto informativo, attraverso consigli e suggerimenti che la rete sociale fornisce al singolo;
- Supporto strumentale, relativo all'aiuto materiale che il gruppo può fornire alla persona, per esempio nella ricerca di un alloggio o di un lavoro.

Tutte queste dimensioni di supporto sociale contribuiscono al benessere della persona, da un punto di vista sia emotivo che materiale. Ci sono diverse fonti dalle quali può provenire il supporto: la famiglia, la comunità, la religione e le istituzioni. Queste fonti di supporto cooperano per fornire all'individuo una buona base di supporto sociale; quando una di queste fonti non adempie al suo ruolo supportivo, come può accadere quando la persona vive in condizione di povertà, le altre fonti di supporto possono colmare questa mancanza o esacerbare la condizione di scarso supporto sociale.

Il principale vantaggio di avere un buon supporto sociale per la persona è rappresentato dal suo ruolo di mediazione tra ciò che accade alla vita del singolo individuo e le sue rappresentazioni di tali avvenimenti. Il confronto sociale, quando messo in atto con persone che si stimano reciprocamente, permette di ri-significare qualsiasi evento, comportamento, emozione o pensiero. In questo modo la persona può evolversi, modificare i propri comportamenti, trovare soluzioni ai problemi quotidiani e migliorare la sua condizione di vita, sia materiale che psicologica.

La condizione di povertà spesso porta con sé la diminuzione di contatti con altre persone; questo riguarda soprattutto le persone anziane che vivono in un contesto urbano: una persona anziana che vive in un quartiere marginalizzato ha più probabilità di esperire solitudine, insoddisfazione ed esclusione sociale, rispetto ad una persona anziana che vive in quartiere che pone attenzione ai suoi bisogni (Scharf, Phillipson, Smith, 2004).

Le città sono un contesto che muta velocemente, che cambia caratteristiche strutturali e di composizione dei quartieri. Questi cambiamenti repentini, molte volte messi in atto per agevolare la vita delle persone più giovani, rischiano di escludere dalla vita pubblica la porzione più anziana della popolazione. Accanto alle modifiche formali del quartiere si trovano i cambiamenti nella composizione della popolazione: soprattutto nei quartieri più poveri si assiste ad un elevato turnover di cittadini; l'anziano quindi con il tempo perde i contatti che aveva creato nel tempo (per decesso o per trasferimento). Questi fenomeni, accostati all'urbanizzazione crescente, creano dei quartieri percepiti come poco sicuri, con alti tassi di criminalità, che possono condurre la persona a vivere in una condizione di isolamento (Scharf et al, 2004).

La solitudine si differenzia dall'esclusione sociale descritta in precedenza:

- la solitudine indica un'esperienza soggettiva e negativa, che deriva dalla valutazione cognitiva delle proprie relazioni rispetto a degli standard personali, in termini di quantità e di qualità;
- l'esclusione sociale è una caratteristica oggettiva che descrive le circostanze in cui vive una persona, in riferimento all'assenza di relazioni con altre persone.

La solitudine è un sentimento complesso, che può essere interpretato come un'emozione negativa, come un comportamento messo in atto a causa della mancanza di supporto sociale o come conseguenza a determinati eventi di vita (rappresenta una strategia di coping) (Clark, Myron, Stansfeld, Candy, 2008).

Poiché la solitudine dipende dalle relazioni che una persona intreccia e mantiene, questa condizione può migliorare nel momento in cui la persona crea una buona rete sociale, costituita da legami presenti nella quotidianità e nei momenti di maggiore bisogno (Kearns, Whitley, Tannahill & Ellaway, 2015). Le relazioni sociali hanno un ruolo

decisivo poiché determinano il senso di appartenenza e di coesione rispetto al contesto. La persona anziana che vive una condizione di povertà relazionale può andare in contro a limitazioni legate anche all'età. Le semplici azioni quotidiane (cucinare un pasto, procurarsi dei vestiti) possono rappresentare degli ostacoli notevoli per una persona con limitate capacità fisiche, date da specifiche condizioni mediche o dall'anzianità. Quando è presente una buona rete sociale la persona in difficoltà può chiedere aiuto e ricevere sostegno materiale e pratico, ma quando ciò non accade la persona rimane da sola. Una delle soluzioni che viene adottata da molte persone anziane è quella di recarsi in servizi locali che offrono aiuto. In quest'ottica anche il servizio delle Cucine Economiche Popolari di Padova diventano un importante punto di riferimento anche per coloro che non sono più in grado di soddisfare i propri bisogni, pur senza vivere in una condizione di povertà economica.

1.2 Le conseguenze del vivere in condizioni di marginalità

1.2.1 Le conseguenze individuali

La letteratura mostra che nelle aree urbane sia maggiore l'incidenza di problemi legati alla salute mentale (soprattutto ansia, depressione e schizofrenia) (Lederbogen, Kirsch, Haddad, Streit et al, 2011); questo legame si rafforza quando si considerano persone che vivono in condizione di povertà o di marginalità (Anakwenze & Zuberi, 2013). La mancanza di lavoro, l'alta densità di popolazione, i disordini all'interno del quartiere, le disparità socioeconomiche, l'alto tasso di criminalità e la disorganizzazione sociale sono tutti fattori che cooperano al peggioramento dello stato di salute (fisica e mentale) di una persona (Freudenberg, Galea, Vlahov, 2006).

La stabilità lavorativa e la retribuzione sono fattori che incidono direttamente sul senso di autoefficacia della persona: un lavoro a basso reddito e un lavoro saltuario sono strettamente collegati ad un basso senso di autoefficacia. L'autoefficacia è stata definita da Bandura (1994) come la consapevolezza di essere capaci di affrontare situazioni specifiche relative al contesto sociale o al proprio stato psicologico. Un basso senso di autoefficacia può condurre la persona ad uno stato di impotenza e di passività, in cui accetta le situazioni in cui si trova, senza percepirsi capace di poterle modificare. Questo incide anche sulla percezione di autodeterminazione della persona. La sensazione di non poter agire per modificare le cose si manifesta anche a causa dei disordini frequenti nei quartieri più svantaggiati (spaccio di droga, aggressioni, prostituzione, furti); la mancanza di senso di controllo può creare una risposta psicosomatica di stress, che deteriora la salute fisica e mentale.

Tutto questo può portare ad un aumento del consumo di alcol, utilizzato come automedicazione per fronteggiare lo stato di stress (Hill & Angel, 2005). Le situazioni di disordine urbano e le aggressioni subite costituiscono dei traumi o dei microtraumi, che ripetuti nel tempo portano a conseguenze negative sullo stato di salute: episodi depressivi, disimpegno sociale, senso di impotenza e isolamento (Marans, Adnopolz, Berkman, Esserman et al, 1995) e anche a conseguenze negative sullo sviluppo cognitivo, che viene deteriorato dall'uso di sostanze e dalla messa in atto di comportamenti a rischio (Harding, 2010).

Vivere in una condizione di svantaggio economico e sociale ha, quindi, conseguenze sul piano personale e relazionale. La persona che vive tale situazione ha minore autostima e minor controllo percepito sulla propria vita, ha una minore rete sociale, minor supporto

di amici e familiari e tende a considerare il supporto della famiglia meno importante per affrontare lo stress (House, Umberson, Landis, 1988).

Questi ultimi aspetti suggeriscono una difficoltà nell'utilizzo di strategie di coping adeguate ad affrontare situazioni avverse. Le strategie di coping delineano le azioni (mentali o fisiche) messe in atto dalla persona per affrontare qualsiasi situazione; possono essere strategie: 1) centrate sul compito, che permettono di risolvere attivamente il problema, 2) centrate sulle emozioni, tese a ridurre le emozioni negative associate alla situazione, 3) centrate sulla ricerca di supporto sociale o 4) orientate all'evitamento e alla negazione del problema (Lazarus, Folkman, 1984).

Il coping è un'attività cognitiva, che si modifica nel tempo e si adatta alle situazioni che la persona deve affrontare. Non dipende da caratteristiche personali, ma dipende in larga misura dal contesto e dalle risorse che la persona ha a disposizione (psicologiche, fisiche, materiali). Quando la persona vive in un contesto carente di risorse e di servizi, in cui la rete sociale è debole e i confronti con modelli di comportamento eterogenei sono scarsi è difficile che sviluppi adeguate strategie di coping.

Il supporto sociale ha un effetto *buffering* fondamentale; con questo termine si intende indicare l'“effetto cuscinetto” che il supporto sociale può creare in situazioni problematiche per ridurre l'impatto negativo sulla vita della persona. La rete sociale, infatti, può fornire un supporto immediato in caso di necessità, può ridurre il senso di solitudine e di isolamento (povertà relazionale) e può fornire un supporto nella formazione di strategie di coping adeguate.

Le persone più a rischio di sviluppare disturbi mentali e fisici sono dunque quelle con minore rete sociale, che vivono in condizione di povertà e di marginalità e che non hanno sviluppato buone strategie di coping (Amato, Zuo, 1992).

Le abilità di coping sono fondamentali anche per proteggere la persona da conseguenze negative sul piano della salute mentale. Purtroppo, la letteratura evidenzia una maggiore incidenza di disturbi mentali comuni sulla popolazione più povera; i disturbi mentali comuni identificano ansia, depressione e disturbi somatici (Araya, Lewis, Rojas, & Fritsch, 2003).

Sono stati individuati alcuni fattori che sembrano essere determinanti per la salute mentale delle persone, soprattutto nei paesi con alto reddito (nei Paesi a medio e basso reddito si riscontra meno consenso generale) (Saraceno, Levav, & Kohn, 2005). Vivere una condizione disoccupazione e in un quartiere con caratteristiche negative, avere un basso reddito, appartenere ad una classe socioeconomica bassa e avere un basso livello educativo sono tutti fattori che vengono associati a *outcomes* negativi rispetto alla salute mentale. Questa relazione può essere spiegata da due teorie:

- Ipotesi della selezione sociale, secondo la quale la condizione di malattia mentale impedisce alla persona di vivere in condizioni di vita adeguate o di migliorare il proprio status;
- Ipotesi della causalità sociale, secondo la quale le persone che vivono in condizioni di povertà esperiscono nella loro vita stress legati alle proprie finanze, aumento di eventi negativi nella propria vita, un peggior stato di salute fisica e un minore accesso ai servizi di cura e tutto questo incide sullo stato di salute mentale della persona (Saraceno, et al., 2005).

La metanalisi condotta da Lund e colleghi (2010) ha mostrato che le variabili che mostrano una forte associazione con i disturbi mentali comuni sono: livello educativo, condizione abitativa, *food insecurity*, classe sociale, livello socioeconomico e stress finanziario. Altre variabili come il reddito, lo stato occupazionale e il consumo

mostravano meno accordo. Si deve tenere presente che quando i disturbi mentali comuni sono misurati con un'unica scala generale, per esempio con il *Self-Reporting Questionnaire* (Harding et al, 1980) o con il *General Health Questionnaire* (Goldberg & Hillier, 1979) la correlazione è più forte, mentre quando si usano strumenti di diagnosi specifici per ansia o depressione la relazione appare più debole. Questo potrebbe indicare che le persone che vivono in condizione di povertà (e che quindi mostrano quelle caratteristiche indicate prima: basso livello educativo, condizione abitativa precaria ecc) mostrano un più alto livello di distress psicologico generale, piuttosto che una categoria clinica di disturbo mentale.

Si deve tenere presente che comunque si parla sempre di una relazione circolare, in cui povertà e salute mentale precaria si influenzano a vicenda. Quando si considera la situazione estrema a cui può portare la povertà, ovvero la condizione di Senza Fissa Dimora, le conseguenze possono essere ancora peggiori. In particolare, diminuisce l'*agency* della persona in base alla durata del periodo durante il quale vive per strada, con rischio sempre maggiore di ristrutturazione dell'identità (Parker, 2012). Questo significa che intervenire quando il problema si manifesta la prima volta aumenta le probabilità di esiti positivi sulla salute mentale e fisica; quando gli interventi non vengono messi in atti, o vengono messi in atto solo quando una persona si trova in estrema difficoltà si aumenta il rischio di conseguenze negative più rilevanti. Per questi motivi i servizi che vengono offerti alle persone in difficoltà economica o sociale, o agli individui che non possiedono un'abitazione dovrebbero tenere presente dell'influenza continua tra salute mentale, strategie di coping, supporto sociale e stress legato alla vita urbana. Migliorare la vita di queste persone è possibile se si opera in modo adeguato a tutti questi livelli, poiché

ognuno di questi influenza gli altri e può portare a benefici sullo stato di benessere generale.

1.2.2 Lo stigma e le conseguenze relazionali

Vivere ai margini significa vivere quotidianamente situazioni di marginalità ed esclusione sociale, non avere quindi quella rete di rapporti sociali fondamentali per il benessere di una persona (Grootaert, 2001). Quando la povertà porta la persona a vivere come Senza Fissa Dimora i rapporti sociali, di solito, hanno già raggiunto un certo livello di allentamento, sia con la famiglia che con i rapporti amicali (Ravenhill, 2008; Bonadonna, 2005). La condizione di povertà si accompagna a diversi fenomeni sociali, che coinvolgono il singolo e gli altri, e che quindi delineano le conseguenze relazionali della povertà. Due fenomeni sono strettamente collegati: l'ostracismo e la stigmatizzazione.

Con il primo termine si indica un comportamento con il quale un individuo viene allontanato dalla collettività e rifiutato; una persona può essere esclusa da alcuni rapporti esclusivi o dalla collettività intesa in senso più ampio, a causa di una propria caratteristica o condizione di vita (come può essere la povertà). Poiché le relazioni fanno parte dell'esperienza umana, esserne esclusi costituisce un'esperienza negativa, che conduce facilmente al senso di solitudine. Per comprendere tale stato d'animo è necessario focalizzarsi sulla differenza tra relazioni e interazioni. Le relazioni indicano una serie di interazioni, in un certo arco temporale, tra due o più individui. Le interazioni, quindi non descrivono delle relazioni e il numero di relazioni che una persona vive non corrispondono al numero di interazioni che ha. Per questo una persona può vivere un profondo senso di solitudine e isolamento pur avendo un numero di interazioni elevato (Zamperini, 2010). L'ostracismo si caratterizza come fenomeno in quanto non comporta solo l'esclusione della persona dalla sfera relazionale, ma anche una mancanza di

spiegazione per tale fenomeno. La conseguenza di questa mancanza di spiegazione è una minaccia all'autostima personale. Non sapendo il motivo della propria esclusione da un gruppo sociale e l'aspetto specifico che l'ha determinata, si attribuisce caratteristiche negative alla propria persona in senso generale. Questo non accade, per esempio, quando c'è uno scontro diretto tra persone che discutono di qualcosa: gli attori sociali riescono ad individuare gli aspetti problematici, e possono discernere questi ultimi dalla loro persona, sapendo che la propria identità non è valutata negativamente in toto ma solo sotto certi punti di vista. (Zamperini, 2010). Un'esclusione messa in atto senza spiegazioni impedisce all'individuo anche di far sentire la propria voce, ovvero di esercitare quel controllo sulla relazione che siamo abituati a esercitare in ogni interazione che occorre nelle nostre vite.

Lo stigma, invece, è stato definito da E. Goffman nel 1963 come un'attribuzione negativa di una determinata caratteristica fatta dalla società in cui l'individuo è inserito. Lo stigma spesso crea una discrepanza tra l'identità sociale (ciò che gli altri attribuiscono alla persona) e l'identità personale (il modo in cui la persona valuta se stessa); questa discrepanza nelle rappresentazioni di sé può condurre la persona ad uno stato di vulnerabilità e di tensione con gli altri individui (Blaine, 2000).

Stigmatizzazione e ostracismo sono strettamente collegati poiché lo stigma non coinvolge solo una considerazione negativa della persona o del gruppo stigmatizzato, ma anche l'allontanamento di tale gruppo. L'esclusione sociale può essere, infatti, anche interpretata come un effetto del processo di stigmatizzazione (Reidpath, Chan, Gifford, & Allotey, 2005). In questo modo lo stigma crea una differenziazione tra *in-group* e *outgroup*; questi due gruppi designano le persone che hanno o meno le caratteristiche associate allo stigma. Reutter e collaboratori (2009), hanno individuato alcune strategie

messe in atto da persone che vivono in situazione di povertà per affrontare lo stigma e la discrepanza tra l'identità sociale e personale (attraverso interviste semi-strutturate). Le strategie adottate sono le seguenti:

- rispondere allo stigma direttamente: raramente viene fatto poiché il processo di stigmatizzazione ha a che fare con il potere (Link & Phelan 2001). La persona stigmatizzata è considerata e si considera meno potente di colui/colei che stigmatizza e non sempre ritiene possibile contrapporsi ad un attacco stigmatizzante;
- mettere in atto strategie di evitamento comportamentali o cognitive. Nel primo caso la persona si allontana fisicamente da chi lo stigmatizza, nel secondo caso la persona ignora i commenti/comportamenti stigmatizzanti;
- isolandosi socialmente, e interiorizzando in questo modo lo stigma che viene loro assegnato. Tale strategia porta a emozioni negative, sentimenti di vergogna ed inferiorità e ad una minore autostima, che sono associati con un peggior stato di salute psicofisico (Reid & Herbert, 2005). In questo modo aumenta il rischio di allontanarsi anche da coloro che potrebbero offrire un buon supporto sociale e un aiuto pratico;
- allontanarsi cognitivamente dal gruppo stigmatizzato; molte persone riconoscono l'esistenza della categoria stigmatizzata (le persone che vivono in situazioni di svantaggio economico e sociale), ma non si riconoscono nelle sue caratteristiche. Attraverso questa strategia salvaguardano se stesse da attribuzioni negative, ma non contribuiscono a migliorare la propria condizione di vita, poiché non ne riconoscono le difficoltà;
- aiutando altre persone a basso reddito o in difficoltà, offrendo supporto materiale, psicologico, informativo o svolgendo volontariato nei servizi d'aiuto. Questo fa sì che la persona percepisca se stessa come utile e aumenti il senso di inclusione (con il gruppo

stigmatizzato). In questo modo vengono anche favorite le interazioni sociali e la creazione di una rete di supporto;

- nascondere la propria situazione finanziaria, per evitare il giudizio altrui e le sensazioni di imbarazzo e di vergogna che ne derivano; questa manipolazione della propria immagine può essere interpretata come una strategia per migliorare l'accettazione e l'inclusione (Roschelle & Kaufman, 2004).

Anche quando tali strategie vengono messe in atto, i processi di stigmatizzazione e di rifiuto sociale portano a delle conseguenze sul piano relazionale, non sono su quello individuale. In particolare, chi si sente rifiutato ed escluso tende a proiettare questi sentimenti sul mondo circostante, che appare minaccioso. La persona per proteggersi tende ad isolarsi e ad adottare strategie difensive anche all'interno delle proprie relazioni interpersonali (Cacioppo & Patrick, 2008). Questo crea un circolo vizioso in cui la persona continua ad isolarsi sempre in modo maggiore e perpetra l'esclusione sociale verso coloro che vorrebbero relazionarsi con lui, per paura di essere poi escluso. Coloro che vengono esclusi dalla collettività possono cercare altrove l'inclusione che gli è stata preclusa in altri contesti. La ricerca di un altro gruppo in cui identificarsi permette di trovare altri individui che hanno subito lo stesso processo di esclusione sociale e di ostracizzazione. Questo può aiutare l'individuo ad affrontare meglio la minaccia psicologica e materiale dell'esclusione: il gruppo offre sostegno psicologico, materiale e strutturale (Allport, 1973). Talvolta si registra la messa in atto di una strategia di coping relazionale da parte di coloro che vivono in condizioni di povertà o come Senza Fissa Dimora: lo si vede quando c'è il tentativo di unirsi per dar voce ai propri diritti (Lee et al, 2010; Wagner & Choen, 1991).

1.2.3 Le conseguenze comunitarie

L'idea del povero che vive per strada crea una rappresentazione omogenea di queste persone, portando alla creazione di un pregiudizio negativo e innescando processi di stigmatizzazione. Considerare una fascia della popolazione, sempre più vasta, come omogenea porta ad un'attribuzione arbitraria di alcune caratteristiche a persone che non le possiedono. Obiettivo di questa tesi è anche restituire la complessità dell'utenza di un servizio che accoglie queste persone.

La rappresentazione negativa del povero e del Senza Fissa Dimora si crea e si rafforza all'interno della comunità (McCarthy, 2013; Schmidt, 2015). La difficoltà nella creazione o nel mantenimento di una buona e funzionale rete sociale è supportata anche dalla carenza organizzativa del contesto. Le aree più povere delle città solitamente sono quelle in cui i servizi sono numericamente inferiori, dove ci sono poche risorse per promuovere il senso di comunità e di responsabilità, dove sono minimi i livelli di coinvolgimento cittadino nell'organizzazione della città e dove i servizi alla salute mentale della persona sono scarsi (McKenzie & Harpham, 2006). Il luogo in cui si perpetua l'esclusione sociale ha un ruolo decisivo, poiché porta una persona ad escludere qualcun altro, più o meno consapevolmente. Una situazione di disagio, affinché qualcuno intervenga, deve essere notata: nelle aree urbane, dove il ritmo di vita è veloce e si supporta l'individualità spesso non si notano le necessità degli altri. Quando questo accade la persona a cui è richiesto di intervenire valuta il suo possibile comportamento: il modo in cui potrebbe essere giudicato il suo intervento e il modo in cui verrebbe giudicato lui stesso. Tali valutazioni possono portare la persona a non intervenire, ignorando la situazione di disagio che si crea al contempo (Latané & Darley, 1970). Il ruolo sociale degli altri determina, quindi, anche

le probabilità che una persona intervenga davanti ad una situazione di disagio o difficoltà (Zamperini, 2010).

Le conseguenze comunitarie della povertà si inseriscono nel più ampio discorso della sicurezza urbana e della psicologia sociale, affrontati nel capitolo seguente. Il luogo urbano si caratterizza per un numero elevato di persone che lo abitano e che contribuiscono a definirlo. Comprendere come ogni attore sociale contribuisca a delineare il panorama sociale di una città è fondamentale per strutturare servizi adeguati. Ogni contesto è diverso dagli altri ed è necessario comprendere i meccanismi alla base del vivere urbano per poter agire creando risultati positivi.

CAPITOLO 2

Le Cucine Economiche Popolari

2.1 Psicologia urbana e contesto urbano

Il contesto urbano è stato a lungo indagato dalla psicologia per capire in che modo le sue caratteristiche possono influenzare lo sviluppo, il benessere e lo stato di salute del singolo individuo. Le città sono un contesto in costante crescita e mutamento e determinano la vita degli individui che le vivono in modi diversi; la città urbana agisce sulla vita dell'individuo da numerosi punti di vista, che vanno studiati seguendo una prospettiva antropologica, economica, sociale, politica e psicologica.

Per questo e altri motivi la Psicologia Urbana fa parte di una sezione espressamente riconosciuta dall'*American Psychological Association* (APA), che ha anche istituito una Task Force che nel 2004 ha pubblicato un report riguardante tale ambito. All'interno di questo report vengono riportati i nuclei di discussioni centrali all'interno della psicologia urbana:

- Comprendere come le caratteristiche urbane possono influenzare i processi psicologici che determinano il modo di vivere lo spazio urbano;
- Capire in che modo le caratteristiche delle persone che abitano i luoghi urbani e le caratteristiche degli ambienti urbani influenzano vari tipi di esperienze e di comportamenti, che incidono sullo stato di salute e di benessere della persona stessa;
- Le conseguenze negative e positive dello spazio urbano sulla salute mentale, sul benessere e sullo sviluppo dell'individuo. Come analizzato in precedenza, il fenomeno della povertà è più frequente nelle aree urbane: più le persone povere vivono in aree povere della città, maggiore è il distanziamento che si crea tra loro e il resto della

popolazione. Partendo da questo presupposto è semplice passare all'esclusione sociale di un intero gruppo sociale (i poveri) dalla vita attiva del resto della città. L'impatto della povertà sulla vita delle famiglie e dei bambini che vivono in tale condizione viene sempre maggiormente indagata, come riportato nel Report della Task Force dell'APA dedicata alla Psicologia Urbana (2004). Gli studiosi che si occupano di psicologia urbana sono impegnati a creare dei modelli per valutare il modo in cui cooperano diversi stressor caratteristici dell'area urbana e il loro impatto hanno sullo stato di salute di adulti e bambini che vivono in tale spazio.

L'ambiente urbano influenza la vita del singolo individuo da molti punti di vista; incide per esempio sul tasso di criminalità, sui comportamenti violenti e su quelli legati allo stato di salute (Sampson, Raudenbush, Earls, 1997) suggerendo una stretta connessione tra ambiente fisico e ambiente sociale.

Uno dei fattori del vivere in zone urbane che più influenza la vita dei cittadini è l'esposizione alla violenza diretta, indiretta (essere testimoni di atti violenti) o conoscere qualcuno che è stato vittima di violenze; questo porta ad effetti negativi sulla salute e sullo sviluppo. Secondo la teoria dell'apprendimento sociale (Bandura, 1986) siamo predisposti ad apprendere comportamenti ed atteggiamenti attraverso l'osservazione dell'altro (*modeling*). Quando si considera un ambiente ad alta densità di popolazione come una città, i modelli di riferimento possono essere molti e di tipologie differenti: in base all'area considerata alcuni modelli di comportamento hanno più autorità di altri, e influenzano maggiormente il comportamento delle persone, soprattutto dei giovani. L'apprendimento sociale non determina solo i comportamenti ma anche le regole della socializzazione; il gruppo (inteso come ambiente sociale) può determinare quindi sia

comportamenti che atteggiamenti del singolo, in modo diretto o indiretto, attraverso l'osservazione e l'imitazione (Coleman, 1988).

Vivere all'interno di una zona urbana aumenta anche il rischio di sviluppare problemi di salute: l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha definito la salute uno stato di totale benessere fisico, mentale e sociale e non semplicemente l'assenza di malattie o infermità (1986). Si è visto che coloro che vivono in zone marginalizzate e altamente urbane hanno maggior rischio di contrarre malattie infettive (AIDS, tubercolosi e altre malattie sessualmente trasmissibili), diabete, asma, malattie cardiovascolari, ipertensione, malattie mentali (National Public Health and Hospital Institute, 1995; U.S. Department of Health and Human Services, 2001). Molti di questi e altri disturbi che aumentano nelle aree urbane sono collegati allo stato di povertà di vita della persona, alla povertà nutrizionale, alla condizione abitativa precaria e/o non sicura, all'esposizione alla violenza, all'esposizione all'inquinamento, alla mancanza di infrastrutture per il supporto sociale (Prewitt, 1997). Inoltre, come spiegato in precedenza (cap.1, par. 1.2.1), la povertà incide anche sui livelli di stress esperiti dalla persona e sul suo livello di mancanza di speranza (*hopelessness*).

Queste influenze possono essere positive quando l'architettura urbana viene predisposta al servizio del benessere del cittadino. Un numero crescente di ricerche sta evidenziando come la presenza di aree verdi all'interno della città ha effetti positivi sulla salute fisica, sulla salute mentale e sui livelli di benessere dei cittadini, soprattutto nelle fasce socioeconomiche più basse (Mitchell & Popham, 2008; Maas et al, 2009; Mitchell et al, 2015). Inoltre, aree verdi curate e riqualificate, aumentano il senso di sicurezza all'interno del quartiere (Thompson et al., 2013) e facilitano la coesione sociale tra cittadini (Cattella et al, 2008).

Un altro aspetto critico all'interno delle aree urbane è l'industrializzazione e lo stato lavorativo dei cittadini. La mancanza di lavoro nelle grandi città e nelle aree urbane è un grande problema dal punto di vista della salute della persona e delle sue risorse economiche. Prendendo d'esempio gli Stati Uniti d'America, il numero di disoccupati nelle grandi aree urbane è maggiore rispetto alle aree rurali (U.S. Department of Housing and Urban Development, 2000) e i fattori che determinano una così alta percentuale di disoccupati sono: la perdita di un gran numero di posti di lavoro nel settore manifatturiero, l'aumento delle possibilità lavorative fuori dalle città, la carenza di sistemi di trasporto adeguati e l'aumento di posti di lavoro altamente specializzati all'interno delle città che richiedono una preparazione che molti cittadini non possiedono (es. competenze tecnologiche avanzate).

Nonostante queste considerazioni, il contesto urbano offre molte possibilità al singolo cittadino (possibilità lavorative, la presenza di molti spazi di educazione, servizi di cura), ma molto dipende dalle zone della città che si considerano, dagli investimenti pubblici fatti per migliorare i servizi offerti e dal tipo di servizi presenti sul territorio.

L'idea che lo sviluppo e lo stato di salute di un individuo siano influenzati dal contesto in cui egli vive risente della matrice teorica del modello ecologico di Bronfenbrenner (1979; 1988). Secondo questo modello la persona si sviluppa grazie alle interazioni tra i diversi sistemi in cui è inserito e grazie all'interazione tra se stesso e questi sistemi. I sistemi includono la famiglia, i pari, la scuola, la comunità, la città. Le interazioni tra l'individuo e gli altri sistemi in cui è immerso (famiglia, scuola, pari) sono inserite all'interno del contesto urbano, che introduce altre caratteristiche a queste interazioni. Vivere in un contesto urbano articolato e ricco richiede di studiare queste interazioni in modo più approfondito, tenendo in considerazione più variabili legate al contesto specifico

(violenza, delinquenza, povertà). Un adulto o un bambino capaci di fronteggiare in modo efficace uno o più fattori stressanti, possono non essere in grado di funzionare in modo funzionale davanti a stress ripetuti: l'esposizione a stress ripetuti ha effetti negativi più frequenti e severi sulla salute e sul benessere (Evans, 2004). A fronte di queste considerazioni si comprende la necessità di sviluppare modelli teorici che non si concentrino solo ad individuare i diversi fattori di rischio, presenti all'interno dei diversi sistemi, ma che individuino anche i punti di forza dell'individuo. Uno dei punti di maggior forza per l'individuo può essere costituito dalla rete sociale. Considerando la prospettiva del capitale sociale spiegata nel precedente capitolo, la psicologia urbana dovrebbe cercare di:

- Riconoscere i punti di forza esistenti per l'individuo o il sistema familiare e cercare di implementare elementi di supporto nella realtà urbana;
- Rafforzare i contesti urbani in cui l'individuo, la famiglia e la comunità si inseriscono;
- Implementare i servizi di aiuto e di supporto, di rigenerazione urbana e di miglioramento del contesto coinvolgendo attivamente i cittadini.

Oltre alle possibilità che la città urbana offre, essa può comportare anche molte difficoltà per l'individuo, che aumentano quando si tratta di una persona povera, anziana, disoccupata e con problemi di salute e con una scarsa rete sociale. Secondo il modello ecologico di Bronfenbrenner, lo sviluppo e il benessere dell'individuo dipendono dall'interazione tra i vari sistemi in cui è inserito. Se si potenzia ognuno di questi sistemi, o anche solo uno, l'esito sul singolo molto probabilmente sarà positivo. Il contesto urbano offre numerosi strumenti alla persona, che possono essere potenziati o meno: strumenti economici (opportunità lavorative), una vasta rete sociale (data dall'alta densità di popolazione), la presenza sul territorio di molti servizi di volontariato o di supporto alle

persone in difficoltà. Proprio questi ultimi servizi possono essere la chiave di miglioramento per coloro che vivono in situazione di marginalità, povertà ed esclusione sociale.

I servizi del terzo settore possono costituire un ponte tra il singolo e la comunità, possono fornire l'assistenza e gli strumenti necessari per migliorare la propria condizione di vita, e possono aiutare la persona a creare una rete sociale funzionale.

2.2 Il ruolo dei servizi a bassa soglia

Come riportato nel primo capitolo la percentuale di persone che vive in condizione di povertà assoluta sul territorio italiano è in aumento. Questo induce a ragionare sulla necessità di potenziare tutti quei servizi nazionali, regionali e comunali che si rivolgono a coloro che vivono in tale situazione.

All'interno di ogni città si contano diversi servizi a sostegno delle persone più vulnerabili. Lavorare con tale fascia della popolazione significa cercare di contrastare quei fenomeni di violenza urbana che determinano il senso di insicurezza percepito in una città o in una determinata zona urbana. Nel corso degli anni si sono susseguiti diversi metodi per contrastare questi fenomeni. Ogni luogo però ha caratteristiche proprie, che determinano una certa conformazione del luogo e delle persone che lo abitano. Per questo è fondamentale avere un'ampia panoramica su tali servizi, per poter comprendere quale meglio si adatta ad ogni realtà.

I servizi a bassa soglia raggruppano tutti quei servizi che si rivolgono direttamente agli individui, che non richiedono passaggi burocratici e che sono aperti alla cittadinanza tutta.

I servizi a bassa soglia sono un intervento sociale che può assumere caratteristiche diverse a seconda del target su cui si focalizzano. Il termine indica servizi rivolti alle persone più

vulnerabili e l'unico criterio di ingresso è, in genere, la maggiore età. Sono servizi aperti a tutti e questo significa che vi possono accedere anche persone che si trovano sul territorio italiano in modo irregolare (senza un regolare permesso di soggiorno). Questa facilità di ingresso permette di raggiungere un più ampio bacino d'utenza rispetto ai servizi nazionali, regionali o comunali che impongono diversi criteri per l'accesso.

Uno degli obiettivi di tali servizi è quello di soddisfare una condizione di necessità dell'individuo. Alcuni servizi a bassa soglia che si possono trovare nelle aree urbane sono le mense, gli asili notturni, i servizi docce, i servizi di assistenza legale gratuita, i servizi medici gratuiti e le unità di strada, per l'assistenza di persone Senza Fissa Dimora o sex workers.

All'interno di questi servizi e strutture non si instaura un rapporto terapeutico tra operatore e utente, ma sono presenti operatori con diversa formazione che garantiscono una forte interdisciplinarietà. Questo permette di operare su diversi piani contemporaneamente per migliorare la condizione del singolo utente.

Un altro obiettivo dei servizi a bassa soglia è creare una rete tra le diverse tipologie di servizi che offre il territorio. La persona che vive in condizione di difficoltà, infatti, è probabile che sperimenti condizioni critiche in vari aspetti della sua vita. Creando una rete è possibile agire su questi aspetti in modo mirato, migliorando complessivamente la qualità di vita della persona. Si tenga conto che i servizi a bassa soglia puntano a soddisfare i bisogni primari del singolo individuo; solo una volta fatto ciò è possibile strutturare un intervento d'equipe per migliorare la sua condizione di vita generale, il suo stato di salute, la sua condizione abitativa e lavorativa. Molti servizi a bassa soglia si rivolgono a persone che vivono in situazione di povertà. In questo senso i servizi a bassa

soglia possono aiutare il singolo sia nella sua individualità sia come membro attivo della cittadinanza.

2.3 Le Cucine Economiche Popolari: una realtà padovana

Le Cucine Economiche Popolari di Padova vengono fondate nel 1882 ad opera di Stefania Omboni, e l'anno dopo saranno prese in carico dal Vescovo di Padova.

Questo luogo nasce dalla volontà di aiutare le persone in difficoltà che vivono nella città di Padova. Il loro ruolo si modifica nel tempo: dapprima erano un luogo di accoglienza soprattutto per le famiglie, poi durante il boom economico diventano un luogo frequentato da lavoratori e studenti che si trovavano a Padova temporaneamente, poi l'utenza si modifica ancora delineandosi tra la fascia più povera e marginalizzata della città. Nel 1914 viene spostata la sede delle Cucine Economiche Popolari, da via Paolo Sarpi al luogo di attuale ubicazione, Via Tommaseo; ancora oggi le Cucine si trovano nei pressi della stazione di Padova, punto nevralgico della città dove si contano numerose situazioni di disagio urbano.

Le Cucine Economiche Popolari durante gli anni del dopoguerra modificano la loro struttura. A seguito dei bombardamenti avvenuti durante la Seconda Guerra Mondiale gli spazi delle Cucine vengono ampliati e modernizzati e questo attira non più solo persone in difficoltà, ma anche studenti universitari in cerca di un luogo di aggregazione e nel quale creare una rete sociale.

Solo negli anni '70 si verifica un cambio di utenza: le Cucine, infatti, in questi anni diventano il luogo di ospitalità per coloro che non sanno dove andare, che vivono in condizione di povertà e per le persone sole. Gli ospiti delle cucine diventano principalmente i poveri, le persone nullatenenti, coloro che vivono come Senza Fissa

Dimora, gli anziani che vivono da soli, le persone dimesse da ospedali psichiatrici, rilasciate dal carcere, tossicodipendenti, sex workers, persone immigrate da sole o senza regolare permesso di soggiorno che non possono accedere ad altri servizi.

Allargando il bacino d'utenza delle Cucine Economiche Popolari nasce l'esigenza di ampliare non solo la struttura ma anche i servizi messi a disposizione. Per questo motivo tra gli anni '80 e '90 la struttura viene riorganizzata e vengono aggiunti il servizio docce, il servizio medico, la distribuzione del vestiario, il servizio di segretariato sociale e il fermo posta. Le Cucine, quindi, non sono più solo un punto di riferimento in condizioni di emergenza, ma iniziano a strutturarsi come punto fondamentale di supporto alla vulnerabilità.

Nel 2018 le Cucine Economiche Popolari di Padova vengono trasferite dalla Diocesi alla Fondazione Nervo Pasini. Obiettivo principale della Fondazione è quello di favorire il reinserimento e l'integrazione nella comunità di coloro che hanno meno mezzi a loro disposizione. Offrendo un servizio su più fronti, che mette al centro la persona, la sua cura e il suo benessere si punta ad un nuovo inserimento non solo nella società ma nella vita attiva della comunità.

2.3.1 I Servizi delle Cucine Economiche Popolari di Padova

Come anticipato nel paragrafo precedente i servizi attivi alle Cucine Economiche Popolari sono numerosi, e si rivolgono ad un ampio bacino di persone.

Ognuno di questi servizi ha subito inevitabilmente dei cambiamenti a fronte della pandemia covid-19, che ha modificato orari e modalità di erogazione di tutti i servizi offerti dalle Cucine. I cambiamenti apportati a ciascun servizio vengono elencati di seguito. Il servizio mensa è il servizio che attira la maggior parte degli utenti; fornire un pasto a coloro che ne hanno necessità è stata la missione per cui questo luogo è stato

creato. Prima dell'avvenire della pandemia il servizio mensa era attivo dal lunedì al sabato, sia a pranzo che a cena, e agli ospiti era consentito consumare il pasto in un locale appositamente strutturato, in cui potevano sedersi 98 persone. Inoltre, al loro ingresso, potevano sostare in una stanza dove poter leggere un libro, sedersi e aspettare il proprio turno alla mensa o interagire con altri ospiti. Ad ogni pasto è richiesto all'ospite un contributo dai 0,50€ ai 2,00€, in base alle portate richieste. Per chi non ha la possibilità di contribuire economicamente c'è la possibilità di mangiare gratuitamente con il buono pasto erogato dalla Caritas Diocesana (per gli utenti italiani) e dal Pane dei Poveri (per gli utenti stranieri) a seguito di un colloquio. Gli orari del servizio sono 11.15-13.30 e 18.00-19.00. Il servizio docce, attivato a seguito delle migliorie strutturali dei locali, è aperto agli ospiti tutte le mattine dal lunedì al venerdì dalle 8.00 alle 10.30; vengono forniti agli ospiti una doccia con acqua calda, asciugamani, shampoo e bagnoschiuma. È richiesto agli ospiti un contributo di 0,60€.

Il servizio guardaroba offre agli ospiti la possibilità di prendere gratuitamente indumenti, calzature e biancheria intima donati dalla comunità cittadina o da aziende del territorio. Il servizio è attivo due volte a settimana dalle 9.00 alle 11.00 o su prenotazione e gli operatori guidano l'ospite nella scelta di ciò di cui ha bisogno.

Accanto al servizio guardaroba si trova anche la lavanderia, che permette agli ospiti che non dispongono di una propria abitazione di lavare e asciugare i propri vestiti presso le Cucine Economiche Popolari. Il servizio è aperto tutte le mattine dal lunedì al venerdì, dalle 8.00 alle 10.00.

Il servizio medico all'interno delle Cucine Economiche Popolari è presente sin dagli anni '80 e garantisce il diritto alla salute a tutti gli ospiti. Sono presenti in tale servizio medici, infermieri, specializzandi volontari che offrono visite mediche specialistiche, ecografie,

medicazioni e prescrizioni di medicinali. Non tutti gli ospiti si fanno seguire dal servizio medico delle Cucine Economiche Popolari poiché molti di loro hanno un medico di base a cui rivolgersi. Il servizio medico è operativo tutte le mattine dal lunedì al venerdì. Oltre a questi servizi strutturati le Cucine Economiche Popolari offrono la possibilità ai propri ospiti di farsi recapitare la posta presso le Cucine (fondamentale per coloro che non hanno un'abitazione) e di mettersi in contatto con l'associazione Avvocati di Strada. Si tratta di un'associazione di avvocati che prestano servizio gratuito per coloro che non potrebbero altrimenti pagare un avvocato. Molto spesso si tratta di persone che hanno bisogno di supporto legale per ottenere il permesso di soggiorno e per rinnovarlo, per fare domanda per il Reddito di Cittadinanza o per risolvere pendenze legali a loro carico. A partire dall'anno 2019 si è concretizzata la volontà degli operatori di conoscere meglio i propri ospiti al fine di offrire un servizio migliore e maggiormente personalizzato e di conoscere l'ospite come persona, individuando le sue caratteristiche per approcciarsi a lui in modo personale. L'obiettivo di tale programma è anche quello di riuscire a creare una rete di conoscenza rispetto agli ospiti che gravitano attorno ai servizi del terzo settore di Padova. La condivisione di informazioni sugli ospiti tra servizi diversi può anche agire da aiuto in quelle situazioni di estrema emergenza, poiché un lavoro sinergico tra diversi servizi potenzia i benefici che ogni servizio può portare al singolo.

Il rapporto che si crea all'interno dei servizi come le Cucine Economiche Popolari può aiutare l'ospite sia a soddisfare bisogni necessari ad una vita dignitosa sia il proprio senso di sé. Gli ospiti delle Cucine spesso sono persone che durante il giorno vivono socialmente isolate, sole o che hanno una ristretta rete sociale; avere un luogo in cui essere trattati con dignità, come persone, essere chiamati per nome e riuscire a condividere parte della

propria giornata con qualcuno sono tutti elementi che possono migliorare la condizione di vita degli ospiti.

Al suo primo ingresso l'ospite viene registrato, gli viene fornito un cartellino con il suo nome ed un codice a barre (per segnalare il suo ingresso nella struttura in modo più agile) e gli vengono poste delle domande per conoscere meglio la sua condizione di vita.

Vengono chieste le seguenti informazioni:

- Nome e cognome;
- Età/anno di nascita;
- Nazionalità;
- Possesso del permesso di soggiorno: l'ospite può essere classificato come cittadino italiano, in possesso del permesso di soggiorno, non in possesso del permesso di soggiorno, cittadino europeo senza iscrizione anagrafica, cittadino europeo con iscrizione anagrafica, in attesa di permesso di soggiorno;
- Condizione abitativa: se vive in condizioni di Senza Fissa Dimora o no;
- Condizione lavorativa: in base al riferito dell'ospite egli viene classificato come occupato, disoccupato, inabile parziale o totale al lavoro, lavoratore irregolare/in nero, pensionato, casalinga, studente, altro;
- Recapito telefonico: se la persona è o meno in possesso di un numero telefonico.

La registrazione di tali dati avviene in una stanza separata dalla sala comune, in cui l'ospite è condotto al suo primo ingresso alle Cucine. Il colloquio dura pochi minuti, e non sempre permette di raccogliere tutte le informazioni sopra citate; in questi casi le informazioni rientrano nella categoria "dato mancante". Questo accade quando un ospite risulta particolarmente ostile, quando ci sono problemi di comunicazione legati alla lingua

o quando l'operatore non ha a disposizione il tempo necessario per condurre adeguatamente il colloquio.

Tutti i dati raccolti vengono sistematicamente inseriti nel portale OspWeb, un portale della Diocesi di Padova in cui i diversi servizi della città aventi come target persone vulnerabili (asili notturni, servizi della Caritas) possono inserire i dati relativi ai propri ospiti. Questo agevola la collaborazione tra servizi diversi e aiuta a perseguire l'obiettivo di una migliore conoscenza dei propri ospiti. Con l'avvenire della pandemia di covid-19 a partire da fine febbraio 2020 tutti i servizi delle Cucine Economiche di Padova hanno subito, inevitabilmente, dei cambiamenti negli orari e rispetto alle modalità di erogazione. Il servizio mensa è stato modificato: gli ospiti dovevano attendere in fila fuori dalla struttura il loro turno, senza poter accedere alle aree di ritrovo all'interno degli spazi delle Cucine. I posti a sedere sono stati ridotti (da *n.* 98 a *n.* 48) garantendo in questo modo il distanziamento sociale richiesto dalle misure di contrasto alla trasmissione del virus. Il servizio mensa è stato sospeso durante l'orario di cena dal 24/02/2020 al 13/12/2020, dal 28/12/2020 al 09/01/2021 e dal 15/03/2021 al 07/04/2021 poiché la regione Veneto si trovava in zona rossa. Per sopperire la mancanza del servizio gli operatori servivano, durante il pranzo, dei cestini da asporto contenenti un pasto completo a chi lo richiedeva; in questo modo l'ospite che ne necessitava aveva a disposizione sia il pranzo che la cena. Durante la pandemia è rimasto attivo il servizio medico, che forniva agli ospiti anche impegnative per poter effettuare tamponi rapidi o molecolari. Per gli altri servizi, invece, sono state disposte chiusure in periodi specifici: il servizio docce è rimasto chiuso dal 17/12/2020 al 12/04/2021, il servizio guardaroba dal 21/02/2020 al 16/06/2020 e dal

15/03/2021 al 04/04/2021, il servizio lavanderia si è modificato radicalmente, poiché ora non è più consentito agli ospiti di lavare i proprio vestiti in autonomia, ma possono lasciarli agli operatori che si occupano del lavaggio e dell'asciugatura dei capi.

La pandemia ha influenzato anche il lavoro degli operatori che lavorano presso le Cucine Economiche Popolari di Padova: i volontari che normalmente lavorano al loro fianco e costituiscono una parte fondamentale del lavoro delle Cucine è venuto meno. Il servizio di volontariato è stato sospeso durante i primi mesi della pandemia (dal 08/03/2020) per garantire la sicurezza di tutti i volontari; nei mesi di marzo aprile e maggio i sacerdoti della Diocesi di Padova hanno affiancato gli operatori nella distribuzione dei pasti, nei mesi estivi (giugno, luglio e agosto) sono stati riattivati i campi scuola parrocchiali e da settembre ha ripreso la normale attività di volontariato.

2.3.2 Le Cucine Economiche Popolari come attori sociali della sicurezza urbana

Le Cucine Economiche Popolari si trovano nella zona urbana adiacente alla stazione, importante luogo di transito della città che vede il passaggio di molte persone ogni giorno. In questo luogo si contano numerose situazioni di disagio e degrado urbano, date soprattutto dall'alta percentuale abitativa e dalla convivenza di molte culture diverse. La stazione, inoltre, si configura come luogo di riparo per le persone Senza Fissa Dimora, che anche durante il giorno vivono questa zona. Sempre nel piazzale della stazione non sono infrequenti fatti di cronaca locale: dai furti al di fuori della stazione, ai pestaggi tra membri di gang diverse e agli episodi di spaccio. Nonostante le difficoltà che mostra questo quartiere, le iniziative che vengono promosse per riqualificarlo sono diverse: le unità di strada affiancano le sex workers, le unità di volontari della Croce Rossa prestano primo soccorso e distribuzione di beni di prima necessità ai Senza Fissa Dimora, il progetto "La Casetta Borgomagno" offre il servizio docce gratuito e un punto di ascolto

a chi ne ha bisogno e i laboratori di Piazza Gasparotto sono punto di incontro e socializzazione per chi vive in condizioni di marginalità.

Un luogo urbano di questo tipo è strategico per un servizio che vuole raggiungere le persone più vulnerabili, che vivono in condizioni di difficoltà e marginalità o che sono a Padova da sole in modo transitorio (si pensi a tutte le persone straniere che raggiungono l'Italia illegalmente e che sono costrette a cambiare molto spesso città).

Le Cucine si rivolgono a tutti coloro che ne hanno bisogno, ma non significa che si rivolgano a loro tutte le persone che vivono in questo contesto. Eppure l'utenza delle Cucine è eterogenea, e raggruppa persone provenienti da contesti diversi e con background personali e culturali molto vari.

Nel corso del tempo le Cucine Economiche Popolari si sono impegnate anche a migliorare i rapporti con la cittadinanza e il quartiere in cui sorgono. Il solo servizio che offrono è uno strumento per migliorare le condizioni di vita della loro utenza: persone vulnerabili a cui è stato associato uno stigma negativo, che le ha escluse dalla vita della città. Tale stigma comporta anche un'attribuzione di responsabilità del degrado di tale area urbana, con una conseguente dislocazione di responsabilità per quanto di negativo accade in questa zona. Le Cucine e i loro operatori, infatti, operano non solo per risolvere una necessità primaria del singolo, ma si costituiscono come ponte tra il singolo e la comunità. Sono molti i progetti messi in atto dalle Cucine Economiche Popolari per aprire questo luogo alla cittadinanza, ai residenti nel quartiere, agli studenti e a tutti coloro interessati a scoprire una realtà padovana. Ogni estate vengono selezionati alcuni studenti provenienti da diverse scuole superiori di Padova a cui si offre la possibilità di svolgere una settimana di volontariato all'interno delle Cucine, attraverso i campi scuola parrocchiali. I ragazzi e le ragazze vengono inseriti nel servizio mensa, gli viene garantita una formazione rispetto

al luogo in cui si trovano e hanno la possibilità di osservare le dinamiche che si creano all'interno. Interagire con persone che vivono situazioni di difficoltà permette a dei ragazzi così giovani di interfacciarsi con una realtà cittadina che spesso viene ignorata e di creare un contatto altrimenti poco probabile con queste persone.

La speranza è anche quella di ridurre il pregiudizio e lo stigma verso l'utenza delle Cucine.

Alla base di tale assunzione si trova la teoria del contatto intergruppi di Allport (1954).

Secondo questa teoria, poiché i pregiudizi nascono da un'attribuzione arbitraria di caratteristiche ad un certo gruppo di persone, il contatto positivo tra persone appartenenti a gruppi diversi può concorrere a ridurre il pregiudizio tra gruppi. Questo è possibile se sono presenti quattro condizioni:

- chi entra in contatto deve avere uno status simile, non ci devono essere asimmetrie tra coloro che si incontrano;
- le interazioni che si creano devono essere piacevoli e costruttive per entrambe le parti;
- deve esserci la possibilità di una conoscenza reciproca;
- deve esserci il supporto istituzionale, nel caso delle Cucine dato dall'assunzione del volontario all'interno della struttura e dalla sua sottoscrizione di determinate norme.

In questo senso il progetto di volontariato che le Cucine offrono svolge un importante ruolo psicosociale, che può aiutare a ridurre lo stigma verso l'utenza e verso il luogo.

Tale opportunità era stata arrestata dalla pandemia durante l'estate 2020, ma ha ripreso regolarmente nell'estate 2021, con le dovute attenzioni sanitarie per garantire la sicurezza di tutti e tutte.

Prima del covid-19 ci sono stati alcuni appuntamenti con degli chef stellati del territorio:

“Cena stellata” è il nome del progetto che ha permesso di aprire le porte delle Cucine

Economiche Popolari a tutti coloro che volevano provare tale esperienza. Invitare uno chef stellato a cucinare in un luogo carico di significato come quello delle Cucine Economiche Popolari ha un grande impatto sociale. Permette ai cittadini di guardare con altri occhi un luogo spesso dipinto in termini negativi e denigratori, combattendo lo stigma strutturale rivolto a questo luogo, e di scoprirlo dall'interno: durante la cena, infatti, c'era la possibilità di visitare l'intera struttura delle Cucine per conoscere meglio i servizi offerti e osservare la manutenzione della struttura.

L'esempio di questi progetti sottolinea di nuovo il ruolo psicosociale che le Cucine si impegnano ad assumere, accanto al sostegno alla vulnerabilità che giornalmente mettono in atto. Il ruolo delle Cucine Economiche Popolari è fondamentale all'interno del contesto urbano in cui sono inserite: si rivolgono alle persone che normalmente vivono in condizioni di marginalità, molto spesso esclusi dalla vita cittadina e con un contatto molto limitato con il resto della cittadinanza. Si delinea, invece, all'interno della struttura un contesto più sicuro, in cui chi vuole può creare una rete con altre persone. All'interno delle Cucine non è presente un punto di ascolto dedicato alla condivisione di esperienze e alla raccolta delle difficoltà individuali. Nonostante questo, gli operatori e i volontari si impegnano a conoscere i singoli ospiti, quando il desiderio è ricambiato. Conoscere una persona significa riconoscere la sua individualità, la sua presenza nel mondo e riconoscerle il diritto di essere. L'identità personale si costruisce anche attraverso l'interazione con l'altro, che ne riconosce il valore e determina un'auto-valutazione positiva di sé. Essere riconosciuti socialmente significa quindi riappropriarsi del valore della propria identità, che la condizione di esclusione sociale mina (Honneth, 1997; 2002). Coloro che vivono in povertà, da soli o in condizioni di Senza Fissa Dimora molto spesso non si vedono riconosciuti questi diritti: diventano invisibili in una città che evolve e

crebbe, lasciando dietro di sé i più vulnerabili. Un luogo come le Cucine Economiche Popolari e le persone che vi lavorano possono restituire, piano piano, valore alla persona. Da qualche anno sono stati introdotti dei cartellini identificativi non solo per operatori e volontari, ma anche per tutti gli ospiti. Tali cartellini vengono creati al primo ingresso dell'ospite, indipendentemente dal servizio al quale si rivolge. In questo modo, sin dal primo momento, l'ospite percepisce di essere riconosciuto. Poter chiamare una persona per nome è una delle più alte forme di riconoscimento. Si ricordi che si tratta di persone che vengono spesso ignorate nel contesto urbano, che quando non subiscono aggressioni vengono dimenticate e trattate come invisibili; restituire loro la dignità di possedere un nome, di essere riconosciuti e trattati come pari da un operatore è fondamentale per poter instaurare un rapporto di fiducia e di stima tra operatore e ospite. Questo rapporto di fiducia spesso ha anche esiti positivi sulla vita dell'ospite delle Cucine: alcuni ospiti, grazie all'aiuto ricevuto dagli operatori sono riusciti con il tempo a migliorare la propria condizione di vita e alcuni lavorano per le Cucine come addetti alla pulizia esterna ed interna dei locali.

Il lavoro svolto dalle Cucine diventa quindi fondamentale anche per migliorare il contesto urbano: offrono un luogo in cui poter mangiare evitando così che le persone mangino per strada, permette la pulizia individuale e dei propri abiti e infine aiuta a mantenere o migliorare la propria condizione di salute. Sono tutti elementi che si riflettono nel contesto in cui queste persone vivono e che potrebbero favorire una convivenza pacifica tra persone residenti nel quartiere e ospiti delle Cucine Economiche Popolari.

CAPITOLO 3

Gli ospiti

3.1 Gli ospiti delle Cucine Economiche Popolari

Introduzione

Gli ospiti delle Cucine Economiche Popolari di Padova creano un gruppo eterogeneo di persone: transitano persone di età e nazionalità diverse, che vivono situazioni lavorative e abitative molto differenti fra loro. Si tratta di un gruppo ampio sia qualitativamente a causa delle diverse caratteristiche sociodemografiche, abitative e lavorative, sia quantitativamente: durante l'anno 2019 sono transitati *n.* 1375 ospiti, durante l'anno 2020 *n.* 2268. Generalizzare i bisogni di un gruppo così ampio di persone porta con sé il rischio di escludere i bisogni di alcune categorie più vulnerabili o più in difficoltà. Per evitare questo rischio è necessario conoscere meglio i fruitori dei servizi delle Cucine Economiche Popolari di Padova.

Obiettivi

L'analisi dei dati che verrà proposta di seguito ha l'obiettivo di fornire una fotografia degli ospiti delle Cucine Economiche Popolari di Padova. Si tratta di un dato che restituisce il profilo degli utenti in un preciso momento e relativo ad un dato servizio, utile a costruire dei profili di utenza per individuare bisogni ricorrenti degli ospiti.

L'obiettivo generale è creare all'interno delle Cucine Economiche Popolari un luogo non solo di risposta ai bisogni primari, ma anche un luogo di ascolto e accoglienza, in cui il singolo viene considerato nella sua individualità, riconoscendone la soggettività, le potenzialità e le difficoltà personali.

Durante l'anno 2020, con l'avvento della pandemia covid-19 nel mese di marzo 2020, conoscere meglio i propri ospiti significava anche garantire loro una sicurezza sanitaria maggiore. Raccogliendo tali informazioni (vedi cap. 2, par. 2.3.1) era possibile sapere se l'ospite avesse accesso o meno ad un alloggio in cui trascorrere il periodo di lockdown e se gli era possibile reperire dispositivi di protezione individuale (mascherine, guanti, disinfettanti mani). Inoltre, il servizio medico delle Cucine, rimasto aperto con modifiche di orario, garantiva l'accesso ai tamponi agli ospiti che ne necessitavano.

Materiali

In questo capitolo sono presentate le statistiche descrittive relative all'utenza degli anni 2019 e 2020 e relative a coloro che hanno avuto accesso al solo servizio medico e al solo servizio mensa.

Le registrazioni delle informazioni sono iniziate:

- le registrazioni dell'utenza generale, ovvero di tutti coloro che entravano negli spazi delle Cucine a prescindere dal servizio a cui si rivolgevano, in data 01/04/2019;
- per il servizio mensa in data 20/04/2020;
- per il servizio medico in data 1/04/2019; al fine di questa analisi verranno considerate le registrazioni condotte a partire dall' 01/01/2020.

Metodo e procedura

I dati utilizzati sono stati ricavati dalle informazioni inserite dagli operatori nel database OspWeb. Si tratta di un database della diocesi di Padova in cui ogni servizio del terzo settore può inserire i dati relativi ai propri ospiti. In questo modo si facilita la condivisione di informazioni, utile soprattutto per quegli ospiti la cui storia appare frammentaria.

Sono stati condotti due step di analisi:

- l'analisi delle informazioni dell'utenza generale nel capitolo corrente;

- l'analisi delle informazioni circoscritta agli ospiti abituali nel cap. 4.

I dati sono stati inseriti in file Excel in base al periodo e al servizio considerato (anno 2019, anno 2020, servizio medico 2020, servizio mensa 2020). Si è poi condotta un'analisi statistica descrittiva utilizzando Excel: sono state create tabelle di lavoro e grafici discussi di seguito, che mostrano come l'utenza delle Cucine si componga in base alle categorie considerate.

Nel capitolo 5 verranno messi a confronto i risultati proposti in questo capitolo e nel capitolo seguente, in modo da offrire una panoramica completa sul trend che l'utenza delle Cucine Economiche Popolari ha mostrato nel tempo.

3.2 Risultati anno 2019

Il 2019 è stato il primo anno di raccolta delle informazioni e di inserimento dati nel database OspWeb, per questo motivo alcune categorie presentano percentuali elevate di dati mancanti, percentuale che tenderà a scendere nell'anno successivo grazie alla migliore raccolta di informazioni da parte degli operatori.

Di seguito sono presentate le categorie chieste all'ospite al momento di ingresso. Ogni categoria è stata analizzata considerando il genere di appartenenza dell'ospite; coloro che vivono una condizione di vulnerabilità hanno bisogni comuni, ma ci sono delle necessità specifiche legate al genere maschile e femminile. Per fare un esempio: la sola condizione di povertà genera sensazioni diverse in uomini e donne; mentre i primi sentono minacciato il loro ruolo socialmente dettato di capofamiglia e di colui che deve provvedere al sostentamento di quest'ultima, la donna si fa carico di quel ruolo socialmente datogli di responsabile del lavoro di cura. Per questo motivo la donna tende a gestire le risorse ridotte cercando di evitare conflitti (Fodor, 2006). Cambiano anche le motivazioni che

conducono una persona a vivere in condizione di estrema povertà: per le donne, più che per gli uomini, sono determinanti episodi di violenza domestica, abusi fisici o sessuali (Zugazaga, 2004). Più donne che uomini riportano storie di abusi fisici e sessuali sia durante l'infanzia che nell'età adulta (North & Smith, 1993). Un'altra differenza legata al genere si riferisce ai comportamenti messi in atto da coloro che vivono in povertà: è molto più probabile che un uomo commetta violazioni della legge rispetto alle donne, e che venga incarcerato (Zugazaga, 2004). Tenere in considerazione il genere permette di osservare le possibili differenze tra maschi e femmine nelle categorie analizzate.

Genere

Analizzando i dati raccolti dagli operatori e dai volontari emerge che dall' 1/04/2019 sono transitati *n.* 1375 ospiti.

Da sottolineare è il fatto che la registrazione non è stata fatta per tutti gli ospiti, che non sono stati differenziati i servizi ai quali gli

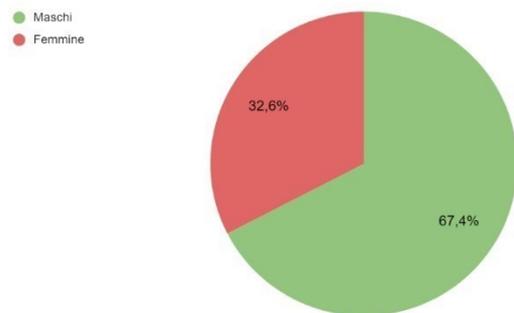


Fig. 3.1. Il genere dell'utenza nell'anno 2019

ospiti accedono e che questo numero costituisce solo una parte dell'utenza.

In ogni caso, tra le persone che sono state registrate si osserva (cfr. Fig. 3.1) una maggioranza di ospiti genere maschile: gli ospiti maschi sono infatti il 67,4% (*n.* 927), mentre le femmine sono il 32,6% (*n.* 448).

Età

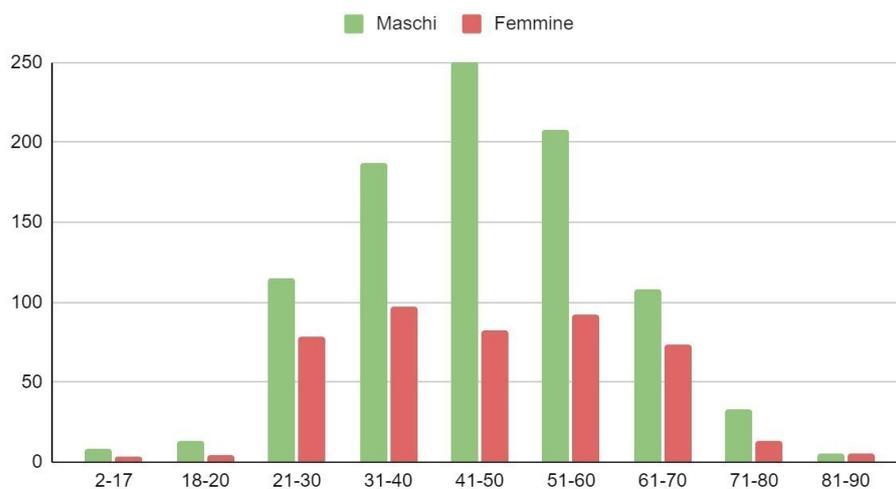


Fig. 3.2. Distribuzione per età dell'utenza generale nell'anno 2019

Gli ospiti delle Cucine Economiche Popolari nell'anno 2019 hanno età media di 46 anni, la moda (ovvero il valore che viene registrato più volte) è di 45 anni e il range d'età nel quale si inseriscono va dai 2 ai 90 anni. L'età media maschile è di 45,9 anni e la moda è di 45 anni. Il range d'età nel quale si collocano è uguale a quello della popolazione generale (2-90 anni). L'età media femminile è di 46,2 anni, mentre la moda è inferiore a quella dei maschi, pari a 40 anni. Il range d'età nel quale si collocano le femmine è inferiore rispetto a quello maschile, e va dagli 8 agli 87 anni.

Nel gruppo totale sono presenti alcuni ospiti minorenni, appartenenti ad entrambi i generi. Potrebbero essere state accompagnatori/accompagnatrici di qualche adulto ospite delle Cucine, quindi ospiti che non scelgono volontariamente e spontaneamente di recarsi in questo luogo. In particolare, si segnala la presenza di *n.* 8 maschi appartenenti alla fascia d'età 2-17 anni e *n.* 3 femmine appartenenti alla fascia 8-17 anni. Questi ospiti hanno sicuramente inciso sull'età media presentata.

Nazionalità

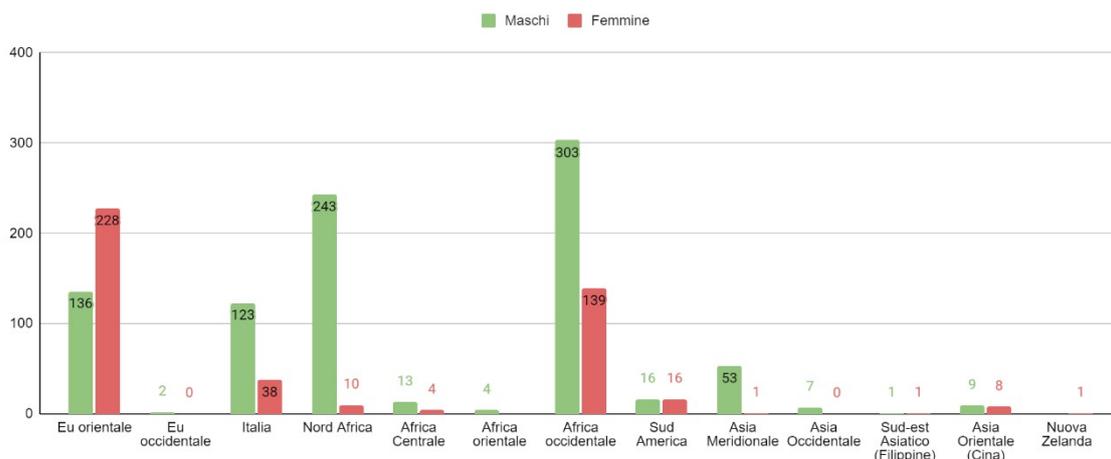


Fig. 3.3. Nazionalità dell'utenza nell'anno 2019 in base al genere

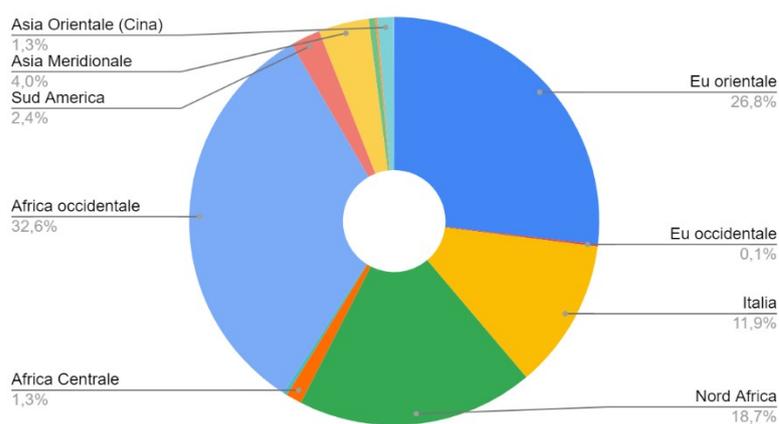


Fig. 3.4. Nazionalità dell'utenza nell'anno 2019

La nazionalità degli ospiti è uno dei dati più rappresentativi della popolazione che transita in questo luogo. Dai dati raccolti emerge una profonda differenza legata al genere.

Nord Africa. Gli ospiti provenienti dal Nord Africa sono il 18,4%. I maschi rappresentano il 26,2% del gruppo maschile: di questa porzione il 47,3% proviene dal Marocco e il 44,9% dalla Tunisia. La restante parte proviene dall'Algeria, dall'Egitto, dalla Libia, dal Sudan, dal Sud Sudan. Le femmine nordafricane sono il 2,2% e provengono tutte dal Marocco.

Africa Occidentale. Da questa area geografica proviene il 32,1% degli ospiti. Il 32,7% dei maschi proviene dall’Africa Occidentale. Di questa porzione il 69,3% proviene dalla Nigeria e l’11,6% dal Senegal. La restante parte proviene da Benin, Burkina Faso, Costa d’Avorio, Gambia, Ghana, Guinea, Guinea Bissau, Liberia, Mali, Mauritania, Niger, Sierra Leone, Togo. Il 31% del gruppo femminile proviene dall’Africa Occidentale: il 93,5% è originaria delle Nigeria e le restanti sono originarie di Benin, Burkina Faso, Capo Verde, Senegal.

Italia. Gli ospiti di nazionalità italiana sono l’11,8% del gruppo totale di riferimento: il 13,3% dei maschi e l’8,5% delle femmine.

Europa Orientale. Il 26,5% degli ospiti provengono dall’Europa Orientale. I maschi che provengono da questa zona geografica sono il 14,7%: il 57,4% dei maschi proviene dalla Romania, il 16,9% dalla Moldavia e il 10,3% dall’Albania. La restante percentuale proviene da Bosnia Erzegovina, Bulgaria, Croazia, Georgia, Jugoslavia, Kosovo, Macedonia, Polonia, Russia, Serbia, Ucraina. Il 50,9% delle femmine che richiedono i servizi delle Cucine provengono dall’Europa Orientale: il 46,9% proviene dalla Romania, il 25,4% dalla Moldavia e il 11,8% dall’Ucraina; la restante parte proviene, in percentuali minori da Albania, Bielorussia, Bosnia-Erzegovina, Bulgaria, Croazia, Georgia, Macedonia, Polonia, Russia, Serbia, Ungheria.

Asia Meridionale. Una notevole differenza di genere si evidenzia anche per gli ospiti provenienti dall’Asia Meridionale, che sono il 3,9% del gruppo totale. I maschi sono il 5,7% del gruppo maschile: di questi il 32,1% proviene dal Bangladesh, il 32,9% proviene dal Pakistan, il 20% dallo Sri Lanka e l’11,3% dall’Afghanistan. La restante parte è originaria dell’India. È stata registrata *n.* 1 femmina proveniente dallo Sri Lanka.

Cina. Il numero di persone proveniente dalla Cina è molto basso, ma equamente distribuito tra i generi: *n.* 9 maschi e *n.* 8 femmine.

Permesso di soggiorno

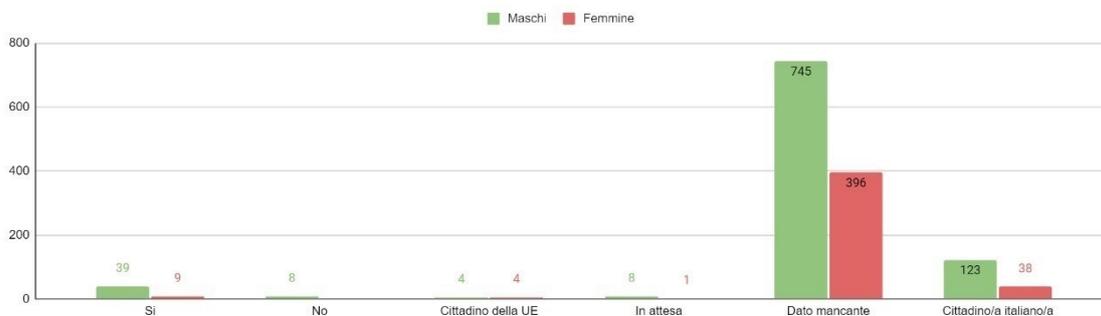


Fig. 3.5. Possesso del permesso di soggiorno dell'utenza nell'anno 2019

Nel leggere i dati relativi al possesso o meno del permesso di soggiorno si tenga presente che i dati presentati si riferiscono alla condizione di regolarità della persona in quel dato momento; forniscono quindi un dato circoscritto passibile di modifica e non una condizione stabile (alcuni ospiti potrebbero aver ottenuto il permesso di soggiorno mentre per altri potrebbe essere scaduto e non essere stato rinnovato).

Durante il 2019 i dati raccolti rispetto alla regolarità di soggiorno in Italia sono pochi; i dati mancanti che si registrano per questa categoria interessano l'82,9% degli ospiti: mancano i dati dell'80,4% dei maschi e dell'88,4% delle femmine.

Si deve considerare poi che una parte del gruppo totale è cittadino italiano (l'11,7%), in quanto di origini italiane. I maschi autoctoni sono il 13,3% e le femmine sono l'8,5%.

Coloro che possiedono un regolare permesso di soggiorno sono il 3,5%: il 4,2% di maschi e il 2% delle femmine.

Considerando la nazionalità degli ospiti, coloro che mostrano in percentuale maggiore il possesso di un regolare permesso di soggiorno sono gli ospiti di origine marocchina. Si

deve tenere comunque presente la forte mancanza di dati, maggiore per gli ospiti provenienti dalla Nigeria.

Condizione abitativa

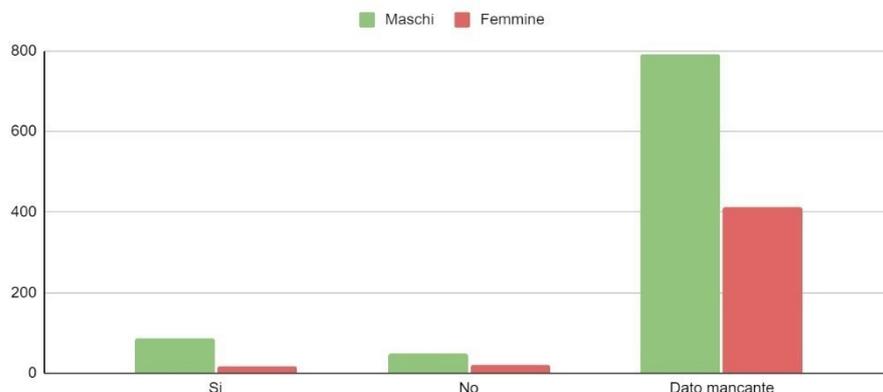


Fig. 3.6. Condizione di Senza Fissa Dimora dell'utenza nell'anno 2019

Come nella raccolta dati riguardante il permesso di soggiorno, anche in questo caso i dati forniscono un'istantanea circa la condizione abitativa degli ospiti delle Cucine Economiche Popolari. Agli ospiti veniva chiesto se vivessero in condizione di Senza Fissa Dimora o meno: vengono considerati tali anche coloro che dormono all'interno degli asili notturni presenti sul territorio padovano.

I dati mancanti riguardano l'87,4% degli ospiti: l'85,2% del gruppo maschile e il 91,7% del gruppo femminile.

Coloro che si dichiarano Senza Fissa Dimora, che quindi dormono per strada o accedono ad asili notturni, sono il 7,6%: il 9,5% dei maschi e il 3,8% delle femmine.

Gli ospiti che dichiarano di avere una casa o un luogo dove passare la notte sono il 5% del gruppo totale: il 5,3% dei maschi e il 4,2% delle femmine.

Considerando la nazionalità degli ospiti emerge che gli ospiti nordafricani sono quelli che maggiormente vivono in condizione di Senza Fissa Dimora (il 15% degli ospiti marocchini, il 12% di quelli tunisini), mentre coloro che riportano meno tale condizione

sono i cittadini italiani (il 23% dell'utenza italiana). Il dato è mancante soprattutto per gli ospiti nordafricani.

Condizione lavorativa

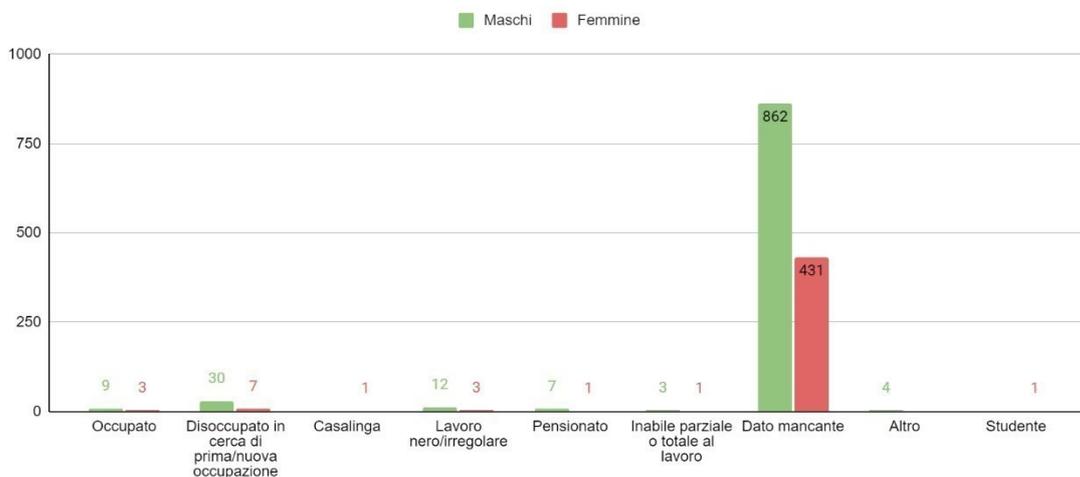


Fig. 3.7. Condizione lavorativa dell'utenza nell'anno 2019

Non è possibile condurre nessuna discussione sui dati relativi alla condizione lavorativa degli ospiti del 2019 poiché la percentuale di dati mancanti è quasi totale, ed è pari al 94%: mancano i dati del 93% del gruppo maschile e del 96,2% del gruppo femminile. A causa della mancanza dei dati è difficile condurre una discussione anche considerando la nazionalità degli ospiti. La percentuale di disoccupati è pari al 2,7% degli ospiti: il 3,2% dei maschi e l'1,6% delle femmine riporta una condizione di disoccupazione. Gli ospiti con un lavoro regolare sono lo 0,8% dell'utenza totale.

Gli ospiti provenienti dall'Africa Occidentale (Marocco e Tunisia) rappresentano la maggior parte degli ospiti disoccupati delle Cucine. Gli italiani, invece, rappresentano la maggior parte dei pensionati (il 4,3% degli ospiti italiani è pensionato).

Recapito telefonico

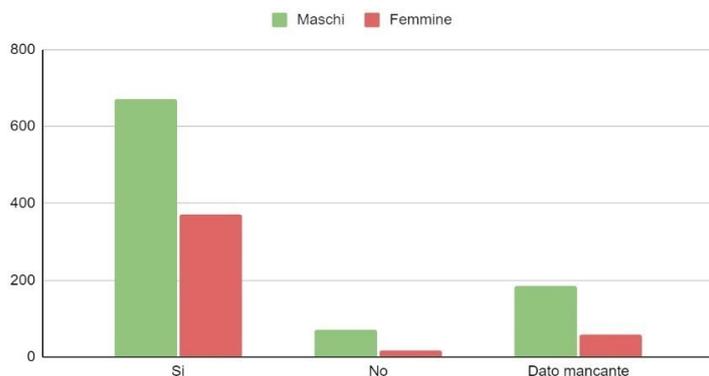


Fig. 3.8. Possesso di recapito telefonico dell'utenza nell'anno 2019

Dai dati raccolti emerge che il 75,9% di ospiti delle Cucine Economiche Popolari ha un recapito telefonico. Nel dettaglio: il 72,4% dei maschi e l'83% delle femmine. Coloro che non possiedono un telefono e un recapito telefonico sono il 6,6% del gruppo totale: il 7,8% dei maschi e il 4% delle femmine. La mancanza di dati riguarda il 17,6% degli ospiti: il 19,8% dei maschi e il 12,9% delle femmine.

Il possesso del numero telefonico è maggiore per gli ospiti nordafricani: l'85,6% degli ospiti nigeriani possiede un telefono. Il dato manca soprattutto per gli ospiti italiani: non si ha tale informazione rispetto al 21,7% del gruppo italiano.

3.2.1 Conclusioni anno 2019

Gli ospiti delle Cucine Economiche Popolari durante l'anno 2019 hanno mostrato una distribuzione per genere in linea con le percentuali riportati dai tavoli di lavoro di Padova Capitale Europea del Volontariato 2020: sono di più i maschi che si rivolgono a questo servizio rispetto alle femmine. I dati relativi all'età non mostrano differenze legate al genere di appartenenza, e gli ospiti hanno un'età media attorno ai 46 anni. La maggior parte degli ospiti si collocano nelle fasce d'età 41-50 e 51-60 anni. Si tratta di persone in età lavorativa, eppure la maggior parte degli ospiti di cui si ha l'informazione riferisce di essere disoccupata (la mancanza dei dati coinvolge comunque il 94% degli ospiti). La

maggior parte degli ospiti maschi è originaria dell’Africa Occidentale, mentre le femmine provengono soprattutto dall’Europa Orientale. La percentuale di italiani è pari all’11,6%, inferiore a quelle appena menzionate (cfr. Fig. 3.4).

Relativamente al permesso di soggiorno emerge che la maggior parte degli ospiti ne sono in possesso; anche in questo caso è da considerare l’alta percentuale di dati mancanti (80,2%).

Relativamente alla condizione abitativa, la maggior parte degli ospiti di cui si conosce tale informazione risulta Senza Fissa Dimora. Questa informazione sottolinea un grado di disagio abitativo, vulnerabilità e grave ristrettezza economica. Come si vede dalla Fig. 3.6 l’8% degli ospiti (si tenga presente che mancano i dati dell’87% degli ospiti) vive e dorme per strada e chiede ospitalità ad asili notturni. Alla luce di questo dato appare ancora più importante la necessità di una comunicazione efficace tra le Cucine e gli asili notturni sul territorio di Padova, poiché hanno in comune sicuramente almeno una parte delle loro utenze. Infine, il dato sul recapito telefonico dà un segnale positivo (cfr. Fig. 3.8): emerge che quasi il 76% degli ospiti ha lasciato alle Cucine un proprio recapito telefonico. Questo dato è molto importante poiché, se la persona possiede un numero telefonico significa che è in possesso di un telefono e questo comporta che:

- sia una persona raggiungibile anche al di fuori del contesto delle Cucine;
- in caso di necessità ha la possibilità di contattare qualcuno, per chiedere aiuto e supporto.

Questo potrebbe facilitare il supporto sociale, ridurre il rischio di isolamento sociale e aumentare le possibilità di fare rete (virtualmente e fisicamente).

Leggendo questi dati è importante ricordare che la percentuale di dati mancanti, elevata in tutte le categorie, ha impedito una discussione esauriente. I dati mancanti riguardavano dall’80% fino al 94% degli ospiti nelle diverse sezioni presentate. Si evidenzia però una

tendenza: i dati mancanti riguardano sempre una percentuale di femmine maggiore rispetto ai maschi (nelle categorie: permesso di soggiorno, condizione abitativa e condizione lavorativa). L'unica eccezione la si registra relativamente al recapito telefonico, nella cui categoria il dato manca per una percentuale maggiore di maschi rispetto alle femmine.

Profilo d'utenza del 2019

In base ai dati raccolti e alle informazioni appena riassunte è possibile creare un profilo d'utenza relativo all'anno 2019.

L'ospite medio dell'anno 2019 è stato un uomo, con età media di 45-46 anni e originario dell'Africa Occidentale, in particolare della Nigeria, in possesso di regolare permesso di soggiorno. Questo ospite probabilmente viveva in condizione di Senza Fissa Dimora e senza un'occupazione.

3.3 Risultati anno 2020

Durante l'anno 2020 la raccolta dati presso le Cucine Economiche Popolari è diventata più sistematica e ha coinvolto alcuni servizi specifici. I dati che vengono di seguito mostrati sono divisi in tre categorie: le persone entrate alle Cucine e registrate per la prima volta senza distinguere in base ai servizi ai quali si rivolgevano; l'utenza del servizio medico (e infermieristico), l'utenza del servizio mensa.

Genere

Durante l'anno 2020 sono transitate *n.* 2268 nuove persone. Questo numero indica solo i nuovi ingressi, e non tiene conto di tutti quegli

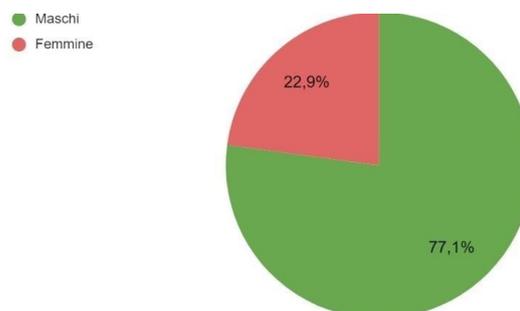


Fig. 3.9. Il genere dell'utenza nell'anno 2020

ospiti che avevano già avuto accesso alle Cucine.

La percentuale di ospiti femminili, in linea con i dati dell'anno precedente e con la tendenza che si vede in generale dalla letteratura, è molto inferiore a quella dei maschi.

Le femmine, infatti, rappresentano il 22,9% degli ospiti delle Cucine (*n.* 519), mentre i maschi il 77,1% (*n.* 1749).

Età



Fig. 3.10. Distribuzione per età dell'utenza nell'anno 2020

Senza considerare differenze di genere si osserva un'età media di 43,7 anni, la moda è di 36 anni (molto inferiore rispetto a quella dell'anno precedente) e il range d'età nel quale si collocano gli ospiti va da 3 a 90 anni. I maschi mostravano un'età media di 42,6 anni, la moda pari a 36 anni e si collocavano nel range d'età dai 3 ai 90 anni. Le femmine, invece, mostravano un'età media di 47,6 anni e la moda di 60 anni; il range d'età nel quale si collocano va dai 18 ai 90 anni. Il dato della media potrebbe, però, aver subito variazioni a causa di alcuni ospiti minorenni; in particolare si segnala la presenza di *n.* 6 maschi di età compresa tra i 3 e i 17 anni. Queste persone potrebbero accompagnare persone più adulte e non recarsi alle Cucine per propria volontà. Il gruppo femminile non presenta questo problema.

Nazionalità

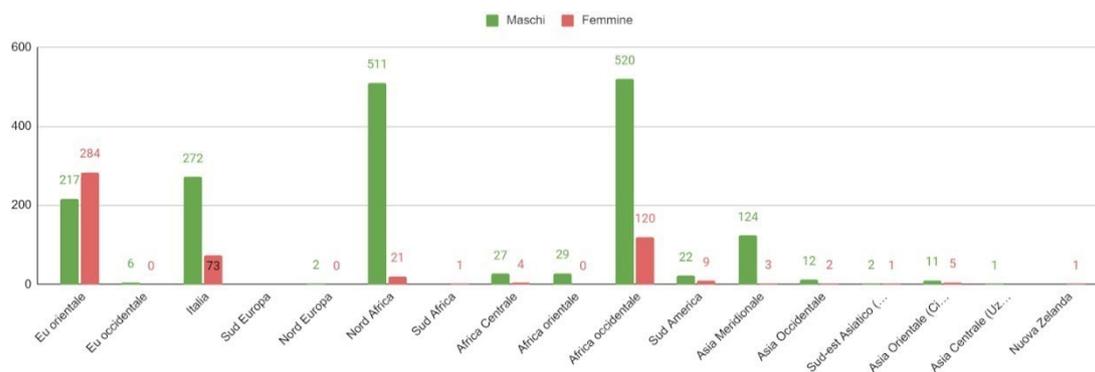


Fig. 3.11. Nazionalità dell'utenza nell'anno 2020 in base al genere

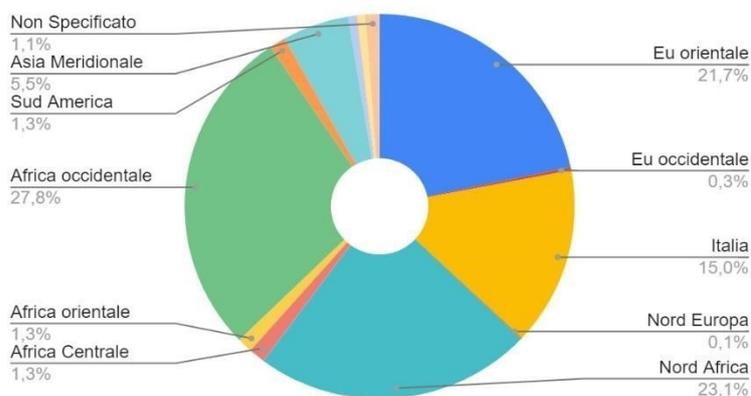


Fig. 3.12. Nazionalità dell'utenza nell'anno 2020

Nord Africa. La percentuale di ospiti provenienti dal Nord Africa è pari al 23,1% del gruppo totale di riferimento.

La percentuale di maschi provenienti dal Nord Africa raggiunge il 29,2% del gruppo maschile totale. Di questi il 56,6% proviene dal Marocco e il 36% dalla Tunisia. In percentuale minore provengono da Algeria, Egitto, Libia, Sudan, Sud Sudan.

Le femmine provenienti dal Nord Africa sono solo il 4% delle donne totali, quasi tutte sono originarie del Marocco (il 90,5%), e il restante della Tunisia.

Africa occidentale. Gli ospiti provenienti dall’Africa Occidentale costituiscono il 27,8%. I maschi originari di questa zona sono il 29,7%; un’elevata percentuale proviene dalla Nigeria (57,5%), il 13,5% dal Senegal e il 7,7% dalla Gambia. Altri soggetti provengono, in percentuali minori dal Benin, Burkina Faso, Costa d’Avorio, Ghana, Guinea, Guinea Bissau, Liberia, Mali, Mauritania, Niger, Sierra Leone, Togo. Il 23,12% del gruppo femminile proviene da questa zona; di questa porzione il 92,5% proviene dalla Nigeria; le altre donne provengono in percentuali molto minori da Benin, Burkina Faso, Capo Verde, Niger, Senegal.

Italia. Il 15% degli ospiti delle Cucine ha origini italiane. La differenza legata al genere non è elevata: il 14,1% delle femmine sono di origine italiana, così come i maschi sono il 15,6%.

Europa orientale. Gli ospiti provenienti dagli Stati dell’Europa Orientale sono il 22,1% del gruppo totale di riferimento. I maschi provenienti dall’Europa Orientale sono il 12,4%, e sono originari soprattutto della Romania. Le femmine provenienti dall’Europa Orientale sono il 54,7%; di queste il 46,8% è proveniente dalla Romania, il 26,1% dalla Moldavia e l’11,6% dall’Ucraina. Le restanti femmine sono provenienti, in percentuali minori da: Albania, Bielorussia, Bosnia Erzegovina, Bulgaria, Repubblica Ceca, Croazia, Georgia.

Asia Meridionale. Gli ospiti originari di questa zona sono il 5,5% del gruppo totale di riferimento e sono quasi esclusivamente maschi. Rappresentano il 7,2% del gruppo maschile totale: di questi il 38,7% proviene dal Pakistan e il 30,7% dal Bangladesh. La restante parte, in percentuali minori, è originaria di Afghanistan, India, Sri Lanka. Le femmine provenienti dall’Asia Meridionale sono *n.* 3 e sono originarie dell’India, del Pakistan e del Bangladesh.

Permesso di soggiorno

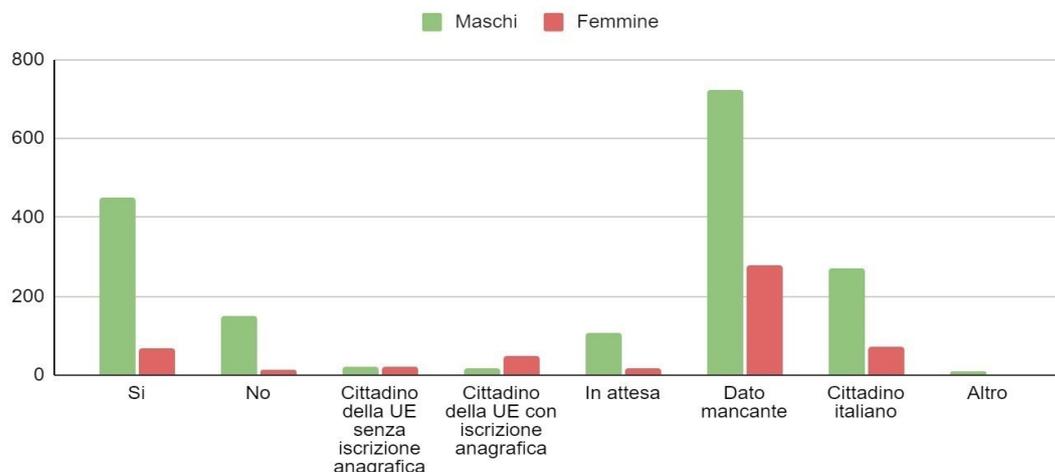


Fig. 3.13. Possesso del permesso di soggiorno nell'utenza nell'anno 2020

I dati mancanti coinvolgono il 44%: riguardano il 41,3% dei maschi e il 53,4% delle femmine. Si deve considerare che il 15,2% del gruppo totale di riferimento è cittadino italiano (il 15,6% di uomini e il 14% delle donne in rapporto ai rispettivi campioni). Gli ospiti che possiedono un regolare permesso di soggiorno sono il 22,8% del totale: il 25,8% dei maschi e il 12,9% delle femmine.

Considerando la nazionalità degli ospiti emerge che i dati mancano soprattutto per gli ospiti provenienti dall'Africa Occidentale (Marocco, Tunisia). Il permesso di soggiorno è comunque posseduto dalla maggior parte di ospiti africani di cui si ha tale informazione, sia provenienti dal Nord d'Africa che dall'Africa Occidentale.

Condizione abitativa

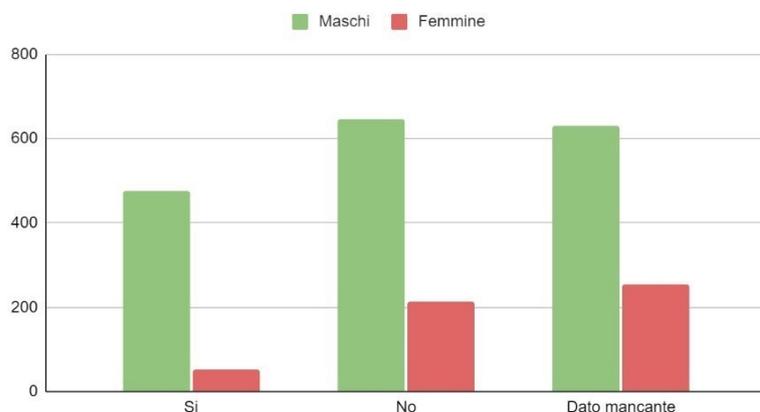


Fig. 3. 14. Condizione di Senza Fissa Dimora dell'utenza nell'anno 2020

Non si conosce la condizione abitativa del 39% degli ospiti. I maschi di cui non si ha questa informazione sono il 36%, mentre le femmine sono il 49%. Gli ospiti che dichiarano di vivere in condizione di Senza Fissa Dimora sono il 26,1% del totale: il 27,1% dei maschi e l'9,8% delle femmine. La percentuale di coloro che dichiarano di avere un alloggio è pari al 37,9%. In percentuale i maschi che non vivono come Senza Fissa Dimora (36,9%) sono meno delle femmine (41,2%). Quando si considera la nazione di origine emerge che la maggior parte di ospiti Senza Fissa Dimora provengono dall'Africa Occidentale: il 22,7% degli ospiti marocchini e il 36% degli ospiti tunisini. Se il dato viene circoscritto agli ospiti italiani: il 26% vive in condizione di Senza Fissa Dimora mentre il 43% possiede un alloggio. Il dato manca soprattutto per gli ospiti nordafricani.

Condizione lavorativa

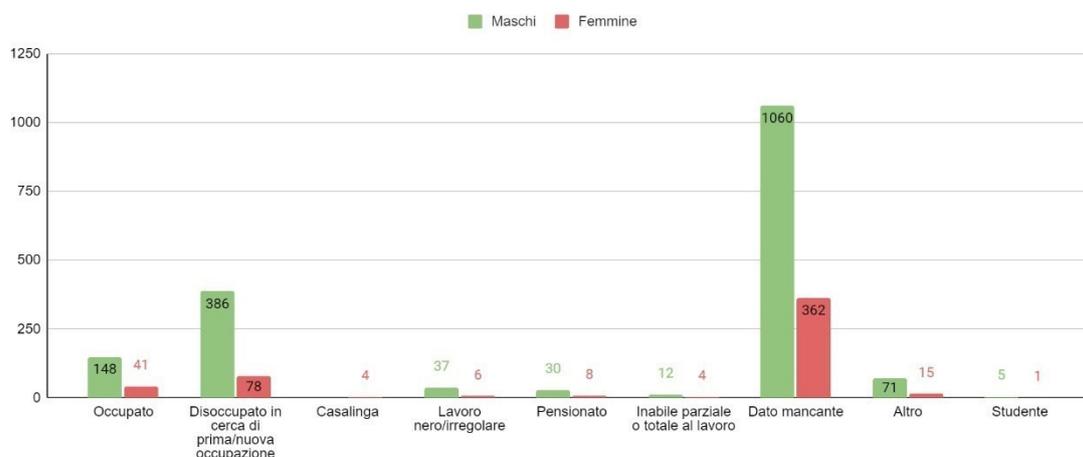


Fig. 3.15. Condizione lavorativa nell'utenza nell'anno 2020

La percentuale di dati mancanti non permette di condurre discussioni esaurienti sul gruppo di riferimento. I dati mancanti riguardano il 62,7% degli ospiti: mancano i dati del 60,6% dei maschi e del 69,7% delle femmine. Gli ospiti che appaiono in condizione di disoccupazione sono il 20,5%: la percentuale del gruppo maschile (22,1%) è maggiore di quella del gruppo femminile (15%). Si dichiara disoccupato il 20,4% degli ospiti: il 22,1% dei maschi e il 15% delle femmine. Coloro che dichiarano di avere un'occupazione sono l'8,3% del totale (con percentuali simili tra maschi e femmine).

Considerando la nazionalità, gli ospiti che mostrano maggiormente la condizione di disoccupazione sono coloro che provengono dall'Africa Occidentale: il 29,2% dei marocchini e il 15% dei tunisini. La percentuale maggiore di pensionati, invece, la registra il gruppo di ospiti italiani (l'8,4%), che allo stesso tempo, però, registra anche la percentuale più alta di ospiti con un'occupazione (circa il 10%).

Recapito telefonico

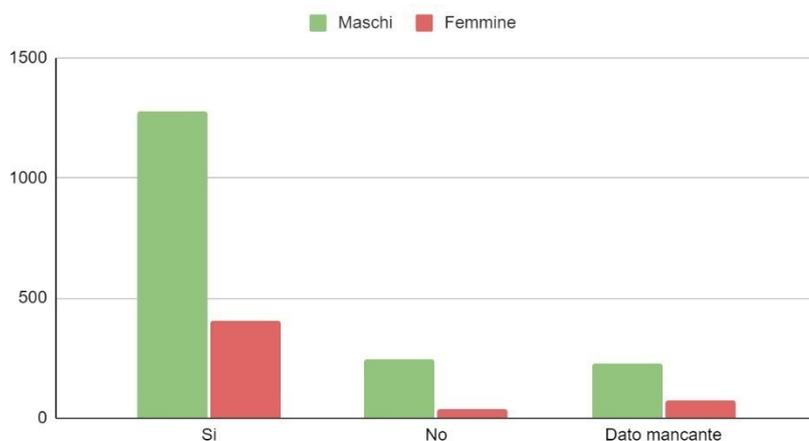


Fig. 3.16. Possesso di recapito telefonico nell'utenza nell'anno 2020

I dati mancanti nel 2020 riguardano il 13,3% degli ospiti: il 13% del gruppo maschile e il 13,7% del gruppo femminile.

Gli ospiti che hanno rilasciato un recapito telefonico alle Cucine Economiche Popolari sono il 64,2%: le femmine con un telefono sono il 78,6% e superano i maschi, che sono invece il 72,8%. Sono entrambe percentuali molto alte, ma in diminuzione rispetto all'anno precedente, nel quale gli ospiti con un recapito telefonico erano stati il 75,6% del totale. Gli ospiti che non possiedono/non hanno rilasciato un recapito telefonico sono il 21,7% del totale: il 14,2% dei maschi e il 7,7% delle femmine.

Quando si considera la nazionalità degli ospiti emerge che gli ospiti provenienti dalla Nigeria sono quelli che maggiormente hanno lasciato il loro contatto telefonico. Coloro che, invece, non possiedono un telefono o non hanno voluto lasciare il loro recapito alle Cucine, provengono soprattutto dall'Africa Occidentale (soprattutto dalla Tunisia: il 27,4% degli ospiti tunisini non hanno lasciato il proprio recapito).

3.3.1 Conclusioni anno 2020

L'utenza dell'anno 2020, come riportato in Fig. 3.9, mostra una distribuzione per genere simile all'anno precedente: i maschi rappresentano quasi 8 persone su 10 che entrano alle Cucine.

L'età media dell'utenza durante il 2020 si differenzia in base al genere: gli uomini hanno un'età media di 5 anni inferiore a quella delle femmine (M: 42, F:47) e si concentrano maggiormente nella fascia d'età 31-40 anni, mentre le femmine sono numericamente maggiori nella fascia 51-60. Da considerare la presenza dei minori all'interno del gruppo maschile, che potrebbe aver alterato questi dati.

Durante il 2020 i nuovi ospiti registrati erano soprattutto provenienti dall'Africa Occidentale, soprattutto da Marocco e Tunisia; questo dato però riflette solo l'utenza maschile. La maggior parte delle femmine, infatti, era originaria dell'Europa Orientale.

La percentuale di ospiti italiani aumenta rispetto all'anno precedente e raggiunge il 15% del gruppo totale di riferimento (cfr. Fig. 3.12).

Il dato sul permesso di soggiorno restituisce un'immagine più fedele grazie alla diminuzione dei dati mancanti: circa il 23% degli ospiti possiede un regolare permesso di soggiorno.

Come per l'anno precedente, la maggior parte di ospiti di cui si conosce la condizione lavorativa riferisce di essere disoccupato. Considerando l'età media si tratta di persone in età lavorativa, e questa percentuale elevata potrebbe indicare la necessità di strutturare un servizio o un link con associazioni che si occupano di ricerca di posizioni lavorative. Per quanto riguarda la condizione abitativa la maggior parte degli ospiti (escludendo coloro di cui non si ha tale informazione) ha un alloggio in cui vivere (cfr. Fig 3.14). Le femmine hanno in percentuale maggiore una casa o un alloggio rispetto ai maschi, e questo è in

linea con il dato che mostra che i Senza Fissa Dimora sono soprattutto maschi. Per quanto riguarda gli ospiti italiani: il 26% ha dichiarato di vivere in condizioni di Senza Fissa Dimora.

Infine, il dato riguardo al possesso di un recapito telefonico durante l'anno 2020 assume ancora più importanza. Durante la pandemia di Covid-2019, infatti, avere un telefono con il quale rimanere connesso con altre persone è stato fondamentale. Poter contattare i servizi per sapere se fossero o meno attivi poteva significare anche un livello di partecipazione maggiore, riducendo così il senso di marginalità. I dati raccolti indicano, come mostrato in Fig. 3.16, che un'alta percentuale di ospiti, pari al 64,2% era in possesso di un telefono: più femmine che maschi, con alte percentuali considerando qualunque nazionalità.

I dati mancanti relativi ad ogni categoria mostrano una diminuzione rispetto all'anno precedente; anche durante questo anno si evidenzia la stessa tendenza. I dati mancanti riguardano maggiormente il gruppo femminile rispetto a quello maschile, ad eccezione dell'informazione riguardo il recapito telefonico in cui le percentuali sono molto simili.

Profilo d'utenza del 2020

Alla luce dei dati analizzati e delle considerazioni fatte si delinea nel modo seguente il profilo dell'utente medio che ha avuto accesso alle Cucine nell'anno 2020.

Si tratta di un maschio e di circa 42-43 anni. Proviene dall'Africa Occidentale, probabilmente dalla Nigeria, ed è in possesso di regolare permesso di soggiorno. Probabilmente vive in condizione di Senza Fissa Dimora ed è disoccupato. Possiede un telefono e un recapito telefonico.

3.4 L'utenza del Servizio Medico nel 2020

Le persone che si sono rivolte al servizio medico sono *n.* 576; di seguito vengono analizzati genere, età, nazionalità, permesso di soggiorno, condizione abitativa e lavorativa.

Genere

La distribuzione per genere all'interno del servizio medico segue la tendenza generale della popolazione delle Cucine analizzata fino ad ora. La percentuale dei maschi che si

sono rivolti a tale servizio è pari al 66,8% (*n.* 385).

Le femmine, invece, sono *n.* 191,

ovvero il 33,2% degli ospiti che sono entrati alle Cucine Economiche Popolari per usufruire del servizio medico e infermieristico.

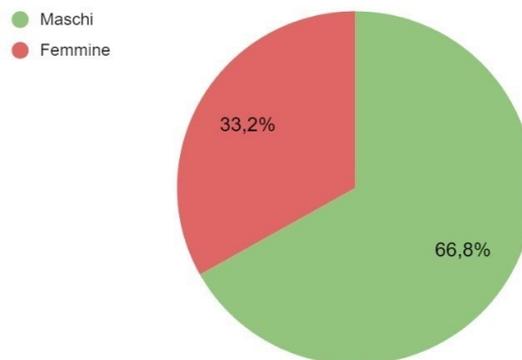


Fig. 3.17. Il genere dell'utenza del servizio medico nell'anno 2020

Età

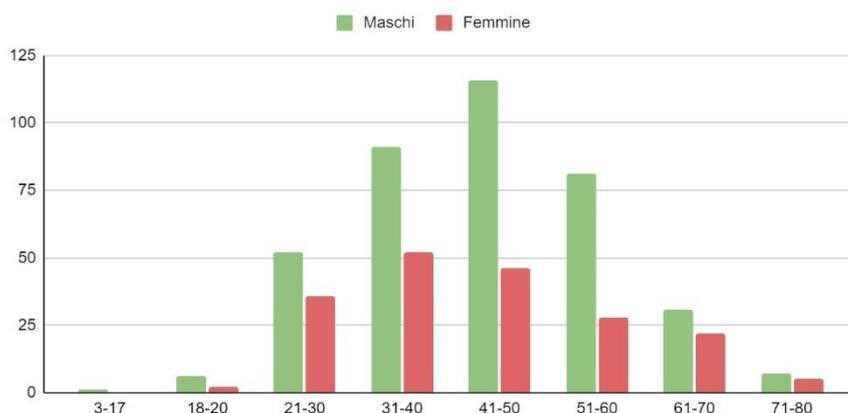


Fig. 3.18. Distribuzione per età dell'utenza del servizio medico nell'anno 2020

L'età media degli ospiti è pari a 43,8 anni, la moda è di 45 anni e le persone hanno età compresa tra i 13 e i 79 anni. I maschi hanno età media di 43,8 anni, la moda di 45 anni e

si collocano nel range d'età 13-75 anni. Le femmine hanno età media di 43,8 anni, la moda è di 33 anni e si collocano tra i 19 e 79 anni. È importante segnalare la presenza di una sola persona minorenni, di 13 anni, all'interno del gruppo maschile.

Nazionalità

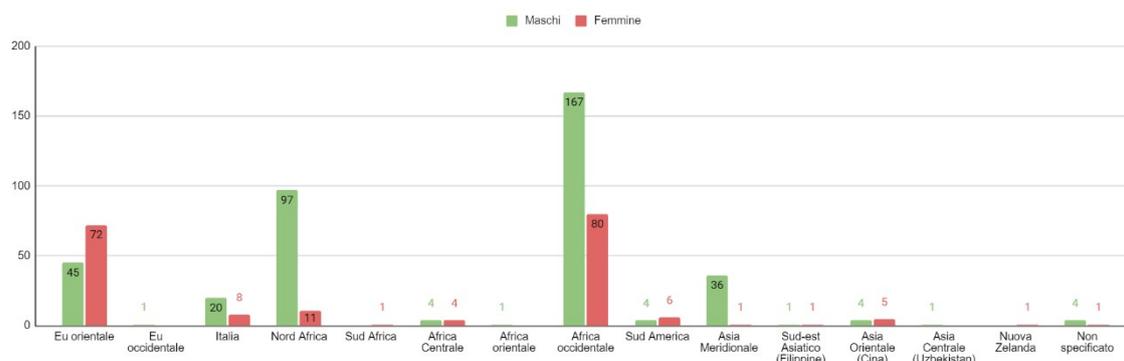


Fig. 3.19. Nazionalità dell'utenza del servizio medico nell'anno 2020 in base al genere

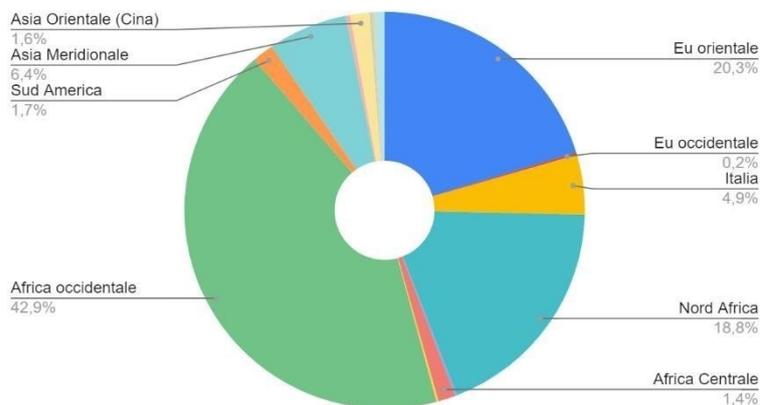


Fig. 3.20. Nazionalità dell'utenza del servizio medico nell'anno 2020

Nord Africa. Da questa zona proviene il 18,8% del gruppo totale di riferimento. I maschi nordafricani sono il 25,2%; di questi il 53,6% proviene dal Marocco e il 41,2% dalla Tunisia; la restante percentuale proviene dall'Algeria e dal Sudan.

Le femmine provenienti da questa zona sono il 5,8% di coloro che si sono rivolte al servizio medico, e di queste il 90,9% provengono dal Marocco.

Africa Occidentale. Il gruppo proveniente da questa zona costituisce il 42,9% degli ospiti: il 41,9% delle femmine (quasi la totalità proviene dalla Nigeria) e il 43,3% dei maschi. Di questi il 73,7% proviene dalla Nigeria e il 10,8% dal Senegal. La restante parte proviene, in percentuali minori da Benin, Burkina Faso, Costa d'Avorio, Gambia, Ghana, Guinea, Guinea Bissau, Liberia, Mali, Niger, Sierra Leone, Togo.

Italia. La percentuale di ospiti italiani che ha usufruito del servizio medico è pari al 4,9%: il 26% dei maschi e il 4,2% delle femmine.

Europa Orientale. Gli ospiti provenienti dagli Stati dell'Europa Orientale sono il 20,3%. I maschi provenienti da quest'area geografica sono l'11,7% del gruppo maschile. Di questa percentuale il 55,6% proviene dalla Romania, e in percentuali minori da Albania, Bosnia Erzegovina, Bulgaria, Jugoslavia, Moldavia, Ucraina. Le femmine est europee, invece, rappresentano il 37,7% del gruppo femminile. Di queste il 44,4% proviene dalla Moldavia e il 25% dalla Romania. La restante percentuale proviene, in percentuali minori, da Albania, Bielorussia, Bosnia Erzegovina, Bulgaria, Georgia, Russia, Serbia, Ucraina.

Asia Meridionale. Gli ospiti provenienti da questa zona sono il 6,4% e sono quasi totalmente maschi (solo *n.* 1 femmina proviene dal Pakistan). I maschi provengono dal Pakistan (il 33,3%) e dal Bangladesh (44,4%).

Permesso di soggiorno

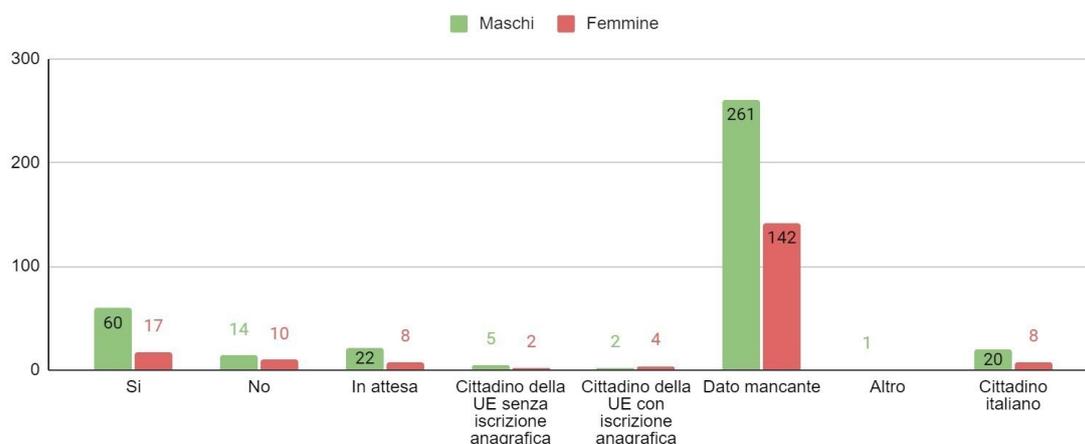


Fig. 3.21. Possesso del permesso di soggiorno nell'utenza del servizio medico nell'anno 2020

I dati mancanti rispetto al possesso del permesso di soggiorno coinvolgono il 70% degli ospiti: il 67,8% del gruppo maschile e il 74,3% del gruppo femminile.

I cittadini italiani sono il 4,9% del totale: il 5,2% di maschi e il 4,2% delle femmine.

Coloro che hanno un regolare permesso di soggiorno sono il 13,4%: più maschi (15,6%) che femmine (8,9%). Gli ospiti che dichiarano di non avere il permesso di soggiorno sono il 4,2%: il 3,6% del gruppo maschile e il 5,2% di quello femminile.

Considerando la nazionalità degli ospiti emerge che gli ospiti provenienti dall'Africa Occidentale sono quelli maggiormente in possesso di regolare permesso di soggiorno, soprattutto gli ospiti provenienti dal Marocco: il 22,6% di questi è regolarmente registrato nel nostro Paese.

Condizione abitativa



Fig. 3.22. Condizione di Senza Fissa Dimora nell'utenza del servizio medico nell'anno 2020

Non si hanno informazioni riguardo la condizione abitativa del 62,3% degli ospiti: in particolare del 62,1% dei maschi e del 71,7% delle femmine. Gli ospiti che rientrano nella categoria Senza Fissa Dimora sono il 13,5%: il 17,9% del gruppo maschile e il 4,9% del gruppo femminile. Coloro che non rientrano in questa categoria sono invece il 21,2%, e sono più femmine (il 23,5%) che maschi (il 20%).

Considerando la nazionalità emerge che la percentuale più alta di ospiti Senza Fissa Dimora proviene dal Marocco e dalla Tunisia. La condizione degli ospiti italiani che si rivolgono al servizio medico è delicata: il 50% vive come Senza Fissa Dimora.

Condizione lavorativa

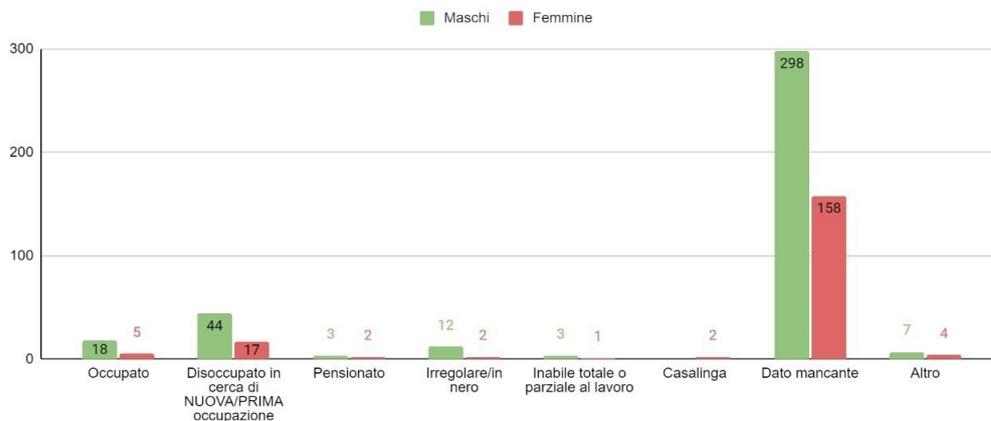


Fig. 3.23. Condizione lavorativa dell'utenza del servizio medico nell'anno 2020

La percentuale di dati mancanti raggiunge il 79,2%: mancano i dati del 77,4% dei maschi e dell'82,7% delle femmine. Gli ospiti che dichiarano di avere un lavoro regolare sono il 3,8% del totale: il 4,7% del gruppo maschile e il 2,6% del gruppo femminile. Coloro che dichiarano di essere in uno stato di disoccupazione sono il 10,6% del gruppo totale di riferimento: l'11,4% dei maschi e l'8,9% delle femmine.

I dati mancano soprattutto per gli ospiti di origine africana, sia provenienti dall'Africa Occidentale che settentrionale. Lo stato di disoccupazione riguarda soprattutto gli ospiti italiani (il 21,4% riferisce tale condizione), che presentano anche la maggiore percentuale di pensionati (il 10,7%).

Recapito telefonico

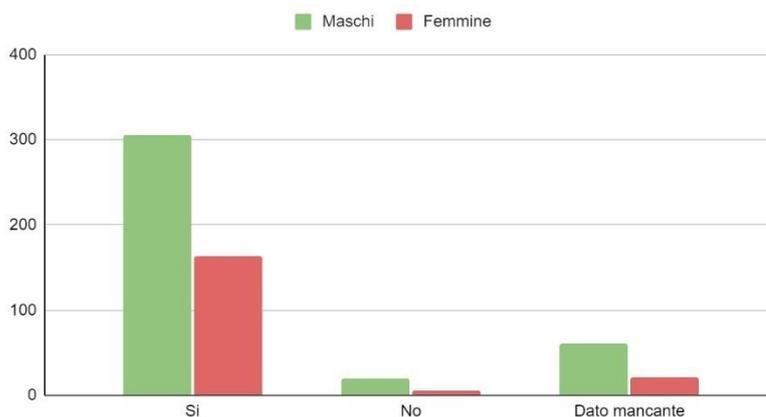


Fig. 3.24. Possesso di recapito telefonico nell'utenza del servizio medico nell'anno 2020

L'81,4% degli ospiti dichiara di avere un telefono cellulare sul quale essere contattato; nel dettaglio il 79,2% dei maschi e l'85,8% delle femmine.

Coloro che, invece, non hanno rilasciato il numero di telefono rappresentano il 4,3% del gruppo totale di riferimento: il 4,9% dei maschi e il 3,1% delle femmine. La percentuale di dati mancanti è pari al 14,2%: non si ha tale informazione rispetto al 15,8% dei maschi e all'11% delle femmine.

Considerando la nazionalità, l'unico dato che emerge è la bassa percentuale di ospiti tunisini che hanno rilasciato il recapito telefonico (il 12,2%).

3.4.1 Conclusioni servizio medico anno 2020

Avere informazioni circoscritte al servizio medico è utile per individuare quelle persone che non hanno un medico di base a cui fare riferimento.

Come si vede in Fig. 3.17, la distribuzione per genere segue le percentuali emerse nell'utenza generale: il 33% degli ospiti sono femmine, il 67% maschi. Anche l'età media appare simile all'utenza generale e non ci sono differenze legate al genere: gli ospiti del servizio medico hanno in media 44 anni e si registra un solo minorenne maschio. La maggior parte del gruppo femminile si colloca nel range di età 31-40 anni, mentre i maschi soprattutto nel range 41-50 anni. Per quanto riguarda la nazionalità (cfr. Fig. 3.20), chi si rivolge al servizio medico proviene soprattutto dall'Africa Occidentale. La percentuale femminile si divide equamente tra coloro che provengono da questa zona dell'Africa e coloro che provengono dall'Europa Orientale. Cala invece la percentuale di ospiti italiani (4,9%): questo dato va letto alla luce del fatto che i cittadini italiani possono avere accesso più facilmente al Sistema Sanitario Nazionale e con più probabilità hanno un medico di base.

Il dato relativo al permesso di soggiorno registra un'alta percentuale di dati mancanti, riguardanti il 70% degli ospiti. Considerando i dati restanti il 13% possiede un regolare permesso di soggiorno, soprattutto maschi.

Anche relativamente alla condizione abitativa si hanno pochi dati (cfr. Fig. 3.22): non si ha tale informazione rispetto al 62% degli utenti. Il 13,5% degli ospiti restanti vive come Senza Fissa Dimora.

Allo stesso modo è alta la percentuale di dati mancanti rispetto alla condizione lavorativa, che attiva all'80%.

Relativamente al recapito telefonico invece, l'81,4% degli ospiti ha lasciato il proprio contatto dopo aver usufruito del servizio medico, come mostrato in Fig. 3.24. Questo dato assume ancora più importanza se si pensa che in questo modo il medico ha la possibilità di contattare l'ospite per qualsiasi informazione di tipo medico occorra comunicare.

Appare chiaro che le informazioni raccolte dagli operatori del servizio medico mostrano alte percentuali di dati mancanti. Conoscere a fondo gli ospiti potrebbe essere ancora più utile per questo specifico servizio delle Cucine: per esempio, sapere che una persona fa un lavoro usurante può essere un importante dato anamnestico, o sapere che una persona vive come Senza Fissa Dimora potrebbe aiutare a comprendere meglio il quadro clinico di tale utente. Infine, come nelle analisi precedenti, i dati mancanti riguardano in modo maggiore l'utenza femminile rispetto a quella maschile, ad eccezione del dato relativo al recapito telefonico.

Profilo d'utenza del servizio medico nell'anno 2020

In base alle considerazioni fatte sopra si proverà a delineare il profilo d'utenza che nel 2020 si è rivolto alle Cucine. Si tratta di un maschio di circa 43 anni. Probabilmente nigeriano e con regolare permesso di soggiorno. Tale ospite è probabile non viva come Senza Fissa Dimora, abbia quindi un alloggio, ma si dichiari disoccupato. Possiede un telefono e ha rilasciato il proprio recapito alle Cucine.

3.5 L'utenza del Servizio Mensa nel 2020

I dati raccolti riguardo alle persone che hanno usufruito del servizio mensa sono riportati di seguito; la totalità degli ospiti è pari a *n.* 1617.

Genere

La distribuzione degli ospiti in base al genere appare ancora più squilibrata rispetto agli altri servizi. L'82,4% degli ospiti sono maschi, che corrispondono a

n. 1333. Il restante 17,6% sono femmine (n. 284).

Maschi
Femmine

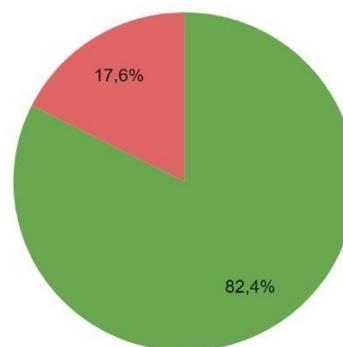


Fig. 3.25. Il genere dell'utenza del servizio mensa nell'anno 2020

Età



Fig. 3.26. Distribuzione per età dell'utenza del servizio mensa nell'anno 2020

Gli ospiti che hanno usufruito del servizio mensa nel 2020 hanno un'età media di 44,9 anni, mostrano una moda pari a 36 anni e hanno età compresa tra 18 anni e 90 anni; significa che nessun minore si rivolge a questo servizio. Il range d'età rimane lo stesso anche all'interno del gruppo maschile e del gruppo femminile. L'età media all'interno del gruppo maschile è pari a 43,2 anni e la moda è di 36 anni. Nel gruppo femminile, invece l'età media è di 52,8 anni e la moda di 60 anni.

Nazionalità

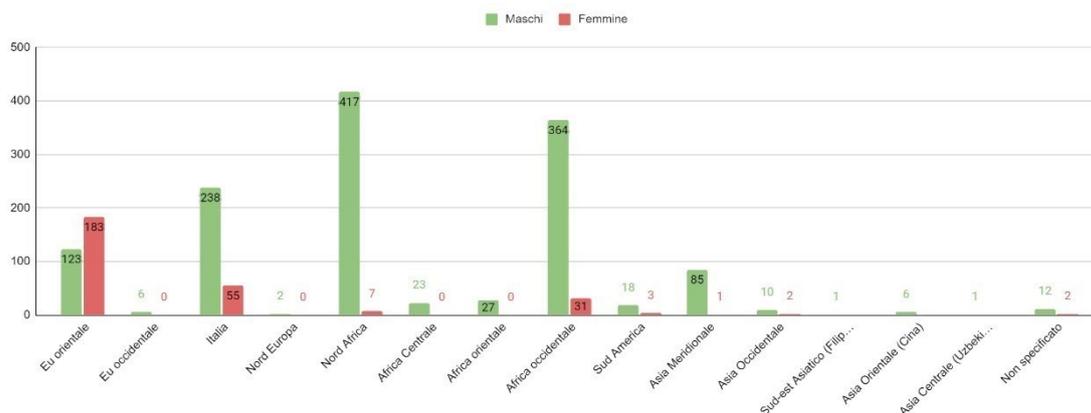


Fig. 3.27. Nazionalità dell'utenza del servizio mensa nell'anno 2020 in base al genere

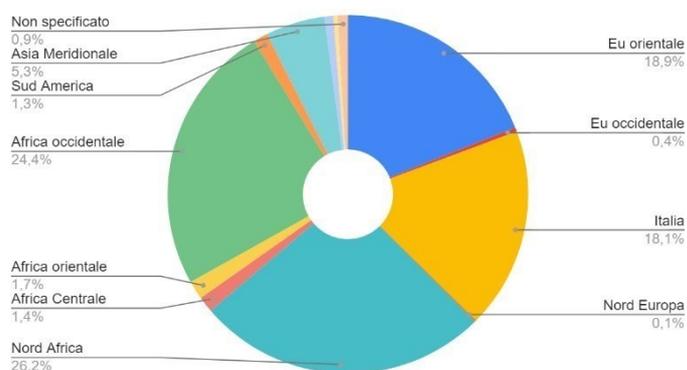


Fig. 3.28. Nazionalità dell'utenza del servizio mensa nell'anno 2020

Nord Africa. Da questa zona proviene il 26,2% degli ospiti della mensa. I maschi nordafricani sono il 31,3%: il 57,59% proviene dal Marocco, il 33,8% dalla Tunisia e il 6% dall'Algeria, mentre gli altri, in percentuali minori, provengono da Egitto, Libia, Sudan. Le femmine provenienti dal Nord Africa sono il 2,5%, e sono tutte originarie del Marocco.

Africa Occidentale. Gli ospiti provenienti dall'Africa Occidentale sono il 24,4% del gruppo totale di riferimento: il 10,9% delle femmine (quasi totalmente dalla Nigeria) e il

27,3% dei maschi. I maschi provengono dalla Nigeria (il 49%), dal Senegal (il 15,4%) e dalla Gambia (l'8,8%).

Italia. Gli ospiti di origine italiana sono il 18,1% del gruppo totale di riferimento: il 17,9% dei maschi e il 19,4% delle femmine.

Europa Orientale. Da questa area geografica proviene il 19% degli ospiti. I maschi rappresentano il 9,2% del gruppo maschile: il 50,4% proviene dalla Romania, il 17,1% dalla Moldavia e il 12,2% dall'Albania. Gli altri maschi, in percentuali minori, provengono da Bosnia Erzegovina, Repubblica Ceca, Croazia, Jugoslavia, Macedonia, Polonia, Russia, Serbia, Slovacchia, Ucraina. La maggioranza delle femmine (il 64,5%) che ha usufruito del servizio mensa proviene da questa zona. Di queste il 54,6% sono originarie della Romania, il 23,5% della Moldavia e il 13,1% dell'Ucraina. La restante percentuale proviene da Albania, Bulgaria, Croazia, Kazakistan, Macedonia, Polonia, Russia, Ungheria.

Asia Meridionale. Gli ospiti provenienti dalle regioni dell'Asia Meridionale sono praticamente solo uomini; si conta solo *n.* 1 femmina proveniente dall'India. Gli ospiti originari di questa regione sono il 5,3% del gruppo totale, pari al 6,4% dei maschi, e provengono dal Bangladesh (il 43,4%) e dal Pakistan (il 23,5%).

Permesso di soggiorno

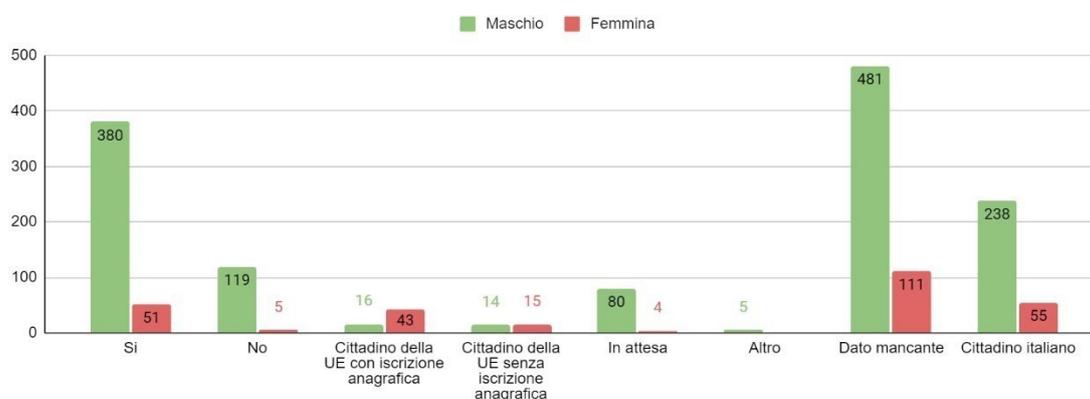


Fig. 3.29. Possesso del permesso di soggiorno nell'utenza del servizio mensa nell'anno 2020

I dati mancanti riguardano il 36,6% del gruppo totale: il 36,1% dei maschi e il 39,1% delle femmine. Gli ospiti registrati come cittadini italiani sono il 18% del totale: il 17,8% dei maschi e il 19,4% delle femmine. Coloro che hanno dichiarato di avere un permesso di soggiorno regolare sono poco più di un quarto degli ospiti (il 26,7%): sono più i maschi che possiedono un permesso regolare (il 28,5%) rispetto alle femmine (il 18%). Gli ospiti che dichiarano di non avere il permesso di soggiorno sono il 7,7%: l'8,9% del gruppo maschile e l'1,8% di quello femminile.

Considerando il dato alla luce della nazionalità degli ospiti emerge che la maggior parte di ospiti africani (tolta la percentuale di dati mancanti) possiede regolare permesso di soggiorno: in particolare il 40% dei nigeriani e il 34,7% dei marocchini.

Condizione abitativa

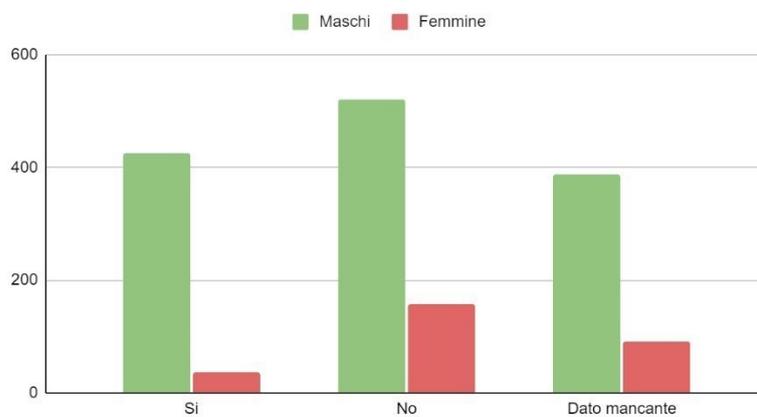


Fig. 3.30. Condizione di Senza Fissa Dimora dell'utenza del servizio mensa nell'anno 2020

I dati mancanti relativi a questa categoria corrispondono al 29,5% e riguardano il 29,1% del gruppo maschile e il 31,7% del gruppo femminile. Gli ospiti che rientrano nella categoria Senza Fissa Dimora sono il 28,5%: sono più maschi (31,9%) che femmine

(12,7%). Coloro che, invece, non vengono classificati come Senza Fissa Dimora sono pari al 42%: il 39% dei maschi e il 55,6% delle femmine.

Gli ospiti che, considerando la nazionalità, vivono maggiormente in condizioni di Senza Fissa Dimora sono i nigeriani. per quanto riguarda gli ospiti italiani: il 20,8% è Senza Fissa Dimora, mentre il 45,7% ha un alloggio o una sistemazione.

Condizione lavorativa

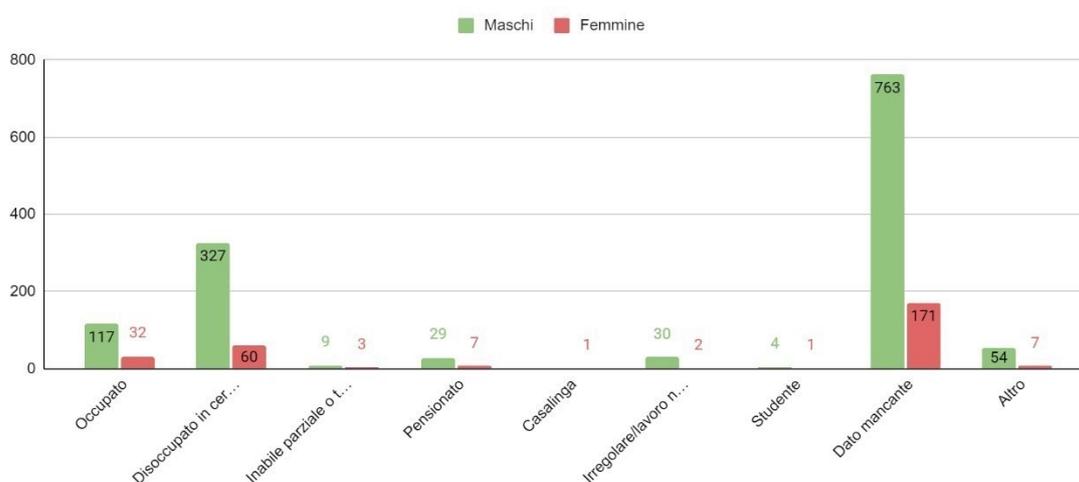


Fig. 3.31. Condizione lavorativa dell'utenza del servizio mensa nell'anno 2020

I dati mancanti riguardano più della metà degli ospiti (il 57,8%): il 57,2% dei maschi e il 60,2% delle femmine. Coloro che risultano disoccupati sono il 23,9%: 24,5% del gruppo maschile e 21,1% del gruppo femminile. Gli ospiti che dichiarano di avere un'occupazione sono il 9,2%: l'8,8% dei maschi e l'11,3% delle femmine.

Considerando la nazionalità, gli ospiti marocchini sono quelli che registrano la più alta percentuale di disoccupati (il 33%). Gli italiani, invece, mantengono la percentuale più alta di ospiti pensionati (il 9,6%).

Recapito telefonico

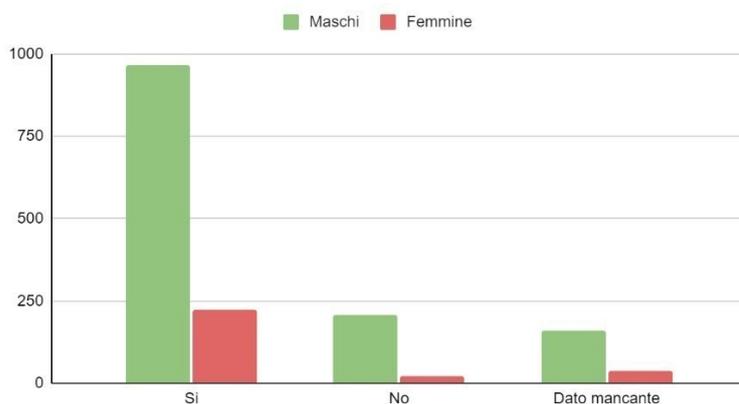


Fig. 3.32. Possesso di recapito telefonico nell'utenza del servizio mensa nell'anno 2020

Il dato sul recapito telefonico manca rispetto al 12% degli ospiti, in particolare per l'11,8% dei maschi e per il 13% delle femmine. Il 73,6% degli ospiti dichiara di avere un recapito telefonico: il 72,5% dei maschi e il 78,9% delle femmine. Coloro che, invece, dichiarano di non possedere un telefono cellulare sono il 14,3% del gruppo totale di riferimento. Nel dettaglio il 15,6% dei maschi e l'8,1% delle femmine.

Se si considera la nazionalità degli ospiti: gli ospiti nordafricani sono quelli che registrano la più alta percentuale di possesso di recapito telefonico, mentre quasi il 30% degli ospiti tunisini non lo ha rilasciato alle Cucine o non possiede un telefono,

3.5.1 Conclusioni servizio mensa anno 2020

All'interno del servizio mensa, come mostrato in Fig. 3.25, si registra un calo di percentuale di utenza femminile rispetto ai dati riportati in precedenza. Il dato sull'età media è molto diverso in base al genere e si registra una differenza di 10 anni tra l'età media maschile e quella femminile (M: 43, F:53); infatti i maschi si concentrano nella fascia d'età 31-40, mentre le femmine in quella 61-70 anni. Età così diverse significano anche bisogni diversi: si pensi semplicemente alle capacità di deambulazione che una

persona di quasi 70 può presentare. Tenere in considerazione un'età media così elevata significa studiare dei servizi adeguati anche ad ospiti della terza età.

La maggior parte di ospiti maschi che si sono rivolti al servizio mensa proviene dal Nord Africa, soprattutto dalla Nigeria, mentre le femmine soprattutto dall'Europa orientale. Gli ospiti di nazionalità italiana che hanno usufruito della mensa sono il 18% (cfr. Fig. 3.28). Quasi il 27% degli ospiti possiede un regolare permesso di soggiorno, ma il dato manca per il 36,6% degli ospiti.

Rispetto alla condizione abitativa: quasi un terzo degli ospiti (il 29%) vive in condizioni di Senza Fissa Dimora, soprattutto maschi (cfr. Fig. 3.30). Anche in questo caso, vista l'elevata percentuale, una comunicazione efficace con gli asili notturni del territorio aiuterebbe una maggiore comprensione dell'utenza.

Non si conosce la condizione lavorativa di più di metà degli ospiti (58%): l'utenza che dichiara di essere disoccupata è pari al 24%, in percentuali simili di maschi e femmine.

Il recapito telefonico è stato rilasciato dal 74% degli ospiti, e la percentuale di dati mancanti è minore rispetto ai risultati precedentemente presentati, come mostrato in Fig. 3.32.

Le percentuali di dati mancanti relative al servizio mensa sono inferiori rispetto all'utenza generale dell'anno 2019 e dell'anno 2020. Rimane costante, invece, la differenza legata al genere: la mancanza dei dati riguarda maggiormente l'utenza femminile rispetto a quella maschile in tutte le categorie analizzate.

Profilo d'utenza del servizio mensa nell'anno 2020

Il profilo dell'utente medio che ha avuto accesso al servizio mensa nell'anno 2020 presenta le seguenti caratteristiche. Si tratta di un maschio di circa 43-44 anni di origini nordafricane. Probabilmente proviene dal Marocco o dalla Tunisia ed è in possesso di

regolare permesso di soggiorno. Non vive in condizioni di Senza Fissa Dimora, e quindi ha un alloggio o una casa, ma riferisce di essere disoccupato. Lascia al servizio mensa il recapito telefonico.

CAPITOLO 4

Gli ospiti abituali

4.1 Gli ospiti abituali delle Cucine Economiche Popolari

Introduzione

Gli ospiti che giornalmente usufruiscono dei servizi delle Cucine Economiche Popolari sono un gruppo eterogeneo che comprende persone che si trovano in situazione di necessità per un breve periodo di tempo, persone che usufruiscono solo di uno specifico servizio perché non hanno risorse limitate a quell'ambito (per esempio non hanno accesso alle docce, non hanno medico di base) e persone che transitano in modo ricorrente per questo luogo.

Il gruppo di ospiti abituali individua quelle persone che usufruiscono con una certa regolarità dei servizi delle Cucine (16 o più ingressi al mese, il criterio si è modificato durante i primi sei mesi del 2021 a causa delle chiusure di alcuni locali a causa del covid19). Comprendere chi sono tali persone è utile per individuare le vulnerabilità più ricorrenti in coloro che hanno più necessità di aiuto e supporto. La conoscenza degli ospiti abituali delle Cucine si struttura anche attraverso le “note” inserite dagli operatori all'interno del database Ospoweb. Si tratta di informazioni che gli operatori hanno dagli stessi ospiti attraverso conversazioni con loro e che li aiutano a comprendere meglio chi è la persona che si rivolge a tali servizi.

Obiettivi

Individuare gli ospiti abituali permette agli operatori e ai volontari di sapere chi sono coloro che vivono situazioni di maggiore vulnerabilità e difficoltà e aiuta a capire in modo più approfondito le loro condizioni di vita.

Conoscere in modo più approfondito una certa parte dell'utenza può aiutare a delineare quali informazioni sono più salienti da indagare al momento della registrazione dell'ospite.

L'obiettivo finale è quello di creare un profilo d'utenza che descriva la persona che si rivolge con regolarità alle Cucine. Il profilo individuato in questo capitolo sarà diverso rispetto a quelli esposti nei capitoli precedenti, anche a causa delle chiusure che si sono verificate a causa del covid-19.

Materiali

I dati fanno riferimento agli ospiti abituali del primo semestre dell'anno 2021.

Le informazioni utilizzate per l'analisi statistica sono quelle elencate al cap. 2, par. 2.3.1.

I dati sono stati arricchiti da alcune informazioni contenute nelle "note" di ciascun ospite; si tratta di una sezione del database OspoWeb in cui vengono inseriti i dati degli ospiti.

Nella sezione "note" gli operatori hanno la possibilità di inserire informazioni aggiuntive sull'ospite che emergono durante conversazioni private o da confronti con operatori di altri servizi ai quali l'ospite si rivolge. La consultazione delle note ha permesso di colmare la mancanza di informazioni rispetto ad alcune categorie: di molti ospiti era non specificata la condizione abitativa e lavorativa; grazie alla consultazione delle note è stata ricavata questa informazione.

Metodo e procedura

Nella selezione degli ospiti stabili si sono volute considerare le persone che si sono recate alle Cucine Economiche Popolari più di 16 volte al mese.

Il metodo di selezione usato è il seguente: ad ogni persona è stato assegnato un punteggio, in base agli ingressi effettuati nei diversi servizi. L'assegnazione dei punteggi è stata fatta seguendo i criteri riportati nelle tabelle sottostanti.

Alcuni criteri hanno subito delle modifiche in base al mese considerato a causa della pandemia di covid-19. In particolare:

- nel mese di marzo il servizio mensa in orario serale (cena) e il servizio guardaroba sono rimasti chiusi per motivi sanitari. Per questo motivo si è modificato il parametro di assegnazione dei punteggi;
- nel mese di aprile è stato reintrodotta il servizio docce, prima sospeso;
- dal mese di maggio 2021 è stato aperto l'accesso a tutti i servizi.

Per ogni ospite è stata fatta, quindi, la somma dei punteggi ottenuti per ciascun servizio.

Sono stati considerati “ospiti stabili” coloro che hanno ottenuto un punteggio uguale o maggiore di 6: in questo modo sono stati esclusi coloro che si rivolgono alle Cucine per usufruire di un solo servizio. Alla base di questa accortezza c'è l'idea che una persona potrebbe accedere ad un solo tipo di servizio pur vivendo in una condizione migliore di molti altri ospiti, che invece usufruiscono di servizi diversi a causa delle condizioni precarie in cui vivono. Una persona che usufruisce di più tipologie di servizio è probabile viva in una condizione di disagio che coinvolge più aspetti della propria vita, rispetto a qualcuno che si rivolge unicamente ad un tipo di servizio.

I criteri utilizzati per l'assegnazione dei punteggi sono riportati nelle seguenti tabelle, ognuna per il mese considerato.

Gennaio 2021

Servizio	N. ingressi	Punteggio
Mensa	≥ 20	5
	$8 < x < 20$	2
	≤ 8	0
Vestiaro	≥ 2	1
	< 2	0
Buoni Domenica	≥ 3	1
	< 3	0
Medico	≥ 2	1
	< 2	0

Tab. 4.1. Criteri di inclusione Gennaio 2021

Febbraio 2021

Servizio	N. ingressi	Punteggio
Mensa (pranzo)	≥ 16	5
	$8 \leq x \leq 15$	2
	≤ 7	0
Mensa (cena)	≥ 12	2
	≤ 11	0
Vestiaro	≥ 2	1
	≤ 1	0
Buoni Domenica	≥ 3	1
	≤ 2	0
Medico	≥ 2	1
	≤ 1	0

Tab. 4.2. Criteri di inclusione Febbraio 2021

Marzo 2021

Servizio	N. ingressi	Punteggio
Mensa (pranzo)	≥ 16	5
	$8 \leq x \leq 15$	2
	≤ 7	0
Mensa (cena)	≥ 5	2
	≤ 4	0
Vestiaro	≥ 1	1
	≤ 0	0
Buoni Domenica	≥ 3	1
	≤ 2	0
Medico	≥ 2	1
	≤ 1	0

Tab. 4.3. Criteri di inclusione marzo 2021

Aprile 2021

Servizio	N. ingressi	Punteggio
Mensa (pranzo)	≥ 16	5
	$8 \leq x \leq 15$	2
	≤ 7	0
Mensa (cena)	≥ 12	2
	≤ 11	0
Vestiaro	≥ 2	1
	≤ 1	0
Buoni Domenica	≥ 5	1
	≤ 2	0
Medico	≥ 2	1
	≤ 1	0
Docce	≥ 6	5
	$3 \leq x \leq 5$	2

Tab. 4.4. Criteri di inclusione aprile 2021

Maggio 2021

Servizio	N. ingressi	Punteggio
Mensa	≥ 20	5
	$8 < x > 20$	2
	≤ 8	0
Vestiaro	≥ 2	1
	< 2	0
Buoni Domenica	≥ 3	1
	< 3	0
Medico	≥ 2	1
	< 2	0
Docce	≥ 6	5
	$3 < x > 6$	2
	≤ 3	0
Lavaggio vestiti	≥ 2	2

Tab. 4.5. Criteri di inclusione maggio 2021

Giugno 2021

Servizio	N. ingressi	Punteggio
Mensa	≥ 20	5
	$8 < x > 20$	2
	≤ 8	0
Vestiaro	≥ 2	1
	< 2	0
Buoni Domenica	≥ 3	1
	< 3	0
Medico	≥ 2	1
	< 2	0
Docce	≥ 6	5
	$3 < x > 6$	2
	≤ 3	0
Lavaggio vestiti	≥ 2	2

Tab. 4.6. Criteri di inclusione giugno 2021

4.2 Risultati primo semestre 2021

In questo paragrafo vengono presentati i dati relativi ai primi sei mesi del 2021, seguendo le categorie esposte prima: genere, età, nazionalità, possesso del permesso di soggiorno,

condizione abitativa e condizione lavorativa. I dati relativi al recapito telefonico non sono presenti in tale analisi poiché non allegati ai dati in possesso al momento dell'analisi.

Genere

Gli ospiti stabili registrati nei primi sei mesi del 2021 sono stati *n.* 211. Si tenga presente che tutti gli ospiti risultati “abituali” in più mensilità sono stati contati solo una volta, per evitare risultati falsati a causa delle frequenze diverse degli ospiti. Come riportato in Fig. 4.1 il gruppo di riferimento è formato da *n.* 191 maschi (90,5%) e da *n.* 20 femmine (9,5%).

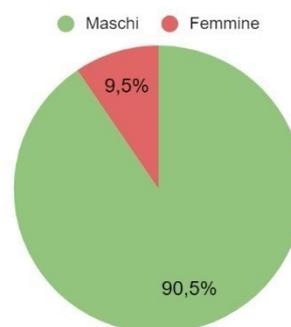


Fig. 4.1. Il genere degli ospiti abituali del primo semestre dell'anno 2021

Età

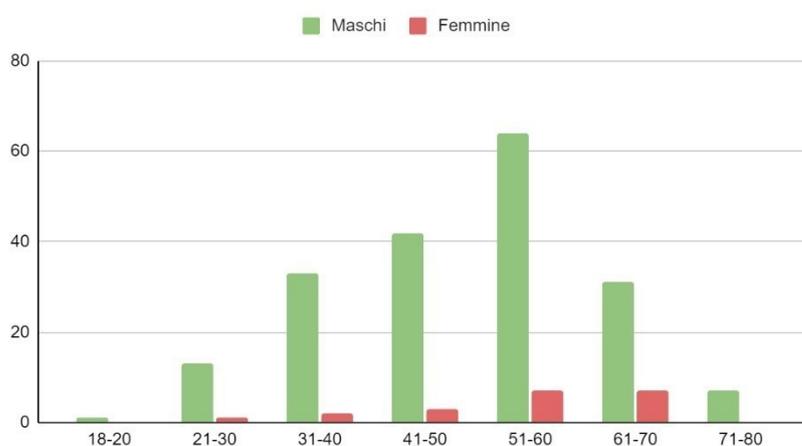


Fig. 4.2. Distribuzione per età degli ospiti abituali del primo semestre dell'anno 2021

Gli ospiti abituali hanno età media di 50,2 anni, la moda è di 55 anni e il range d'età nel quale si inseriscono va dai 18 ai 75 anni. L'età media maschile è di 49,8 anni e la moda è di 55 anni. Il range d'età nel quale si collocano è uguale a quello della popolazione generale (18-75 anni). L'età media femminile è di 53,8 anni, mentre la moda è inferiore a

quella dei maschi, pari a 36 anni. Il range d'età nel quale si collocano le femmine è inferiore rispetto a quello maschile, e va dai 29 ai 68 anni.

Anche quando si considerano le singole mensilità la situazione appare molto simile a quella presentata ora: il gruppo femminile ha un'età media sempre superiore rispetto a quello maschile l'età media generale appare costante.

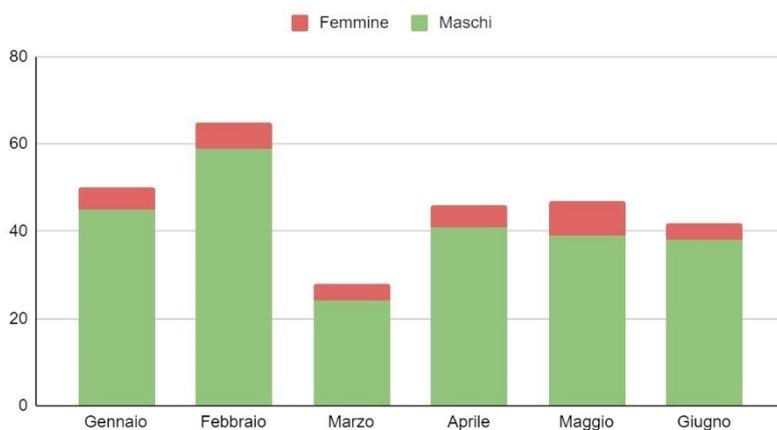


Fig. 4.3. Confronto mensile tra le età degli ospiti abituali del primo semestre dell'anno 2021

Nazionalità

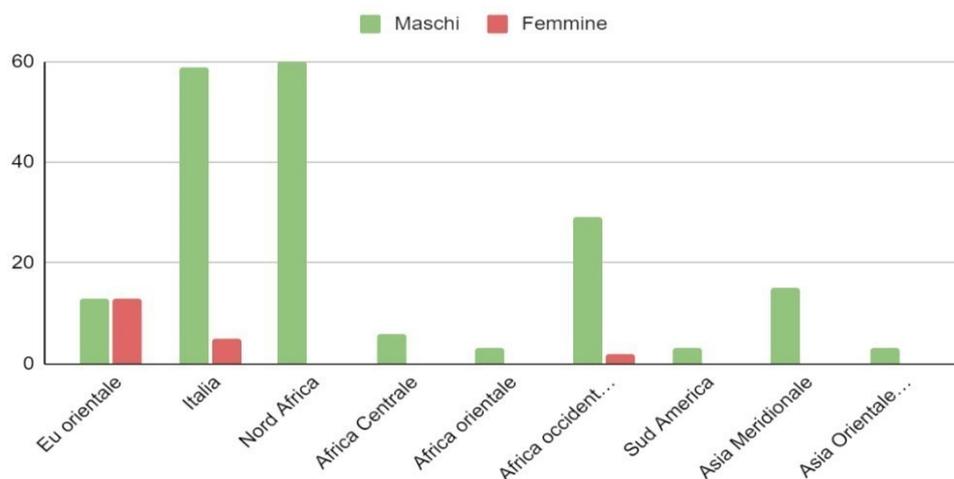


Fig. 4.4. Nazionalità degli ospiti abituali del primo semestre dell'anno 2021 in base al genere

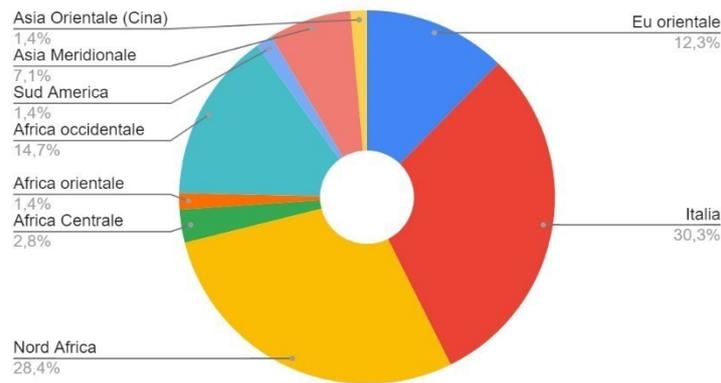


Fig. 4.5. Nazionalità degli ospiti abituali del primo semestre dell'anno 2021

Nord Africa. Gli ospiti provenienti dal Nord Africa sono il 28,4% del gruppo totale di riferimento e sono solamente maschi. I maschi nordafricani sono il 31% dei maschi totali, soprattutto dal Marocco e dalla Tunisia.

Africa Occidentale. Da questa area geografica proviene il 14,7% degli ospiti. Il 15,2% dei maschi proviene dall’Africa Occidentale, soprattutto dalla Nigeria. Il 10% del gruppo femminile proviene dall’Africa Occidentale, pari a *n.* 2 donne, entrambe originarie della Nigeria.

Italia. Gli ospiti di nazionalità italiana sono l’30,3% del gruppo totale di riferimento: il 30,9% dei maschi e il 25% delle femmine.

Europa Orientale. Il 12,3% degli ospiti abituali provengono dall’Europa Orientale. I maschi che provengono da questa zona geografica sono il 6,8% del gruppo maschile e le femmine il 65% del gruppo femminile. Per entrambi i generi la maggior parte di ospiti provenienti dall’Europa orientale è originaria della Romania.

Asia Meridionale. Gli ospiti provenienti da quest'area geografica sono il 7,1% del gruppo totale di riferimento, unicamente maschi, pari al 7,8% del gruppo maschile. Di questi quasi la metà (46,7%) provengono dal Pakistan, e in percentuale minore dall’Afghanistan, dal Bangladesh e dallo Sri Lanka. Nessuna femmina è originaria dell’Asia Meridionale.

Permesso di soggiorno

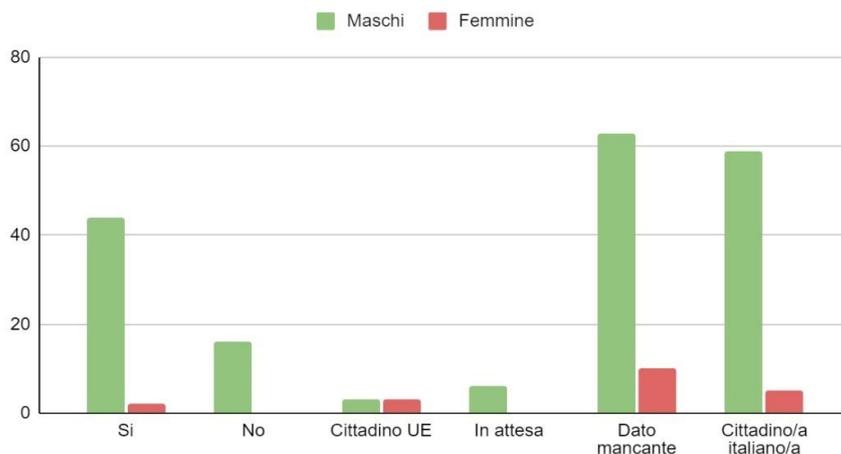


Fig. 4.6. Possesso del permesso di soggiorno negli ospiti abituali del primo semestre dell'anno 2021

Relativamente al permesso di soggiorno manca il dato del 34,6% degli ospiti abituali del primo semestre del 2021. Questo dato si riferisce al 33% dei maschi e al 50% delle femmine.

Si tenga in considerazione che il 30,3% del gruppo totale di riferimento è cittadino italiano: il 30,9% dei maschi e il 25% delle femmine. Coloro che riferiscono di essere in possesso di regolare permesso di soggiorno rappresentano il 21,8% del totale: il 23,3% dei maschi e il 10% delle femmine. Coloro che, invece, ne sono sprovvisti sono solamente maschi, pari al 7,6% del totale (corrispondente all'8,4% del gruppo maschile). Se questo dato viene considerato alla luce della nazionalità degli ospiti emerge che, rispetto alla numerosità di ospiti di una certa origine, gli ospiti che risultano essere maggiormente in regola provengono dall'Africa Occidentale: dal Marocco (il 40,5% degli ospiti marocchini) e a seguire dalla Tunisia (il 35% degli ospiti tunisini).

Condizione abitativa

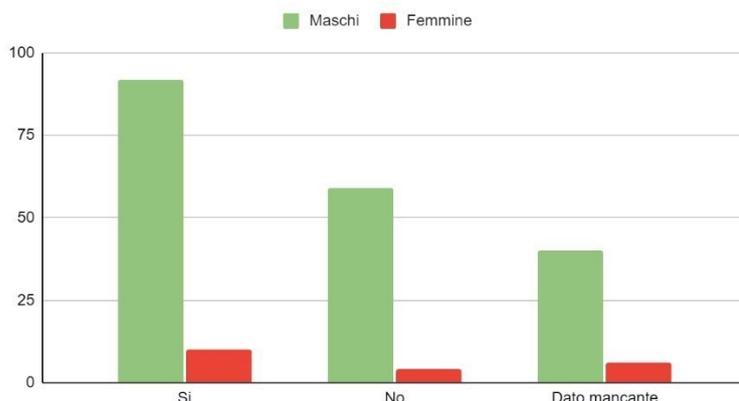


Fig. 4.7. Condizione di Senza Fissa Dimora degli ospiti abituali del primo semestre dell'anno 2021

Questa sezione, come esposto nel capitolo precedente, riflette la condizione di Senza Fissa Dimora dell'ospite. Tale informazione manca per il 21,8% degli ospiti abituali; in particolare non si conosce la condizione abitativa del 20,9% dei maschi e del 30% delle femmine. Il 53,4% degli ospiti dichiara di vivere in condizione di Senza Fissa Dimora; significa che dorme per strada, in alloggi di fortuna, ospitato da conoscenti o all'interno di asili notturni. Questa condizione riguarda il 48,2% dei maschi e il 50% delle femmine. Coloro che, invece, dichiarano di non vivere come Senza Fissa Dimora (hanno quindi un alloggio) sono il 29,8% del totale: il 30,9% dei maschi e il 20% delle femmine.

Considerando la nazionalità, coloro che riportano percentuali più alte di Senza Fissa Dimora provengono soprattutto dal Nord Africa: il 43% degli ospiti marocchini e il 60% degli ospiti tunisini vivono in tale condizione. Si segnala anche un'alta percentuale di ospiti nigeriani (il 45%) che vive come Senza Fissa Dimora. Relativamente agli ospiti abituali di nazionalità italiana i Senza Fissa Dimora e coloro che hanno un'abitazione rappresentano entrambi il 39% del gruppo italiano.

Condizione lavorativa

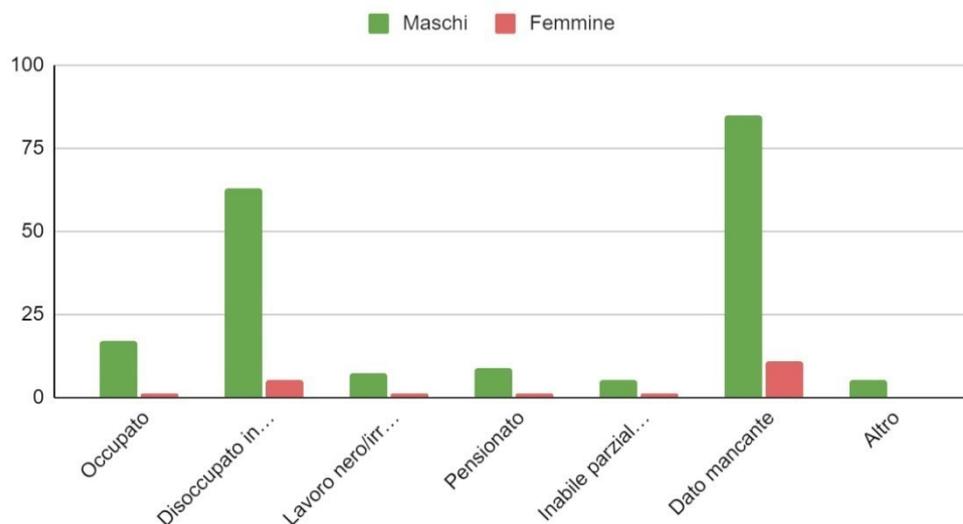


Fig. 4 8. Condizione lavorativa degli ospiti abituali del primo semestre dell'anno 2021

La condizione lavorativa degli ospiti abituali rimane una delle categorie con la più alta percentuale di dati mancanti. Non si conosce lo stato occupazionale del 46% degli ospiti, in particolare del 44,5% dei maschi e del 55% delle femmine. Gli ospiti che riportano uno stato di disoccupazione sono il 32,2% del gruppo totale di riferimento. Nel dettaglio sono disoccupati il 33% dei maschi e il 25% delle femmine. La percentuale di ospiti con un'occupazione è pari all'8,5% e riguarda soprattutto maschi (l'8,9% dei maschi rispetto al 5% delle femmine). Solo il 3,8% degli ospiti abituali dichiara di svolgere lavoro irregolare: il 3,7% dei maschi e il 5% delle femmine. Coloro che, invece, si dichiarano pensionati sono il 4,7% del totale: il 4,7% dei maschi e il 5% delle femmine.

Considerando la nazionalità degli ospiti emerge che i dati mancanti si riscontrano soprattutto all'interno degli ospiti stabili provenienti dalla Nigeria (il 60%).

La percentuale di pensionati più elevata, invece, la registrano gli ospiti di nazionalità italiana (i pensionati italiani sono il 10,9% degli ospiti italiani totali), che mostrano però anche la più alta percentuale di ospiti con un'occupazione, il 12,5% del gruppo italiano.

Lo stato di disoccupazione, invece, appare maggiore all'interno del gruppo di ospiti originari del Marocco (il 46%).

4.2.1 Analisi delle note relative agli ospiti abituali

L'analisi delle note ha permesso sia di colmare alcune mancanze dei dati relativi agli ospiti abituali, sia di avere maggiori informazioni personali relative a questi ultimi. Il contenuto delle note è un'integrazione di informazioni che provengono da diverse fonti: gli operatori delle Cucine, gli operatori degli asili notturni, i servizi sociali di Padova e gli operatori della Caritas.

Questa analisi vuole mostrare quali temi emergono dalle storie degli ospiti, cercando di capire le maggiori vulnerabilità e difficoltà di queste persone.

Le note a cui si fa riferimento sono relative a *n.* 105 ospiti su *n.* 211. Di seguito vengono presentati i temi ricorrenti emersi, riportando anche il testo originale presente nelle note.

Salute fisica. Le condizioni fisiche di una persona sono determinanti non solo per la sua condizione di salute fisica, ma anche per le difficoltà giornaliere che può incontrare a causa di qualche problematica specifica. Un terzo delle note analizzate riportavano condizioni di salute fisica precaria: i disturbi più comuni sono il diabete (alcuni ospiti mostrano già le conseguenze secondarie della malattia) e l'ipertensione. Altri ospiti hanno problemi cardiovascolari, di dolori articolari, alcuni ospiti sono asmatici o con tumori.

Salute mentale. Questo aspetto legato allo stato di salute della persona viene approfondito meno. Si leggono poche note in cui sono riportate informazioni legate alla salute mentale e in particolare alla sofferenza psichica (presunti o conclamati) degli ospiti. In alcuni c'è il sospetto di sofferenza psichica (es. "È difficile fare con lui un discorso con un inizio e una fine. non è chiaro dove vive e con chi. Mentre parla in alcuni momenti ha lo sguardo fisso") mentre in altri è lo stesso ospite a raccontare la propria storia, come riportato in

questa nota “Sono stato ricoverato in un istituto per tre mesi perché avevo brutti pensieri, può succedere di star male”. A volte, la salute mentale compromette anche il rapporto con i familiari, come nel caso di G., che non ha un buon rapporto con la famiglia anche a causa della ludopatia di cui soffre.

Problemi familiari. Il background familiare può essere un fattore di rischio importante per la situazione di estrema povertà o di Senza Fissa Dimora (Caton, Dominguez, Schanzer et al, 2005). Di alcuni ospiti si è stati in grado di ricostruire la storia familiare in modo dettagliato (anche grazie ai servizi sociali) ed emergono situazioni di estrema difficoltà. Per esempio, di T. si scrive “Riferisce di avere avuto un figlio con il proprio fratellastro, figlio che poi è stato dato in adozione e non l'ha più visto; oggi ha 33 anni. È stata sposata ma il marito è morto.” I problemi familiari passati possono continuare ad avere ripercussioni anche nella vita attuale delle persone, e ne è un esempio questa nota in cui si scrive “Della madre, morta quando P. aveva 25 anni, non ha un bel ricordo; del padre, morto anche lui, si sente perseguitata e pensa che il suo spirito gli stia portando via tutto ciò che ha.” In una nota molto esplicativa si capisce l'importanza della cooperazione tra servizi diversi che operano sul territorio, in questo caso per ricostruire la storia familiare di un ospite “Abbiamo ricostruito, anche con i volontari di (omesso comune), che ha lavorato come saldatore in (omesso comune) e poi a (omesso comune). La storia familiare è molto pesante, con la madre morta suicida e i due fratelli con invalidità psichiatrica al 100% che vivono in comunità. Sembra non avere nessun rapporto con i parenti”.

Problemi con i figli. Dai dati presentati prima emerge l'accesso alle Cucine di alcuni minori, in percentuale diversa in base agli anni e ai servizi considerati. Nonostante all'interno del gruppo di ospiti abituali non siano presenti minori (che accompagnano i

genitori alle Cucine) dalle note emerge che circa un quinto degli ospiti è genitore. Purtroppo, le informazioni circa il rapporto tra ospiti e figli sono poche, e talvolta questa informazione non proviene dall'ospite stesso ma da operatori di altri servizi (soprattutto servizi sociali). Alcuni ospiti invece ne parlano più apertamente, come A., di cui viene scritto "Mi diceva che deve tornare in Marocco perché il figlio sta male, ma non riuscendo a spiegarmi di che si tratta mi ha mostrato un video del bambino dal quale sembrerebbe epilessia".

Difficoltà legate al covid-19. La pandemia ha causato notevoli difficoltà soprattutto per coloro che vivevano già da prima situazioni di vulnerabilità. Di un ospite, per esempio, si legge "L. si trova in Italia da più di 20 anni; prima della pandemia aveva un lavoro proprio (vendeva vestiti al mercato) ma con l'avvento del covid a marzo 2020 ha perso il lavoro e poi la casa". Di un altro ospite si legge "Col covid ha perso il lavoro e la sua condizione è peggiorata sempre di più. A volte riesce a trovare aiuto da qualche amico (sia per dormire che per mangiare), a volte si arrangia con quello che può e dorme in macchina", e ancora "Prima del covid racconta di aver trovato lavoro presso dei ristoranti che lo facevano lavorare a chiamata; aveva in programma di lavorare per una trentina di matrimoni ma che poi a causa della pandemia sono stati annullati". Il covid-19 ha quindi esacerbato quelle situazioni di difficoltà già prima presenti; si è andata a creare una nuova categoria di ospiti delle Cucine, che prima non si rivolgevano a tale servizio e ora non hanno altre possibilità.

Solitudine e sconforto. La povertà relazionale di cui si parla nel cap.2 emerge anche dai racconti di alcuni ospiti, che pur non vivendo in situazioni di difficoltà economica trovano nelle Cucine un luogo di socializzazione. Ne è un esempio H., di cui scrivono "Dice di avere una casa e di venire a mangiare alle C.E.P. perché altrimenti mangerebbe a casa da

solo mentre qui è in compagnia”. Alcuni ospiti riescono a manifestare più apertamente le loro emozioni. Emerge che per alcuni lo stato assistenziale è insostenibile: “Si è detto stanco di questa vita di inattività e assistenza, ed ha ribadito la propria volontà di tornare definitivamente in Bangladesh”.

Problemi di condotta. Il comportamento degli ospiti può rappresentare un problema per gli operatori nel momento in cui si manifestano conflitti o ci sono evidenti difficoltà nella gestione delle emozioni. Gli operatori, quindi, hanno anche il compito di gestire situazioni delicate. Ne è un esempio questa nota: “A. è andato a prendere i vestiti e ha litigato con un’operatrice, poi anche con un altro operatore, che cercava di farlo ragionare e gli chiedeva di restare calmo. Continuava a dire che non abbiamo vestiti per lui, che non glieli vogliamo dare, e tutto questo in modo irruento”. Le note che fanno riferimento a questo genere di comportamenti sono indipendenti dal servizio al quale l’ospite si rivolge “K. si dimostra un paziente polemico con il proprio medico curante e visibilmente alterato”. Altri comportamenti, pur non segnalando una situazione di gravità, sono stati motivo di richiamo; ne è un esempio questa nota “G. è stato richiamato più volte in quanto sprovvisto di mascherina; dopo il mio richiamo si è arrabbiato e ha lanciato la mascherina in segno di protesta”.

Carcere o problemi con la legalità. Nei racconti di alcuni ospiti emergono periodi di incarcerazione o episodi giudiziari che hanno danneggiato la loro condizione di vita. Quest’ultimo caso lo si riscontra nella storia di G. “Lavorava in direzione in un’azienda di alto livello. Dopo vicissitudini che lo hanno portato a un processo, aspetta l’udienza in tribunale per riavere casa e lavoro, che ha perso anche a causa di questo episodio”.

Barriera linguistica. Per alcuni ospiti vengono segnalate difficoltà di comunicazione a causa dell’evidente barriera linguistica. In alcuni casi è stato possibile lavorare al fianco

di una mediatrice linguistica che ha aiutato gli operatori a comprendere meglio la storia dell'ospite, mentre in altri casi l'ospite non si è reso disponibile a tale richiesta.

4.2.2 Conclusioni primo semestre dell'anno 2021

Alla luce dei dati presentati e dell'analisi qualitativa delle note appena condotta si possono identificare meglio gli utenti abituali dei servizi delle Cucine. Tali utenti Gli mostrano una distribuzione per genere molto polarizzata: 9 ospiti su 10 sono maschi, e la percentuale femminile è molto più bassa rispetto a quelle dell'utenza generale presente nel precedente capitolo (cfr. Fig. 4.1). L'età media degli ospiti risente del genere e i maschi hanno un'età media di circa 4 anni inferiore a quella delle femmine (M: 50, F: 54); nonostante questi tutti gli ospiti abituali si collocano soprattutto nella fascia d'età 51-60 anni. Come riportato in Fig. 4.5, la nazionalità prevalente è quella nordafricana per il gruppo maschile ed est-europea per le femmine, simile alla situazione presentata nell'utenza generale. La percentuale di ospiti di origine italiana aumenta, ed è pari al 30% (quasi un terzo dell'utenza maschile e un quarto di quella femminile è italiano). La maggior parte degli ospiti di cui si ha il dato (tolti i cittadini italiani) riferiscono di avere un regolare permesso di soggiorno.

La maggior parte degli ospiti stabili nel primo semestre del 2021 rientra nella definizione di Senza Fissa Dimora (il 53%), senza differenze importanti legate al genere (cfr. 4.7). La mancanza di dati relativa alla condizione abitativa è più bassa rispetto a quella registrata per l'utenza generale degli anni 2019 e 2020.

Infine, rispetto alla condizione lavorativa, la mancanza di dati coinvolge quasi la metà del gruppo totale di riferimento; la restante parte degli ospiti riferisce soprattutto uno stato di disoccupazione, più comune nei maschi che nelle femmine. L'età media elevata potrebbe suggerire delle difficoltà di ingresso nel mondo del lavoro, anche a causa di difficoltà

legate all'uso della tecnologia. Dalle note, infine, è evidente l'impatto che la pandemia ha avuto per alcuni ospiti: ha eliminato la fonte di sostentamento economico e questo ha portato alcuni degli ospiti allo stato di difficoltà attuale.

Profilo d'utenza

Nei primi sei mesi del 2021 è sembrato opportuno creare due profili d'utenza, che riflettessero in particolare gli ospiti delle nazionalità con maggiore percentuale. Per questo motivo si è individuato un profilo d'utenza dell'ospite italiano e un profilo d'utenza dell'ospite straniero.

Il profilo d'utenza italiano è un ospite maschio, di circa 50 anni. Potrebbe vivere in condizione di Senza Fissa Dimora o avere un alloggio: le probabilità sono le stesse. Considerando solo i dati a disposizione (tralasciando quindi la mancanza dei dati) l'utente medio italiano è disoccupato.

Il profilo d'utenza che invece si crea considerando gli ospiti stranieri è il seguente. Si tratta di un maschio di nazionalità nordafricana, originario della Nigeria, di circa 50 anni in possesso di regolare permesso di soggiorno. L'utente nordafricano vive in condizione di Senza Fissa Dimora e molto probabilmente non ha un'occupazione lavorativa.

CAPITOLO 5

Discussione dei dati

5.1 Confronto tra i profili d'utenza

In questo capitolo verranno messi a confronto i profili d'utenza creati nei capitoli 3 e 4. Prima verranno discussi i profili dell'utenza generale relativi agli anni 2019 e 2020, poi si porrà l'attenzione sulle differenze e sulle somiglianze tra l'utenza generale di questi anni e tra l'utenza stabile del primo semestre del 2021.

5.1.1 Confronto tra i profili d'utenza degli anni 2019 e 2020

Con il tempo la raccolta delle informazioni è andata man mano rafforzandosi, e si osserva una diminuzione in tutte le categorie della percentuale di dati mancanti. Questo ha permesso di comprendere in modo più accurato il profilo degli ospiti che si rivolgono alle Cucine Economiche Popolari di Padova.

Genere

Le percentuali di maschi e femmine all'interno dell'utenza delle Cucine Economiche Popolari seguono il trend che si evince dai report di Fio.PSD (Federazione Italiana Organismi per le Persone Senza Dimora): la maggioranza di ospiti è di genere maschile, mentre la percentuale femminile è sempre minore. Questo dato si conferma nell'anno 2019 (64,7% M, 32,6% F), nell'anno 2020 (77,1% M, 22,9% F), all'interno dell'utenza del servizio medico nell'anno 2020 (66,8% M, 33,2% F) e dell'utenza del servizio mensa nell'anno 2020 (84,2% M, 17,6% F).

Età

Durante l'anno 2019 non si riscontrano notevoli differenze d'età legate al genere, cosa che appare più evidente durante l'anno 2020. In quest'ultimo anno, infatti, gli uomini

hanno un'età media inferiore rispetto alle donne di circa 5 anni e la moda presenta una differenza di 24 anni (moda del gruppo maschile 36 anni, moda del gruppo femminile 60 anni).

Questa differenza d'età si mantiene anche all'interno dell'utenza del servizio mensa durante l'anno 2020: le donne hanno età media e moda maggiori rispetto agli uomini.

Il servizio medico è l'unico servizio in cui si osserva un andamento diverso: la media maschile e femminile è pressoché uguale (circa 43 anni), mentre la moda è maggiore per gli ospiti maschili. Nel gruppo femminile la moda è 33 anni, mentre nel gruppo maschile 45. Questo dato potrebbe essere giustificato dalla maggiore necessità e propensione delle donne a chiedere consulto medico rispetto agli uomini.

Nazionalità

I dati circa la nazionalità degli ospiti non subiscono notevoli cambiamenti tra gli anni 2019, 2020 e in base ai servizi considerati. La maggior parte degli ospiti proviene dall'Africa Occidentale (soprattutto dalla Nigeria) e dal Nord Africa (soprattutto Marocco e Tunisia). Il dato dell'utenza generale rispecchia quello del gruppo maschile. Il gruppo femminile, invece, proviene principalmente dall'Europa Orientale (soprattutto da Romania, Moldavia e Ucraina), dalla quale proviene una percentuale minore di maschi.

La percentuale di ospiti di origine italiana è sempre al di sotto del 20%: nel 2019 gli ospiti di origine italiana erano l'11,9%, nel 2020 il 15%. Considerando i servizi: gli ospiti italiani che hanno avuto accesso al servizio mensa sono stati il 18,1% dell'utenza totale, mentre coloro che hanno avuto accesso al servizio medico scendono al 4,9%. L'accesso al servizio medico, infatti, è avvenuto soprattutto per ospiti originari dell'Africa Occidentale (il 42,9%); gli ospiti italiani potrebbero avere maggiore accesso al medico di base rispetto agli ospiti stranieri.

Permesso di soggiorno

Risulta difficile discutere i dati relativi al possesso o meno del permesso di soggiorno a causa dell'alta percentuale di dati mancanti. I dati mancano soprattutto durante l'anno 2019 (coinvolgono l'82,9% degli ospiti) e rispetto il servizio medico (69,9% degli ospiti). La condizione di regolarità è maggiore nell'anno 2020 (quasi il 23%) rispetto al 2019 (3,5%). L'utenza con la percentuale più alta di ospiti con regolare permesso di soggiorno è quella che ha usufruito del servizio mensa.

Condizione abitativa

Agli ospiti veniva chiesto se vivessero o meno, in quel preciso momento, come Senza Fissa Dimora. Venivano inseriti in questa categoria tutti coloro che per dormire si rivolgono ad asili notturni, ad amici o conoscenti o che dormono per strada o in alloggi di fortuna. Le percentuali più alte di ospiti Senza Fissa Dimora (26,1% e 28,5%) si trovano all'interno dell'utenza del 2020 e del servizio mensa 2020. Questa informazione però potrebbe essere travisata dall'alta percentuale di dati mancanti circa la condizione abitativa dell'ospite durante l'anno 2019 (87,4%) e all'interno del servizio medico (62,3%). Conoscere la condizione abitativa dell'ospite potrebbe fornire importanti informazioni circa le sue condizioni di vita; sarebbe importante soprattutto per il personale medico avere tale informazione per poter avere un quadro clinico del paziente più ampio e completo.

Condizione lavorativa

L'entrata economica per una persona è fondamentale alla propria sussistenza e per una vita dignitosa. Come afferma la letteratura (citare fonte) la povertà può creare circoli viziosi di esclusione sociale e l'insorgenza di problemi di salute fisica e mentale (citare fonte). Per questi motivi conoscere la condizione lavorativa dell'ospite è importante,

anche per poterlo aiutare a migliorare il proprio status. Come precisato dagli operatori delle Cucine, raccogliere l'informazione circa la condizione lavorativa dell'ospite può essere complesso a causa delle resistenze nel dire apertamente che si lavora in nero o in modo saltuario; inoltre, molti ospiti potrebbero avere occupazioni temporanee e quindi la loro condizione lavorativa si modifica molto velocemente nel tempo.

Alla luce di queste considerazioni le percentuali di disoccupati supera sempre quelle degli ospiti con un'occupazione. Gli ospiti senza lavoro si registrano soprattutto nell'anno 2020 e all'interno del servizio mensa. L'utenza del 2020 e quella del servizio mensa, però, è anche quella in cui sono maggiori le percentuali di ospiti che dichiarano di avere un lavoro (rispettivamente circa l'8% e il 9% del gruppo totale di riferimento).

Recapito telefonico

Il dato circa il possesso o meno del numero di telefono è stato analizzato solo per l'utenza totale del 2019 e per quella totale del 2020.

Richiedere ad una persona il proprio recapito telefonico è importante poiché, se la persona possiede un numero telefonico significa che è in possesso di un telefono, questo comporta che:

- è una persona raggiungibile anche al di fuori del contesto delle Cucine;
- in caso di necessità ha la possibilità di contattare qualcuno, per chiedere aiuto e supporto.

Questo potrebbe facilitare il supporto sociale, ridurre il rischio di isolamento sociale e aumentare le possibilità di fare rete (virtualmente e fisicamente).

L'informazione riguardo al possesso di un recapito telefonico durante l'anno 2020 assume ancora più importanza. Durante la pandemia di Covid-2019, infatti, avere un telefono con il quale rimanere connesso con altre persone è stato fondamentale. Poter contattare i

servizi per sapere se fossero o meno attivi poteva significare anche un livello di partecipazione maggiore, riducendo così il senso di marginalità.

I dati riguardo al recapito telefonico indicano che la maggior parte degli ospiti, in entrambi gli anni, possiede un telefono: il 75,6% nel 2019 e il 64,2% nel 2020. Coloro che possiedono un telefono sono soprattutto donne. Il dato manca in percentuale maggiore nel 2019 e scende di 5 punti percentuali nel 2020 (dal 18% al 13,3%). Durante il 2020, però, aumenta la percentuale di persone senza telefono: da 6,5% nel 2019 al 21,7% nel 2020.

5.1.2 Confronto tra i profili d'utenza generale e abituale

Confrontare l'utenza generale e quella abituale permette di comprendere come si differenziano queste due categorie; inoltre, l'analisi delle note fa emergere quei temi che non vengono indagati in modo sistematico ma che sono comuni agli ospiti abituali. In questo paragrafo verrà preso come riferimento l'utenza generale del 2020, in quanto i dati sono più completi rispetto all'anno 2019.

La percentuale di dati mancanti è significativamente minore per gli ospiti abituali rispetto all'utenza generale in tutte le categorie (permesso di soggiorno, condizione abitativa, condizione lavorativa). Questo potrebbe dipendere dalla predisposizione dell'ospite abituale a dare più informazioni rispetto alla sua vita rispetto ad una persona che entra alle Cucine saltuariamente. Inoltre, gli operatori hanno più opportunità di contatto con l'ospite che vedono più spesso, ed è maggiore la possibilità di creare un legame in cui l'ospite si senta libero di parlare maggiormente di sé.

Genere

La distribuzione per genere degli ospiti evidenzia che nell'utenza abituale la percentuale di ospiti maschili è molto maggiore rispetto a quella femminile (M: 90,5%, F: 9,5%) se messa a confronto con l'utenza generale del 2020 (M:77%, F:23%). Tale differenza potrebbe

dipendere dal fatto che l'utenza femminile potrebbe vivere in condizioni di estrema povertà per periodi minori di tempo, e di conseguenza avere necessità dei servizi delle Cucine con minore continuità; tale ipotesi è in linea con i risultati esposti dalla sociologa C. Zugazaga nel 2004.

Età

Il dato relativo all'età mostra che l'utenza abituale è più adulta di quella generale: l'età media è infatti di 50 anni per gli ospiti abituali del 2021, e di circa 44 anni per l'utenza generale del 2020. Questo significa che le persone che necessitano di un supporto regolare si collocano in fasce più alte di età; questo crea anche un limite occupazionale poiché persone più adulte hanno maggiore difficoltà a trovare un lavoro. Per entrambe le utenze considerate le femmine mostrano un'età media maggiore a quella maschile di circa 4-5 anni. Infine, mentre nell'utenza generale del 2020 erano presenti minori (*n.* 6 maschi), nell'utenza abituale non si registra nessun minore.

Nazionalità

La percentuale di ospiti italiani cambia in modo netto tra l'utenza abituale e generale. Gli ospiti italiani, infatti, sono la maggioranza e rappresentano il 30,3% dell'utenza abituale. Quando si considera l'utenza generale, invece, la percentuale di ospiti italiani si dimezza (15%).

Gli ospiti provenienti dall'Africa Occidentale e dal Nord Africa rimangono una percentuale importante dei gruppi totali di riferimento, soprattutto per l'utenza maschile. All'interno dell'utenza abituale, invece, si evidenzia un calo degli ospiti provenienti dall'Europa orientale (2020: 21,7%, 2021:12,3%), che in entrambi i casi sono soprattutto femmine. Tale calo potrebbe essere giustificato dalla diminuzione della percentuale femminile nell'utenza abituale rispetto a quella generale.

Permesso di soggiorno

La mancanza di dati è sempre maggiore per l'utenza generale rispetto a quella abituale, ma in modo meno marcato rispetto alle altre categorie. Gli ospiti che riferiscono di avere regolare permesso di soggiorno sono il 23% considerando l'utenza generale e il 22% quella abituale, quindi percentuali simili. Inoltre, per entrambi i gruppi di riferimento, coloro che riportano maggiormente la condizione di regolarità sono di nazionalità marocchina.

Condizione abitativa

Per quanto rientrano nella definizione di Senza Fissa Dimora la maggior parte degli ospiti abituali del primo semestre del 2021 (il 53%), più del doppio rispetto all'utenza generale del 2020. Questo dato suggerisce che coloro che usufruiscono con regolarità dei servizi delle Cucine sono coloro che vivono una situazione abitativa precaria. Pensando all'età media degli ospiti è possibile ipotizzare che alcune complicazioni legate alla salute fisica (emerse dalle note analizzate) siano dovute e aggravate, almeno in parte, anche alle condizioni di vita in cui vivono tali persone; non avere una casa, un luogo sicuro in cui trovare riparo causa notevole stress all'organismo, che si riflette sulla condizione di salute generale. Si pensi ad un paziente diabetico (una delle condizioni mediche più comuni tra gli ospiti delle Cucine) che non ha la possibilità di controllare ogni suo pasto e non ha accesso a quelle attenzioni che una persona diabetica senza tali difficoltà economiche ha: la sua condizione di salute molto probabilmente risentirà del suo stile di vita e della sua alimentazione (non studiata per pazienti diabetici).

Prendendo in considerazione la nazionalità gli ospiti italiani rappresentano la maggioranza di Senza Fissa Dimora all'interno del gruppo di ospiti abituali (il 39%, nel 2020 erano il 26%).

Condizione lavorativa

L'utenza abituale continua a mostrarsi più vulnerabile rispetto a quella generale: una percentuale maggiore di ospiti dichiara di essere disoccupato. Inoltre, si vede un aumento di ospiti pensionati all'interno del gruppo di ospiti abituali: questo dato è in linea con l'età media maggiore degli ospiti e può essere un campanello d'allarme se si considerano tutte le problematiche che si possono creare con l'avanzare dell'età (problemi di deambulazione, problemi di salute legati alla vecchiaia, limitata conoscenza nell'uso della tecnologia). Gli ospiti che riferiscono di essere pensionati sono, sia nel 2020 che nel 2021, per la maggioranza cittadini italiani. Lo stato di disoccupazione, invece, coinvolge maggiormente gli ospiti nordafricani se si considera l'utenza abituale e gli ospiti marocchini se si considera l'utenza generale.

5.2 Possibili approfondimenti per il futuro

Le analisi fin qui presentate hanno messo in luce le differenze che l'utenza delle Cucine Economiche Popolari presenta in base agli anni considerati e in base alla frequenza dell'utilizzo dei servizi. Questo lavoro è stato utile per comprendere come si strutturano i profili d'utenza degli ospiti. Creare per esempio il profilo d'utenza degli ospiti abituali può aiutare a creare una corretta comunicazione verso l'esterno, per mostrare alla cittadinanza chi sono coloro che vivono maggiori vulnerabilità all'interno della città. Sarebbe inoltre interessante monitorare nel tempo tale andamento, per verificare come si modifica la condizione di questi ospiti: un numero minore di accessi alle Cucine potrebbe essere indicativo di una migliore condizione di vita, soprattutto di una migliore condizione abitativa e lavorativa.

Il lavoro di analisi condotto sulle note ha, invece, permesso di far emergere quei temi che non vengono indagati in modo sistematico, ma che appaiono ricorrenti nelle storie personali degli ospiti. Data l'importanza delle note nell'analisi dell'utenza sarebbe auspicabile ampliare tale raccolta ad un numero maggiore di ospiti (si ricorda che le note analizzate in questa tesi riguardavano *n.* 105 ospiti su *n.* 211). La presenza o meno di una famiglia alle spalle dell'ospite, per esempio, può aiutare a comprendere meglio la rete sociale dell'individuo e il supporto che ha al di fuori degli ambienti delle Cucine; le condizioni di salute fisica e mentale hanno un impatto decisivo sul livello di benessere che una persona vive, e conoscere e supportare tali problematiche permetterebbe alle Cucine di non essere un luogo di supporto ai bisogni primari, ma di diventare attore sociale nella costruzione dello stato di benessere generale della persona, migliorando le sue condizioni di vita.

Alla luce dei temi ricorrenti emersi dalle note è stata creata una proposta di protocollo da sottoporre all'ospite al suo ingresso, al fine di poter accogliere informazioni più dettagliate. Avere un quadro più completo della persona potrebbe aiutare le Cucine ad orientare meglio l'ospite verso quei servizi territoriali specifici ai suoi bisogni, prendendo così in carico la persona nella sua totalità. In appendice si trova la proposta di protocollo di assessment. Tale protocollo è stato creato basandosi sul *Vulnerability Index - Service Prioritization Decision Assistance Tool* (VI-SPDAT). Il questionario indaga le condizioni di vulnerabilità che una persona può vivere durante la sua vita. La proposta del questionario tiene conto delle informazioni emerse dalle note in OspWeb e delle informazioni che dalla letteratura emergono importanti per la condizione di salute e benessere della persona.

Una considerazione finale verte sulla percentuale di dati mancanti presentata: tale percentuale è andata man mano diminuendo, a segnalare un rafforzamento del metodo della raccolta delle informazioni. Un aspetto è però rimasto costante in tutti gli anni considerati (2019, 2020), nei servizi specifici (servizio medico, servizio mensa) e anche all'interno dell'utenza abituale: la percentuale di dati mancanti riguarda maggiormente l'utenza femminile rispetto a quella maschile. Questo dato potrebbe avere alla base diverse spiegazioni. Sarebbe interessante in futuro indagare l'eventuale presenza di bias cognitivi da parte degli operatori, che potrebbero portare l'operatore a porre meno domande ad un utente femmine. Anche da parte dell'utenza femminile potrebbero esserci più resistenza rispetto a quella maschile, a causa di pregiudizi verso tale servizio o determinate da esperienze passate che hanno ridotto la fiducia nei servizi di aiuto. Indagare queste ipotesi potrebbe aiutare a colmare il vuoto informativo relativo all'utenza femminile, che nonostante sia numericamente inferiore è parte di quella fascia della popolazione più vulnerabile e che rischia maggiormente di vivere in condizioni di estrema difficoltà.

L'obiettivo finale è conoscere meglio l'utenza che si rivolge alle Cucine, al quale si affianca quello di favorire l'inclusione sociale di queste persone all'interno della cittadinanza della città di Padova. Affinché ciò sia possibile è necessario che queste persone, che mostrano maggiore difficoltà e vulnerabilità, raggiungano un maggiore livello di benessere. Abbiamo visto nel primo capitolo, per esempio, che la condizione di povertà incide negativamente sullo stato di salute e che le impedisce di potersi curare al meglio, questo crea una situazione di disagio personale che incide in modo negativo anche sulla rete sociale della persona. Un individuo isolato sperimenta conseguenze negative sia all'interno della propria individualità sia all'interno del contesto sociale nel quale è

inserito. Migliorare quindi il benessere della persona le permette di vivere una vita più socialmente attiva, di cercare in modo più adattivo supporto sociale e di creare una rete di supporto fondamentale per evitare l'esclusione sociale. Tutto questo ha risvolti positivi non solo per l'individuo, ma anche per la collettività e per la città, che ne guadagna in costi per la salute pubblica da investire in altri progetti volti all'inclusione attiva dei cittadini.

CONCLUSIONI

La condizione di povertà coinvolge un numero sempre maggiore di individui se ci si concentra sul contesto italiano (ISTAT, 2020). Tale fenomeno abbiamo visto incidere non solo sulla deprivazione materiale e sul reddito familiare, ma anche sulla rete sociale degli individui. La povertà, infatti, può essere anche relazionale e condurre la persona ad un sempre maggiore isolamento sociale. Quando la persona povera viene in un contesto urbano le conseguenze del suo status economico vengono amplificate. Nascono così più facilmente fenomeni di esclusione sociale e di ostracismo, che portano la persona a vivere in marginalità. La persona marginalizzata esperisce più spesso sintomatologie legate a distress psicologico (Araya, Lewis, Rojas, & Fritsch, 2003; Lederbogen, Kirsch, Haddad, Streit et al, 2011) ha più probabilità che si manifestino problemi di salute legate fisica e allo sviluppo cognitivo (Harding, 2010) e mostra minori livelli di autostima e di autoefficacia. Il supporto sociale gioca un ruolo fondamentale nel proteggere l'individuo da queste conseguenze negative del vivere in povertà, ma molto spesso la rete sociale di queste persone è ridotta numericamente e non è resistente e solida. Per questi motivi i servizi a bassa soglia svolgono un ruolo fondamentale: si pongono da ponte tra l'individuo in difficoltà e la comunità in cui vive. Le Cucine Economiche Popolari con il tempo hanno ricoperto sempre maggiormente questo ruolo.

Con le analisi condotte è emersa la fotografia degli ospiti delle Cucine. Quando si considera l'utenza generale si osservano ospiti soprattutto di origine africana, adulti che vivono in condizioni di povertà, in stato di disoccupazione e probabilmente non in condizioni di Senza Fissa Dimora. L'utenza del servizio medico è particolarmente critica: è il servizio in cui si registra un aumento di dati mancanti e nel quale, quindi, si conosce meno l'utenza; si registra un aumento sia degli utenti stranieri rispetto a quelli italiani, sia

dell'utenza femminile. Tenere in considerazione la cultura di appartenenza all'interno di un servizio medico è fondamentale per poter delineare il quadro clinico del paziente. Inoltre, i problemi legati alla barriera linguistica potrebbero essere un ostacolo maggiore all'interno di questo servizio, che potrebbe appoggiarsi al supporto di un mediatore in modo regolare.

Rispetto a queste informazioni l'utenza abituale del primo semestre del 2021 si configura come principalmente maschile e di età media superiore. La percentuale maschile è molto superiore rispetto a quella femminile e si registra la maggioranza di ospiti italiani. Il livello di vulnerabilità è maggiore e legata soprattutto alla condizione abitativa: la maggior parte degli ospiti rientra nella definizione di Senza Fissa Dimora e riferisce di essere disoccupata. L'analisi delle note ha poi evidenziato delle problematiche comuni, che potrebbero orientare servizi specifici per gli ospiti: un supporto alla genitorialità considerato l'elevata percentuale di ospiti con figli e una maggiore attenzione alla salute, sia fisica che mentale. Considerata l'alta percentuale di utenti stranieri si potrebbe pensare di strutturare servizi e laboratori per favorire l'inclusione culturale di queste persone. Si pensi alle barriere linguistiche segnalate nelle note: non indicano solo un problema pratico che impedisce la comunicazione tra ospite e operatore, ma è campanella d'allarme per situazioni di esclusione sociale e culturale. Le Cucine Economiche Popolari possono quindi strutturarsi ulteriormente come strumento di supporto alla marginalità che si crea in un ambiente urbano come la città di Padova. Conoscere l'utenza che si rivolge a tale servizio è fondamentale per dare un volto e un'identità a coloro che vivono socialmente isolati.

Bibliografia

- Allport, G.W. (1954). The nature of prejudice. *Reading, MA: Addison-Wesley.*
- Allport, G.W. (1963). Behavioral Science, Religion, and Mental Health. *Journal of Religion and Health; 2(3)*, pp. 187-197.
- Amato, P.R., Jiping, Z. (1992) Rural Poverty, Urban Poverty, and Psychological Well-Being. *Sociological Quarterly; 33(2)*, pp. 229-240.
- American Psychological Association (2004). Report of the Task Force on Urban Psychology Toward an Urban Psychology: Research, Action, and Policy.
- Anakwenze, U., Zuberi, D. (2013). Mental health and poverty in the inner city. *Health & Social Work;38(3)*, pp. 147-57.
- Andriani, L., Karyampas, D. (2010). Social Capital, Poverty and Social Exclusion in Italy. Working Paper. *Birkbeck College, University of London, London, UK.*
- Araya, R., Lewis, G., Rojas, G., Fritsch, R. (2003). Education and income: which is more important for mental health? *Journal of Epidemiology & Community Health;57*, pp. 501-505.
- Atkinson, A.B. (1998). Social exclusion, poverty and unemployment, in: *A.B. Atkinson & J. Hills (Eds) Exclusion, Employment and Opportunity, CASE Paper 4* (London, London School of Economics, Centre for Analysis of Social Exclusion).
- Bandura, A. (1986). Social Foundations of Thought and Action: A Social Cognitive Theory. *Engelwood Hills, NJ: PrenticeHall.*
- Bandura, A. (1994). Self-efficacy. In V. S. Ramachaudran (Ed.), *Encyclopedia of human behavior, New York: Academic Press, 4*, pp. 71-81.
- Blaine, B. (2000). The psychology of diversity: Perceiving and experiencing social

- difference. *Mountain View, CA: Mayfield.*
- Bonadonna, F. (2005). Il nome del barbone. Vite di strada e povertà estreme in Italia. *Roma: Derive e Approdi.*
- Bronfenbrenner, U. (1979). The ecology of human development: Experiments by nature and design. *Cambridge, MA: Harvard University Press.*
- Bronfenbrenner, U. (1988). Interacting systems in human development. Research paradigms: Present and future. *In N. Bolger, A. Caspi, G. Downey, & M. Moorehouse (Eds.), Persons in context: Development processes (pp. 25-49). New York: Cambridge University Press.*
- Cacioppo, J.T., Patrick, B. (2008). Loneliness: human nature and the need for social connection. *W. W. Norton & Company; New York.*
- Caritas Italiana (2020). Rapporto 2020 su povertà ed esclusione sociale in Italia.
- Cattella, V., Dines, N., Gesler, W., Curtis, S. (2008). Mingling, observing, and lingering: Everyday public spaces and their implications for well-being and social relations. *Health Place; 14:* pp. 544–561.
- Chambers, R. (1994). The origins and practice of PRA. *World Development, 22(7)*, pp. 953–969.
- Chambers, R. (1997). Whose Reality Counts? Putting the First Last. *London, Intermediate Technology Publications.*
- Clark, C., Myron, R., Stansfeld, S. A, Candy, B. (2008). A systematic review of the evidence on the effect of the built and physical environment on mental health. *Journal of Public Mental Health; 6(2):*14–27.
- Coleman, J.S. (1988). Social capital in the creation of human capital. *American Journal of Sociology 94(Suppl.):* pp. 95–120.

- European Foundation (1995). Public Welfare Services and Social Exclusion: The Development of Consumer Oriented Initiatives in the European Union (Dublin, The European Foundation).
- Evans, G.W. (2004). The environment of childhood poverty. *American Psychologist*, 59(2), pp. 77-92.
- Ferroni, M. A., Mercedes, M., Payne, M., (2008). Development under conditions of inequality and distrust social cohesion in Latin America. *International Food Policy Research Institute (IFPRI)*.
- Freudenberg, N., Galea, S., Vlahov, D. (2006). Cities and the health of the public. *Nashville, TN: Vanderbilt University Press*.
- Gallina, C., Tangorra, R. (2010). Quaderni della ricerca sociale. Povertà ed esclusione sociale: l'Italia nel contesto comunitario, anno 2010. *Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali. Direzione generale per l'inclusione, i diritti sociali e la responsabilità sociale delle imprese (CSR). Direzione Generale per la gestione del fondo nazionale per le politiche sociali e monitoraggio della spesa sociale*.
- Goffman, E. (1963). Stigma: Notes on the management of spoiled identity. *Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall*.
- Goldberg, D. P., & Hillier, V. F. (1979). A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychological Medicine*, 9(1), pp. 139–145.
- Griep, R. H. (2003). Confiabilidade e Validade de Instrumentos de Medida de Rede Sociale de Apoio Social Utilizados no Estudo Pró-Saúde. *Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, Brazil*.
- Grootaert, C. (2001). Does Social Capital Help the Poor? A Synthesis of Findings from the Local Level Institutions Studies in Bolivia, Burkina Faso, and Indonesia. *The*

World Bank Social Development Family, Environmentally and Socially Sustainable Development Network.

Grosh, M.E., Glewwe, P. (2000). Designing Household Survey Questionnaires for Developing Countries: Lessons from 15 years of the Living Standards Measurement Study (*Washington, DC, World Bank*).

Harding, D. (2010). Living the drama: Community, conflict, and culture among inner city boys. *Chicago: University of Chicago Press.*

Harding, T. W., Arano, M. V., Baltazar, J., Climent, C. E., Ibrahim, H. H. A., Ignacio, L. L., Murthy, R. S. & Wig, N. N. (1980) Mental disorders in primary health care: a study of their frequency and diagnosis in four developing countries. *Psychological Medicine, 10*, pp. 231–241.

Hill, T D., Angel, R. J. (2005). Neighborhood disorder, psychological distress, and heavy drinking. *Social Science & Medicine, 61*, pp. 965–975.

Honnet, A. (2002). Lotta per il riconoscimento. *Ed. Il Saggiatore, traduzione a cura di Sandrelli, C.*

Honneth, A. (1997). Recognition and Moral Obligation. *Social Research, 64(1), The Decent Society (SPRING 1997)*, pp. 16-35.

House J. S. (1981). Work, Stress and Social Support. *AddisonWesley, Reading, MA.*

House, J.S., Umberson, D. Landis, K.R., (1988). Structures and Processes of Social Support. *Annual Review of Sociology, 14*: pp. 293-318.

ISTAT (2021). Le Statistiche dell'ISTAT sulla povertà.

Jehoel-Gijsbers, G, Vrooman, C. (2007). Explaining Social Exclusion: A Theoretical Model Tested in the Netherlands. *The Hague: The Netherlands Institute for Social Research.*

- Kearns, A., Whitley, E., Tannahill, C., & Ellaway, A. (2015). Loneliness, Social Relations and Health and Wellbeing in Deprived Communities. *Psychology, Health & Medicine; 20(3)*, pp. 332–344.
- Knack, F., Keefer, P. (1997). Does Social Capital Have an Economic Payoff? A CrossCountry Investigation. *Quarterly Journal of Economics, 112(4)*, pp. 1251-1288.
- Latané, B., Darley, J.M. (1970). The Unresponsive Bystander: Why doesn't He Help?. *Appleton-Century-Crofts, New York*.
- Lazarus, R.S, Folkman, S. (1984). Stress, Appraisal, and Coping. *Ed. Springer Pub Co*.
- Lederbogen, F., Kirsch, P., Haddad, L., Streit, F., Tost, H., Schuch, P., Wüst, S., Pruessner, J.C., Rietschel, M., Deuschle, M., Meyer-Lindenberg, A. (2011). City living and urban upbringing affect neural social stress processing in humans. *Nature, 22;474(7352)*, pp. 498-501.
- Lee, B., Tyler, K., Wright, J. (2010). The New Homelessness Revisited. *Annual Review of Sociology, 36(1)*, pp. 501-521.
- Link, B., Phelan, J. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology, 27*, pp. 363-385.
- Lund C., Breen A., Flisher A.J., Kakuma R., Corrigall J., Joska J.A., Swartz L., Patel, V. (2010). Poverty and common mental disorders in low and middle income countries: A systematic review. *Social Science & Medicine 71*, pp. 517-528.
- Maas, J., Verheij, R.A., de Vries, S., Spreeuwenberg, P., Schellevis, F.G., Groenewegen, P.P. (2009). Morbidity is related to a green living environment. *Journal of Epidemiology and Community Health; 63*: pp. 967–973.
- Madanipour, A. (2011). Social exclusion and space. In: *LeGates R and Stout F (eds)*

- City Reader, 5th ed. London: Routledge, pp. 186–194.*
- Marans, S., Adnopoz, J., Berkman, M., Esserman, D., MacDonald, D., Nagler, S., Randall, R., Schaefer, M., Wearing, M., (1995). The police mental health partnership: A community-based response to urban violence. *New Haven, CT: Yale University Press.*
- McCarthy, L. (2013). Homelessness and Identity: A Critical Review of the Literature and Theory. *People, Place and Policy, 7(1)*, pp. 46-58.
- McKenzie, K., Harpham, T. (2006). Social capital and mental health. *London: Jessica Kingsley.*
- Micklewright, J. (2002). Social Exclusion and Children: A European View for US *Debate (Florence, UNICEF).*
- Mitchell, R, Popham, F. (2008). Effect of exposure to natural environment on health inequalities: An observational population study. *Lancet; 372*, pp. 1655–1660.
- Mitchell, R.J., Richardson, E.A., Shortt, N.K., Pearce, J.R. (2015). Neighborhood environments and socioeconomic inequalities in mental well-being. *American Journal of Preventive Medicine, 49(1)*, pp. 80-84.
- National Public Health and Hospital Institute. (1995). Urban social health. Washington, DC.
- Nussbaum, M. (2000). Women and Human Development: A Study in Human Capabilities. *Cambridge, Cambridge University Press.*
- Ottawa Charter for Health Promotion. World Health Organization, Geneva, (1986).
- Parker, J. (2012). Self-Concepts of Homeless People in an Urban Setting: Processes and Consequences of the Stigmatized Identity. *Georgia State University.*
- Philip, L., Shucksmith, M. (2003). Conceptualising social exclusion in Rural Britain.

- European Planning Studies* 11(4), pp. 461–480.
- Prewitt, E. (1997). Inner-city health care. *For the Health Land Public Policy Committee of the American College of Physicians; approved by the Board of Regents on November 20, 1996, 126(6)*, pp 485-490.
- Ravenhill, M. (2008). *The Culture of Homelessness. Ashgate: Aldershot.*
- Reid, C., Herbert, C. (2005). “Welfare moms and welfare bums”: Revisiting poverty as a social determinant of health. *Health Sociology Review, 14*, pp. 161-173.
- Reidpath, D., Chan, K., Gifford, S., Allotey, P., (2005). “He hath the French pox”: Stigma, social value, and social exclusion. *Sociology of Health and Illness, 27*, pp. 468-489.
- Reimer, W. (2004). Social exclusion in a comparative context. *Sociologia Ruralis 44(1)*, pp. 76-94.
- Reutter, L.I., Stewart, M.J., Veenstra, G., Love, R., Raphael, D., Makwarimba, E. (2009). “Who Do They Think We Are, Anyway?”: Perceptions of and Responses to Poverty Stigma. *Qualitative Health Research, 19(3)*, pp. 297-311.
- Roschelle, A., Kaufman, P. (2004). Fitting in and fighting back: Stigma management strategies among homeless kids. *Symbolic Interaction, 27*, pp. 23-46.
- Ruggeri Laderchi, C., Saith, R., Stewart, F. (2003). Does it Matter that we do not Agree On the Definition of Poverty? A Comparison of Four Approaches. *Oxford Development Studies, Vol. 31, No. 3*, pp. 243-274.
- Sampson, R. J., Raudenbush, S. W., Earls, F. (1997). Neighborhoods and violent crime: a multilevel study of collective efficacy. *Science, 277*, pp. 918-924.
- Saraceno, B., Levav, I., & Kohn, R. (2005). The public mental health significance of research on socio-economic factors in schizophrenia and major depression.

- World Psychiatry*, 4, pp. 181-185.
- Scharf, T., Phillipson, C., Smith, A. E. (2004). Poverty and social exclusion: growing older in deprived urban neighbourhoods. In: *Walker A, Hagan Hennessy C (eds) Growing older: quality of life in old age. Open University Press, Buckingham*, pp. 81– 106.
- Schmidt, K. (2015). Seeing the ‘The Homeless City’? Some Critical Remarks on the Visual Production of Homelessness Through Photography. *European Journal of Homelessness*. 9(2), pp. 283-301.
- Schuyt, C.J.M., Voorham, C.A. (2000). Sociale Uitsluiting (Social Exclusion), Stichting Leger des Heils welzijns- en gezondheidszorg. *Amsterdam: Social Wetenschappelijke Pers*.
- Sen, A. (1997). On Economic Inequality, 2nd Edition *Oxford, Clarendon Press*.
- Sen, A.K. (1993). Capability and well-being, in: *M.C. Nussbaum & A.K. Sen (Eds) The Quality of Life (Oxford, Clarendon Press)*, pp. 30–53.
- Shucksmith, M. (2012). Class, power and inequality in rural areas: Beyond social exclusion? *Sociologia RuralisEpub*.
- Silver, H. (1994), Social exclusion and social solidarity: Three paradigms. *International Labour Review* 133(5–6), pp. 531–578.
- Stranges, M. (2007). Social Exclusion in the Italian Regions: A Synthetic Approach of Measurement. Paper presented for the Quetelet Seminar 2007: Poverty Dynamics and Vulnerability. *Measures and Explanations in Demography and Social Sciences Universite Catholique de Louvaine, Blegium November*, pp. 27-30.
- Thompson, W.C., Roe, J., Aspinal, P. (2013). Woodland improvements in deprived urban communities: What impact do they have on people's activities and quality

of life?. *Landscape and Urban Planning*, 118, pp. 79-89.

U.S. Department of Housing and Urban Development. (2000). *The state of the cities 2000: Megaforces shaping the future of the nation's cities*. Washington.

United Nations (1995). *The Copenhagen Declaration and Programme of Action: World Summit for Social Development 6–12 March 1995*. New York, NY: United Nations Department of Publications.

Wagner, D., Cohen, M. (1991). The Power of the People: Homeless Protesters in the Aftermath of Social Movement Participation. *Social Problems*, 38(4), pp. 543-561.

Zamperini, A. (2010). *L'ostracismo: Essere esclusi, respinti e ignorati*. Torino: Einaudi.

Zugazaga, C. (2004). Stressful life event experiences of homeless adults: A comparison of single men, single women and women with children. *Journal of Community Psychology*, 32, pp. 643-654.

Appendice

Assessment nuovi ospiti delle CEP

- Nome e cognome dell'intervistatore:
- Ruolo: Operatore Volontario presso le CEP Tirocinante
- Data somministrazione:
- Tempo di somministrazione: _____ ora inizio _____ ora fine
- Luogo di somministrazione

1. Informazioni di base

- Nome:
- Cognome:
- Data di nascita:
- Paese di nascita:
- Parli italiano? Sì No
- Capisci l'italiano?
 Sì No
- Qual è il tuo massimo livello di istruzione?
 Nessuno Diploma
 Scuola elementare Laurea triennale
Licenza media Laurea magistrale
- Il tuo stato civile:
 Single Sposato/a Fidanzato/a
- Hai figli?
 Sì e ho buoni rapporti con loro Sì e non ho buoni rapporti con loro No

2. Condizione abitativa

- Dove dormi più spesso?
 Asilo notturno Per strada
 Appartamento di tua proprietà In macchina
 Sei ospite di amici o conoscenti in una casa Altro (specificare): _____
- Se dormi per strada, in asili notturni, come ospite di qualcuno, in macchina o altro, da quanto tempo ti trovi in questa situazione?

_____ mesi _____ anni da _____

• Ti trovi in questa situazione a causa/per motivi legati al covid?

- Sì No

• Di quali servizi usufruisci alle CEP?

- Mensa a pranzo Servizio medico
 Mensa a cena Docce
 Vestiario Lavanderia

3. *Rischi*

• Rispondi alle seguenti domande pensando ai 6 mesi passati:

• Ti è capitato di chiamare un'ambulanza per te stesso?

- Sì (____ volte) No Preferisco non rispondere • Ti

è capitato di essere ricoverato in ospedale?

- Sì (____ volte) No Preferisco non rispondere •

Ti è capitato di rivolgerti a un servizio per la salute mentale?

- Sì (____ volte) No Preferisco non rispondere

• Ti è capitato di rivolgerti ad un servizio per aggressioni sessuali?

- Sì (____ volte) No Preferisco non rispondere •

Ti è capitato di rivolgerti ad un servizio per la prevenzione del suicidio?

- Sì (____ volte) No Preferisco non rispondere

• Ti è capitato di avere avuto contatti con la polizia perché testimone di un crimine?

- Sì (____ volte) No Preferisco non rispondere

• Ti è capitato di avere avuto contatti con la polizia perché vittima di un crimine?

- Sì (____ volte) No Preferisco non rispondere

• Ti è capitato di avere avuto contatti con la polizia perché hai commesso un crimine?

- Sì (____ volte) No Preferisco non rispondere

• Hai passato una notte in carcere o in stato di fermo?

- Sì (____ volte) No Preferisco non rispondere

• Da quando vivi in questa condizione sei mai stato aggredito fisicamente?

- Sì (____ volte) No Preferisco non rispondere •

Da quando vivi in questa condizione sei mai stato aggredito sessualmente?

- Si (____ volte) ○ No ○ Preferisco non rispondere
- Da quando vive in questa condizione ha mai tentato di fare male a se stesso o ad altri?
- Si (____ volte) ○ No ○ Preferisco non rispondere

4. *Socializzazione e Quotidianità*

- C'è qualcuno (conoscente, vecchio padrone di casa, allibratore, Agenzia delle entrate) che ritiene che lei sia in debito di denaro?

- Si ○ No ○ Non so

- Ricevi qualche aiuto economico dallo Stato?

- Si, la pensione ○ Si, sussidio comunale

- Si, il reddito di cittadinanza ○ No

- Durante la giornata svolgi attività che ti rendono felice/che ritieni piacevoli?

- Si ○ No ○ Non so

- Con chi trascorri il tempo solitamente?

- Da solo ○ Con un amico/a

- Con il/la partner ○ Con mio figlio/a

- Con più di un amico/conoscente

- Pensi che la tua condizione di senza fissa dimora dipenda da alcune relazione passate che si sono concluse?

- Si (se vuoi indica quali) ○ No ○ Non so

5. *Condizione di salute*

- Soffri di qualche malattia fisica cronica?

- Si ○ No ○ Non so ○ Se si, quale? _____

- Hai mai dovuto abbandonare un alloggio/una casa/un posto letto a causa di una malattia o di un problema fisico?

- Si ○ No ○ Non so

- Ti rivolgi al servizio medico delle CEP?

- Si ○ No ○ No perché ho il mio medico di base

- Quando hai un problema fisico chiedi aiuto?

- Si ○ No ○ A volte

- Ti è mai stata diagnosticata qualche malattia mentale?

Sì No Se sì, quale? _____

• Hai mai ricevuto un supporto psicologico?

Sì No

• Ci sono dei medicinali che dovresti assumere ma non assumi?

Sì No

• Usi antidolorifici/antidepressivi o ansiolitici anche se non ti sono stati prescritti?

Sì No

6. *Limitato all'utenza femminile*

• In questo momento sei incinta?

Sì No Non so

• Sei mai stata incinta?

Sì No

• Hai mai richiesto un'interruzione volontaria di gravidanza (aborto)?

Sì No

• Ti sei mai rivolta ad un centro antiviolenza?

Sì No

Ringraziamenti

Vorrei dedicare questo spazio in conclusione della mia tesi per ringraziare tutti coloro che mi hanno accompagnato in questo percorso durato cinque anni, che mi ha formata come futura psicologa e come persona.

Ringrazio il mio relatore, il Prof. Adriano Zamperini, per avermi da subito trasmesso la passione per la psicologia calata nel reale, per avermi mostrato come questa disciplina può e deve entrare nei dibattiti pubblici, nelle piazze, nei problemi reali della società.

Prendere parte ai cambiamenti, essere motore di cambiamento e supportarlo. La ringrazio anche per la pazienza mostrata lungo il percorso, per la volontà di portare avanti un progetto nonostante le difficoltà incontrate e per avermi dato la possibilità di confrontarmi con una realtà complessa e importante del territorio.

Ringrazio poi la mia correlatrice, la Dott.ssa Marialuisa Menegatto, per la pazienza avuta nei miei riguardi, per le parole di conforto e di incoraggiamento che mi hanno accompagnata fino a questo momento. Il laboratorio di psicologia urbana frequentato con lei mi ha permesso momenti di confronto costruttivo, insegnandomi ancora una volta l'importanza di saper cambiare punto di vista. Nel mio futuro mi auguro di avere la sua stessa dedizione e passione per la conoscenza puntuale e contestualizzata.

Ringrazio Ilaria e Mara, che hanno condiviso questo progetto con me. Senza il lavoro di squadra e il supporto reciproco scrivere questa tesi sarebbe stato molto più difficile.

Ringrazio le Cucine Economiche Popolari, Suor Albina e Luca per la disponibilità, per la pazienza e per la possibilità di svolgere il tirocinio presso la loro struttura. Senza il vostro aiuto questa tesi non sarebbe stata possibile.