



benessere tecnologia società

# L'impatto sociale del Covid-19

A cura di  
Anna Rosa Favretto,  
Antonio Maturo, Stefano Tomelleri

***Sociologia e politiche del controllo sociale***  
Corso di laurea in Teorie, culture e tecniche per il Servizio sociale a.a. 2022-2023

**FrancoAngeli**



# collana benessere tecnologia società

**Direzione scientifica:** Antonio Maturo (Università di Bologna)

Lo sviluppo tecnologico appare oggi in accelerazione esponenziale, soprattutto grazie al digitale. Comunicazioni, pratiche sociali e culture si presentano come forme simboliche sempre più elusive, evanescenti e cangianti. L'ambito della salute è una delle dimensioni più investite dalle scoperte e dalle nuove applicazioni. Possiamo utilizzare lo smartphone per curarci, fare prevenzione, migliorarci. In generale, possiamo raccogliere big data su noi stessi. Ovviamente, anche le organizzazioni e le professioni si giovano delle nuove possibilità. Parallelamente, il discorso sulla salute si estende oltre la medicina e la malattia per abbracciare le dimensioni dello stare bene e della qualità della vita. In altri termini, accanto alla cura, prendono corpo interventi istituzionali, aziendali e di altre organizzazioni volti ad accrescere il benessere (well-being) delle persone e la loro felicità. Non va tuttavia dimenticato che il "soluzionismo tecnologico" non ha inciso molto sulle grandi e gravi disuguaglianze sociali e che i bramini della rete hanno spesso alimentato aspettative irrealistiche. La stratificazione sociale condiziona ancora pesantemente i destini individuali.

In questo contesto, la Collana BTS – aperta anche a tematiche relative al welfare e al benessere sociale nella sua accezione più ampia – attraverso contributi sociologici rigorosi, ma scritti con uno stile divulgativo, vuole proporre modelli teorici, ricerche empiriche e strumenti operativi per analizzare e intervenire su questa mutevole realtà sociale.

## **Comitato Scientifico**

Kristin Barker (University of New Mexico); Andrea Bassi (Università di Bologna); Jason Beckfield (Harvard University); Giovanni Bertin (Università Ca' Foscari); Giovanni Boccia Artieri (Università di Urbino); Piet Bracke (Ghent University); Mario Cardano (Università di Torino); Giuseppina Cersosimo (Università di Salerno); Federico Chicchi (Università di Bologna); Costantino Cipolla (Università di Bologna); Dalton Conley (Princeton University); Cleto Corposanto (Università Magna Graecia di Catanzaro); Paola Di Nicola (Università di Verona); Maurizio Esposito (Università di Cassino); Anna Rosa Favretto (Università del Piemonte Orientale); Luca Fazzi (Università di Trento); Raffaella Ferrero Camoletto (Università di Torino); Guido Giarelli (Università Magna Graecia di Catanzaro); Guendalina Graffigna (Università Cattolica di Milano); David Lindstrom (Brown University); Massimiliano Magrini (United Ventures); Luca Mori (Università di Verona); Sigrun Olafsdottir (Boston University); Anna Olofsson (Mid Sweden University); Paltrinieri Roberta (Università di Bologna); Riccardo Prandini (Università di Bologna); Claudio Riva (Università di Padova); Domenico Secondulfo (Università di Verona); Mara Tognetti (Università Bicocca Milano); Stefano Tomelleri (Università di Bergamo); Assunta Viteritti (Università La Sapienza Roma).

## **Redazione**

Linda Lombi (coordinamento) (Università Cattolica Milano); Alberto Ardissonne (Università di Bologna); Flavia Atzori (Università di Bologna); Emilio Geco (Università La Sapienza, Roma); Roberto Lusardi (Università di Bergamo); Giulia Mascagni (Università di Firenze); Veronica Moretti (Università di Bologna); Arianna Radin (Università di Bergamo); Alessandra Sannella (Università di Cassino).

I manoscritti proposti sono sottoposti a referaggio in doppio cieco.

I lettori che desiderano informarsi sui libri e le riviste da noi pubblicati possono consultare il nostro sito Internet: [www.francoangeli.it](http://www.francoangeli.it) e iscriversi nella home page al servizio “Informatemi” per ricevere via e.mail le segnalazioni delle novità o scrivere, inviando il loro indirizzo, a “FrancoAngeli, viale Monza 106, 20127 Milano”.



benessere tecnologia società

# L'impatto sociale del Covid-19

A cura di  
Anna Rosa Favretto,  
Antonio Maturo, Stefano Tomelleri

**FrancoAngeli**

Il volume è stato pubblicato con il contributo del Dipartimento di Sociologia e Diritto dell'Economia dell'Università di Bologna.

*Grafica di copertina: Alessandro Petrini*

Copyright © 2021 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy.

*L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sul diritto d'autore. L'Utente nel momento in cui effettua il download dell'opera accetta tutte le condizioni della licenza d'uso dell'opera previste e comunicate sul sito [www.francoangeli.it](http://www.francoangeli.it).*

# Indice

<b>Prefazione</b> , di <i>Maria Carmela Agodi</i>	pag.	9
<b>Introduzione</b> , di <i>Antonio Maturo, Anna Rosa Favretto e Stefano Tomelleri</i>	»	13
<b>I. Policy</b>		
<b>Limiti e fallimenti dei modelli epidemiologici e previsionali nell'epidemia di SARS-COV-2</b> , di <i>Enrico Campo, Giampietro Gobo, Mattia Galeotti e Paolo Parra Saiani</i>	»	39
<b>Operatori sanitari e Covid-19: alcune riflessioni sul lavoro di cura in tempo di pandemia</b> , di <i>Mara Tognetti e Valeria Quaglia</i>	»	49
<b>Covid-19 e pratiche di resilienza sociale nei servizi per persone senza fissa dimora nel territorio bergamasco</b> , di <i>Roberta Bova e Roberto Lusardi</i>	»	59
<b>Verso un modello sanitario post-coloniale? Riflessioni a partire dal “caso Lombardia”</b> , di <i>Michele Marzulli</i>	»	70
<b>La pandemia da SARS-CoV-2 e il sistema di prevenzione in Italia</b> , di <i>Giuliano Tagliavento e Giovanna Vicarelli</i>	»	80
<b>Covid-19: tra emergenza sanitaria e sistemi di digital contact tracing</b> , di <i>Andrea Antonilli</i>	»	91
<b>Un-locking communities. Ripensare l'attivazione civica e la partecipazione nell'era post- pandemica</b> , di <i>Teresa Carlone</i>	»	101

**Il medico di famiglia di fronte all'emergenza: una prima indagine esplorativa nel caso studio di Pesaro Urbino**, di *Angela Genova* pag. 111

**Diritti relazionali, cittadinanza sanitaria e telefarmacia ai tempi del coronavirus. Un confronto Italia-Danimarca**, di *Pietro Paolo Guzzo* » 121

## II. Anziani

**Il Covid-19 e gli anziani: la costruzione sociale del rischio tra rappresentazioni improprie e deresponsabilizzazione**, di *Stefano Poli* » 135

**L'ageismo. Vita quotidiana e discorsi pubblici all'inizio della pandemia Sars Covid-19**, di *Franca Bimbi* » 145

**L'impatto del Covid-19 nelle Residenze sanitarie assistenziali in Italia: un'esplorazione dei fattori istituzionali e regolativi**, di *Barbara Da Roit e Cristina Calvi* » 157

**Persone in età anziana, famiglie e servizi sociali nella pandemia**, di *Mara Sanfelici* » 166

## III. Adulti

**Famiglia e lavoro durante il lockdown: una relazione conflittuale o arricchente?**, di *Luca Pesenti, Sara Mazzucchelli, Maria Letizia Bosoni e Eleonora Reverberi* » 179

**Se la pandemia cambia (in peggio) gli stili di vita. I risultati di un'indagine esplorativa**, di *Linda Lombi, Alessandro Porrovecchio e Marco Terraneo* » 189

**Il lavoro a distanza nel contesto covidico e l'equivoco dello Smart Work**, di *Cleto Corporanto, Umberto Pagnò e Emilio Gardini* » 201

**I vissuti dei “lavoratori fragili” al tempo del Covid-19. Una ricerca con le cooperative sociali di tipo “B”,** pag. 213  
*Fabio Berti, Andrea Bilotti e Andrea Valzania*

**Libertà e responsabilità: ripensare le relazioni sociali dopo il Covid. I risultati di un’indagine nazionale, di** » 224  
*Marco Palmieri, Silvia Cataldi, Fabrizio Martire e Fiorenza Deriu*

**Controllo sociale e nuove forme di (auto)sorveglianza ai tempi del coronavirus, di** » 235  
*Raffaella Sette e Simone Tuzza*

**Smart Working e Covid-19: nuove opportunità e precondizioni sociali e organizzative, al di là delle retoriche, di** » 245  
*Gianluca Scarano e Paolo Zurla*

#### IV. Comunicazione

**Who Shall Live? Discorsi pubblici e criteri di razionamento ai tempi del Covid-19, di** » 263  
*Nicoletta Bosco*

**Esseri analogici intrappolati in un mondo digitale. La percezione della realtà ai tempi del Covid-19, di** » 273  
*Annalisa Buffardi, Stefania Sansò e Lello Savonardo*

**Contact tracing, tra diritto alla salute e controllo sociale: il caso della app Immuni, di** » 283  
*Alessia Bertolazzi e Maria Letizia Zanier*

**La pandemia in Wattpad come forma di immaginario collettivo, di** » 293  
*Claudia Cantale*

**Terrapiattismo, Covid-19/5G e altre cospirazioni: la pandemia del complottismo su Twitter, di** » 301  
*Sara Monaci e Simone Persico*

**L’impatto del Covid-19 sull’opinione pubblica: una strategia di analisi per lo studio della comunicazione su Twitter, di** » 310  
*Mirella Paolillo e Alessia Forciniti*



**Paradossi pandemici: la comunicazione patologica nel Covid-19 tra rottura e rimescolamento**, di *Giuseppina Pellegrino* pag. 319

**L'impatto del Covid-19 sul giornalismo. Uno studio esplorativo in Italia**, di *Enrica Amaturò, Rosanna Marino e Michele Mezza* » 329

## V. Giovani

**La fatica di essere – comunque – se stessi. La salute mentale e la qualità della vita degli studenti universitari durante la pandemia**, di *Mario Cardano, Alice Scavarda e Francesca Tomatis* » 341

**Insegnare durante l'emergenza Covid-19. La didattica a distanza nella fase emergenziale**, di *Domenico Carbone, Joselle Dagnes, Eduardo Barberis e Nico Bazzoli* » 352

**La condizione studentesca universitaria ai tempi del Covid-19: vissuti e strategie di fronteggiamento**, di *Alessandro Bozzetti, Nicola De Luigi e Francesca Girardi* » 363

**Indagine sulle condizioni di studio e di vita degli studenti e delle studentesse dell'Università di Ferrara al tempo della pandemia e del confinamento sociale**, di *Alfredo Alietti, Enrico Marchetti e Pierpaola Pierucci* » 373

**Socializzare outdoor: se non ora quando? Come i bambini affronteranno i nuovi bisogni di socialità e di distanziamento sociale ora e nel futuro post-Covid**, di *Fabio Corbisiero e Antonella Berritto* » 384

**La "tutela minori" e l'impatto del Covid-19. Relazioni e interazioni nelle comunità familiari del parmense**, di *Matteo Davide Allodi, Stefania Fucci e Chiara Scivoletto* » 395

# *Covid-19 e pratiche di resilienza sociale nei servizi per persone senza fissa dimora nel territorio bergamasco*

di Roberta Bova\* e Roberto Lusardi\*\*

## **1. La grave marginalità e la vita in strada**

Si stima che nel nostro Paese vi siano tra le 49.000 e le 52.000 persone senza dimora (SD) che abitualmente vivono in strada oppure in sistemazioni di fortuna, presso strutture di accoglienza notturna, comunità di seconda accoglienza o alloggi di primo livello (Barbieri, 2020). In questo capitolo cercheremo di far emergere come la recente pandemia e le relative conseguenze hanno colpito questa popolazione e lo faremo attraverso lo sguardo competente e informato del personale delle organizzazioni del Terzo settore (TS) che nella provincia bergamasca, una tra le più drammaticamente colpite dalla diffusione del virus nei primi mesi del 2020, si occupano dell'accoglienza e del supporto di chi vive in strada.

Secondo l'ultima rilevazione ISTAT (2014), la principale causa dello stato di SD sono le condizioni economiche per due terzi delle persone, soprattutto per gli stranieri. Tra la popolazione italiana hanno un impatto maggiore la dipendenza da sostanze (alcool e/o droghe) e le malattie mentali o il disagio psicologico. La severa deprivazione materiale, che investe la dimora, la protezione degli agenti atmosferici, la nutrizione e la cura del corpo, spesso è associata a reti relazionali personali molto scarse, a problemi di salute invalidanti e alla prolungata adozione di comportamenti nocivi o stili di vita insalubri (Bonadonna, 2005). Le precarie condizioni di vita delle persone SD sono il risultato cumulativo di condizioni familiari e pregresse di vulnerabilità sociale (Meo, 2006), degli effetti traumatizzanti di eventi biografici che si sommano tra loro e che i singoli non riescono ad affrontare adeguatamente a causa delle scarse o assenti risorse economiche e relazionali, spesso ulteriormente compromesse da disturbi cognitivi (Barnao, 2004). Per la gravità delle conseguenze del fenomeno (che comporta elevati rischi

\* Roberta Bova, tutor didattico presso l'Università di Bergamo.

\*\* Roberto Lusardi, ricercatore, insegna Fondamenti di sociologia e Metodologia della ricerca sociale presso l'Università di Bergamo.

di malattia e di morte prematura) e la complessa multifattorialità (Lavanco e Santinello, 2009), l'attivazione e il mantenimento di servizi e strutture di accoglienza, di supporto e di riabilitazione psico-sociale sono componenti essenziali per il contrasto della povertà estrema (Zenarolla, 2018). Inoltre, il mancato godimento di un tenore di vita adeguato comporta per le persone SD la parziale o completa esclusione dai diritti civili, politici, sociali (Ranci e Pavolini, 2015). La rilevazione ISTAT (2014) presentava dati incoraggianti, poiché rilevava un miglioramento nell'accesso ai diversi tipi di servizi e una diminuzione del numero delle notti passate in giacigli di fortuna o all'aperto. Questo però avveniva prima che il Covid-19 intervenisse a modificare la struttura economica, le dinamiche sociali e le abitudini di vita nel pianeta (Lusardi e Tomelleri, 2020). Allo stato attuale non esistono accurati dati italiani sull'impatto della pandemia per le persone senza casa e per le organizzazioni del welfare che se ne fanno carico. Cercheremo di fornire un quadro significativo della situazione guardando a quanto accaduto a Bergamo.

## **2. La diffusione del fenomeno e la rete di supporto a Bergamo**

I servizi di accoglienza e di sostegno presenti sul territorio dell'Ambito di Bergamo sono numerosi e coprono un ampio ventaglio di bisogni. Tra i servizi di supporto troviamo docce, mense, un servizio di infermeria destinato alla cura degli ospiti e alla gestione delle dimissioni protette dagli ospedali. Nell'ambito della prevenzione e della riduzione del danno operano 3 *unità di strada* e i *centri di primo ascolto*, che intercettano persone tossicodipendenti, alcolodipendenti o con disturbi generici. I servizi di prima accoglienza sono amministrati da due associazioni caritatevoli presso 4 dormitori notturni. Nel corso del 2017 sono state accolte un numero significativo di persone<sup>1</sup>: 834 (di cui il 74% composto da cittadini stranieri); solo il 6% degli ospiti è donna. La maggior parte delle accoglienze infatti ha avuto una durata inferiore ai 3 mesi (80%); la motivazione più frequente di uscita dal dormitorio è l'allontanamento volontario; solo nel 18% dei casi le persone SD sono state trasferite in un alloggio di seconda accoglienza. In questo ambito operano due realtà del TS e un'associazione caritatevole; nel 2017 sono state ospitate 122 persone, di cui il 13% donne. La seconda accoglienza consiste soprattutto in comunità terapeutiche in cui risiedono stabilmente persone che soffrono di disturbi associati alla tossicodipendenza, all'alcol dipendenza e a disturbi psichiatrici. Oltre a ciò, sull'intero territorio della provincia di Bergamo sono presenti 30 appartamenti. Tra prima, seconda accoglienza e appartamenti, 1028 utenti hanno beneficiato delle strutture di accoglienza del

<sup>1</sup> La rilevazione è stata realizzata nel 2017 dalla rete "PONte", che vede la partecipazione dei comuni dell'Ambito di Bergamo e delle associazioni caritatevoli e del Terzo settore al Piano Operativo Nazionale (PON) di inclusione per l'annualità 2017-20.

territorio bergamasco; di questi, l'82% ha soggiornato presso strutture di prima accoglienza. Negli ultimi anni si è riscontrato un aumento significativo del totale della popolazione SD in provincia di Bergamo; sono aumentati gli ospiti in strutture di seconda accoglienza, anche grazie all'introduzione degli alloggi di primo livello e si rileva un incremento dei cittadini italiani, tra le persone in condizione di grave emarginazione.

### **3. L'ipotesi di ricerca: la resilienza sociale del Terzo settore**

L'ipotesi teorica dello studio qui discusso prevede che le organizzazioni e gli operatori del TS abbiano reagito all'emergenza Covid-19 elaborando pratiche di *resilienza sociale*, ovvero forme di adattamento delle risorse organizzative e delle configurazioni simboliche e di trasformazione dalle pratiche professionali e delle interazioni sociali quotidiane, per garantire, quanto più possibile, la continuità dei servizi, la sicurezza e il benessere di operatori e ospiti/utenti (Adger, 2000)

Studiando casi empirici nelle aree rurali di nazioni con un basso grado di industrializzazione, Adger individua nella *resilienza sociale* la capacità delle comunità di affrontare shock esterni alla loro infrastruttura sociale attraverso il cambiamento delle abitudini di vita delle persone, l'individuazione e l'attivazione di risorse materiali inconsuete e la valorizzazione del capitale sociale e relazionale. Questo fenomeno riguarda anche le società occidentali neo-liberali, dove riaffiorano le medesime pratiche di resilienza sociale con un'enfasi particolare sul capitale sociale e le reti relazionali (Barnes e Hall, 2013). Una differenza significativa riguarda l'associazionismo che, assente nell'ambito rurale, diventa una risorsa fondamentale, soprattutto per i gruppi sociali con i livelli di reddito più bassi. Secondo Keck e Sakdapolrak (2013) le capacità che la resilienza sociale esprime sono tre: capacità di *coping*, capacità adattative e capacità trasformative. Le prime riguardano il fronteggiamento della minaccia immediata o imminente avvalendosi delle risorse a disposizione per cercare di ripristinare una condizione di benessere che comunque non potrà mai eguagliare la situazione preesistente (De Marchi, 2020). Le capacità adattative hanno una finalità più pro-attiva e riguardano gli apprendimenti che possono essere utilizzati nell'affrontare rischi futuri. *Coping* e adattamento concernono entrambi il fronteggiamento della minaccia ma, mentre le prime si giocano in un lasso temporale breve e investono soprattutto l'agire tattico, le seconde si esprimono nel medio-lungo periodo e riguardano una maggiore pianificazione strategica. Il terzo tipo di capacità, denominate trasformative, interpella l'assetto istituzionale e comprende l'abilità delle persone e dei gruppi di contribuire ai processi di *decision making* collettivi per accrescere il benessere individuale e per rafforzare la sicurezza del gruppo sociale in vista di crisi future.

## 4. Note di metodo

Lo studio empirico è stato realizzato a Bergamo nel periodo dal 18 luglio al 14 settembre 2020 e ha previsto l'utilizzo dell'*intervista fotografica* (Kolb, 2008) come tecnica di raccolta dati, per documentare i cambiamenti relativi ai piani dell'agire attraverso il quale si realizza la resilienza sociale. La tecnica prevede due sessioni di intervista e la raccolta di materiale fotografico. In questo saggio, per ragioni di spazio, abbiamo concentrato l'analisi sul materiale narrativo raccolto attraverso la prima sessione di intervista (di tipo semi-strutturato) e durante il commento del materiale fotografico avvenuto nella seconda sessione.

Sono state realizzate 15 interviste a 9 donne e 6 uomini che rivestono incarichi di coordinamento (4), operatore/trice di strada o presso un centro d'ascolto (3), operatore/trice in prima (3) e seconda (5) accoglienza, presso i servizi più significativi della realtà bergamasca.

Ai partecipanti è stata richiesta la compilazione di un modulo di consenso informato/liberatoria per l'uso dei dati e delle immagini.

Il materiale empirico è stato trascritto in formato digitale e analizzato secondo una procedura di codifica teorica e di comparazione costante delle categorie analitiche (Glaser e Strauss, 1967) per individuare e isolare le pratiche di resilienza sociale. Il costrutto è stato operazionalizzato nelle sue tre capacità principali, come riscontrato in letteratura: coping, adattive e trasformative.

Nel presente resoconto è stato applicato un protocollo di riservatezza che ha previsto l'alterazione dei dati personali e delle informazioni sensibili per garantire l'anonimato dei soggetti coinvolti.

## 5. I risultati

### 5.1. *Il contagio della marginalità e il suo fronteggiamento*

Al momento del lockdown nazionale, l'8 marzo 2020, le strutture di accoglienza e i servizi di supporto per persone SD avevano già messo in atto tutte le procedure possibili per contenere la pandemia. Alla fine della fase 1 e nei mesi successivi non è stato registrato alcun decesso tra SD ed operatori, cinque persone sono state ricoverate in ospedale senza sintomi gravi, più di 300 persone hanno avuto ogni giorno un luogo sicuro dove dormire, trascorrere la giornata, consumare un pasto.

La riorganizzazione delle strutture di accoglienza e i servizi di supporto per le persone SD ha comportato l'apertura 24 ore su 24 dei dormitori e l'avvio di un nuovo spazio di accoglienza; mentre, per i servizi di strada e i centri di primo ascolto, la riduzione dell'orario. Durante le prime settimane diversi

operatori/rici si sono ammalati, spesso non gravemente, ma comunque si sono dovuti assentare almeno per il periodo della quarantena. Si è reso pertanto necessario riorganizzare l'impiego del personale: alcune persone dai servizi di strada e di primo ascolto sono state spostate sui dormitori, i coordinatori hanno lavorato nel ruolo di educatori, in generale tutto il personale ha aumentato le ore di lavoro settimanali. La rete delle strutture e dei servizi di contrasto della grave marginalità è riuscita a riorganizzarsi rapidamente, in una settimana sono stati ristrutturati turni ed equipe; questa rapidità è l'esito di anni di progettazione condivisa e di collaborazione permanente nella cornice di Progetti Operativi Nazionali (PON), anche con il contributo dell'Università.

Lo sforzo messo in campo ha garantito la tenuta del sistema, la tutela di lavoratori ed ospiti; allo stesso tempo, ha comportato demansionamento e accumulo di stress. Tuttavia entrambe le problematiche non sono state percepite come tali: molti operatori hanno vissuto positivamente la possibilità di ricoprire un ruolo diverso da quello ordinario, poiché ha consentito di riscoprire alcuni aspetti del lavoro, di conoscere nuovi servizi e di lavorare con colleghi diversi; quindi è stato reinterpretato come un'esperienza di flessibilità, limitata nel tempo. Il lavorare oltre l'orario ordinario (di media 38 ore settimanali) invece appartiene già alla routine di molti educatori. A tale proposito gli intervistati si sono definiti «abituati all'emergenza permanente», agli straordinari e a individuare soluzioni rapide per continui imprevisti. Alcune strutture durante l'emergenza Covid-19 si sono trovate senza il direttore, poiché ammalato; per i coordinatori è stato allora molto importante mantenere un dialogo quotidiano con le altre realtà della rete, sia per acquisire indicazioni pratiche, sia per percepire vicinanza.

La disponibilità a sentirsi con altri servizi è stata importante da un punto di vista organizzativo, ma soprattutto per non sentirsi da soli in questa situazione. Anche solo con un messaggio quotidiano. Il percepirsi dentro un sistema di rete è stato importante soprattutto sul versante umano, di vicinanza (coordinatore).

Una struttura, ad esempio, ha istituito la pausa caffè, come momento di confronto e conforto, un'altra ha creato un diario di bordo a cui accedevano le equipe di diverse cooperative; il solo fatto di trascorrere molte più ore in compresenza, rispetto al lavoro ordinario, ha determinato lo sviluppo di un forte senso di unità tra i colleghi e ha favorito una maggiore conoscenza personale.

Diversi intervistati hanno ricordato come sin dalle prime settimane di febbraio fossero in allerta rispetto ai pericoli reali del lavorare in contesti comunitari. Le indicazioni che provenivano dagli organi di governo nazionali e locali erano molto generiche e a volte contraddittorie, generando confusione. Chi si è trovato a coordinare i servizi durante l'emergenza si è dovuto

assumere una grande responsabilità, adottando provvedimenti anche molto restrittivi in assenza di una normativa univoca.

Sono stata incosciente perché ho capito dopo cosa stavo gestendo. Ho capito solo dopo cosa stava succedendo nelle RSA, di tutte le morti e di tutte le denunce. Se l'avessi capito prima il rischio che stavo correndo forse sarei venuta qui meno felice; quella responsabilità mi avrebbe schiacciato (coordinatrice).

Comunità e dormitori hanno deciso di chiudere i propri spazi alle persone esterne e di ridurre al minimo le uscite del personale e degli ospiti. Operatori e ospiti hanno iniziato a indossare mascherine, guanti, a utilizzare gel disinfettante e a misurare quotidianamente la febbre. Gli spazi interni sono stati riorganizzati, al fine di evitare gli assembramenti e di far sostare per il minor tempo possibile più persone in spazi comuni. Le mense sono state chiuse e i pasti distribuiti all'esterno in pacchi monoporzione sigillati, domandando alle persone in fila di mantenere mascherina e distanza di sicurezza. In un secondo momento, è stata aperta anche una nuova struttura domiciliare, allo scopo di ridurre ulteriormente l'assembramento. Queste decisioni sono state condivise all'interno della rete dei servizi e assunte autonomamente dai diversi direttori, dopo aver consultato gli operatori; infine sono stati comunicate agli utenti.

La riorganizzazione dei servizi ha trasmesso ad operatori e utenti la sensazione di sicurezza, in un momento di estrema fragilità (Tsai e Wilson, 2020). A tale proposito, una persona intervista, che lavora come coordinatrice dei servizi socioeducativi, ha descritto la propria struttura come un «castello medievale chiuso in sé stesso», che forniva protezione contro il virus, ma anche trasmetteva la sensazione di essere marginalizzati, rispetto al resto della società. La percezione di essere stati «dimenticati dalle istituzioni», come ha dichiarato una operatrice di comunità, viene riferita soprattutto alla tutela sanitaria.

Approfondendo ulteriormente tale risposta abbiamo ricostruito come, in diverse occasioni, gli operatori si siano sentiti emarginati dai servizi sanitari: le mascherine chirurgiche erano irrimediabili; i medici di base che non rispondevano alle telefonate; le ambulanze chiamate in mattinata arrivavano solo alla sera. La rete del TS si è attivata autonomamente per affrontare la situazione critica: gli educatori si sono messi a disposizione per monitorare la febbre, la saturazione del sangue e per gestire gli ospiti in isolamento preventivo; si è provveduto all'autoproduzione di mascherine grazie ai laboratori di tessitura organizzati presso il carcere o in alcune comunità di suore; si è fatto ricorso a contatti informali tra strutture sanitarie fuori provincia per donazioni di mascherine. Solo in un secondo momento, tra la fine di marzo e l'inizio di aprile è stato possibile tornare ad acquistare mascherine

chirurgiche e anche il Comune ha provveduto a distribuirle presso i servizi di strada e le altre realtà del TS.

Tra febbraio e inizio marzo ci siamo ammalati tutti e quindi a turno per 15 giorni non ci siamo visti. Al rientro non abbiamo fatto nessun test, sierologico o tampone e secondo me questa è stata una cosa vergognosa, perché gli operatori del Ser.D che fanno il nostro stesso lavoro hanno fatto tremila tamponi, per noi niente. Il medico della nostra cooperativa ha anche provato a prescriverlo, ma per noi non ce ne erano. In altri servizi hanno faticato addirittura a recuperare le mascherine. E allora dici “Va bene che dobbiamo esserci, ma che dobbiamo ammalarci e far ammalare no. Sono senza dimora ma non è che devono crepare” (operatrice servizio di strada).

La marginalizzazione è stata percepita in modo più drammatico dagli operatori che lavoravano presso i centri di primo ascolto o nei servizi di strada. Per loro l'emergenza Covid-19 ha comportato un isolamento estremo: innanzitutto nei confronti degli utenti, che dovevano essere tenuti a distanza oltre vetri di plexiglass e tramite l'utilizzo di mascherine e guanti; oltre a ciò, l'isolamento era percepito anche nei confronti dei colleghi, con i quali non veniva condiviso alcun spazio né momento: una persona operava sempre in strada e una sempre sul camper, in più le riunioni d'équipe inizialmente sono state sospese e, solo dopo, effettuate tramite terminale.

Ci siamo trovati smembrati, a lavorare un paio di operatori per volta, anche perché ci sono state diverse malattie, tra cui la mia capo-area che è mancata per un po'; a volte abbiamo gestito il centro anche da distanza e le equipe tramite Meet non funzionavano bene come quelle in presenza. Diciamo che le relazioni di fiducia all'interno del gruppo si sono allentate, ci siamo un po' disallineati e si creata anche un po' di confusione rispetto ai ruoli; ci siamo un po' persi (operatrice centro di ascolto).

Gli operatori dei servizi di strada e dei centri di ascolto non hanno potuto beneficiare del sostegno del gruppo e della «cortina di protezione» che una operatrice di comunità ha riscontrato nelle comunità e nei dormitori.

## *5.2 Capacità adattive e trasformative del lavoro socio-educativo*

Durante l'emergenza sanitaria tutte le progettualità degli ospiti che sono gestite in collaborazione tra comuni, Ser.D, istituzioni sanitarie e enti del TS, sono stati interrotte (l'ottenimento di una casa popolare, l'ingresso in comunità e l'acquisizione del reddito di cittadinanza, tra le più rilevanti). La sospensione immediata delle progettualità ha creato grande smarrimento e frustrazione negli ospiti e ha loro ribadito di essere considerati «cittadini di serie B», come dichiarato da un operatore intervistato.



Questo smarrimento è stato recepito dagli operatori, tanto da quelli di strada, che incontravano gli utenti nel piazzale vuoto della stazione e ascoltavano il loro sfogo, sia in comunità che nel dormitorio.

Sembrava che si fosse interrotto tutto, al Ser.D corridoi erano vuoti, gli sportelli chiusi, ma la vita fuori non si era fermata, si era modificata, ma non si era fermata. Mi è sembrato che non si sia voluto andare avanti, seppur in un altro modo, ma le problematiche delle persone non si sono fermate (operatrice di struttura di prima accoglienza).

La maggior parte degli operatori è rimasta sorpresa dalla capacità di tenuta degli ospiti; infatti, salvo rare eccezioni, le reazioni degli ospiti alla chiusura delle strutture sono state positive e di piena collaborazione. Qualcuno ha interpretato tale atteggiamento come il frutto degli anni di lavoro spesi nel costruire un dialogo e una relazione costanti tra operatore e ospite e come il riconoscimento dello sforzo messo in campo per assicurare a tutti una dimora sicura, dove fermarsi per l'intera giornata; gli intervistati hanno raccontato di aver ricevuto in diverse occasioni il ringraziamento esplicito da parte degli ospiti, i quali si sono messi a disposizione per aiutare nella gestione ordinaria della struttura. Insomma si è diffusa l'idea di star condividendo un'emergenza straordinaria e di voler fare tutti una propria parte per riuscire a superarla.

Al momento del lockdown fondamentale è stata la responsabilizzazione degli ospiti: nessuno è stato obbligato a permanere in struttura e in generale, dormitori e comunità hanno provato a mantenere regole flessibili per evitare il realizzarsi di quella che una coordinatrice ha definito il rischio di una «selezione naturale»: gli ospiti più instabili, con dipendenze attive o con problematiche comportamentali avrebbero preferito rinunciare alla possibilità di avere un luogo sicuro dove dormire e trascorrere la giornata, piuttosto che aderire completamente alle nuove regole. Di fatto poche persone si sono allontanate dai dormitori.

Abbiamo parlato con gli ospiti per farli sentire parte del problema e renderli consapevoli delle regole. Con l'ospite si diceva: “ora che ti abbiamo spiegato, se vuoi stai con noi, se vuoi andare per conto tuo è una responsabilità personale tua” (operatore di struttura di prima accoglienza).

La gestione della quotidianità dentro le strutture divenute da un giorno all'altro residenziali, non è stata per nulla facile, anche perché si sono dovute interrompere tutte le attività di aggregazione, come la mensa e i laboratori. In sostituzione sono state organizzate delle attività in piccoli gruppi: pittura, musica, partite a carte ed è stata incentivata la collaborazione attiva, da parte degli utenti, alla gestione della struttura ospitante.

Tanto da parte degli operatori, quanto degli ospiti, queste attività sono state l'occasione per avviare colloqui individuali e mettere in pratica una particolare cura del dettaglio: l'abbellimento delle stanze, la cura del giardino e dell'orto, la realizzazione di dipinti e fotografie. Il tempo prolungato trascorso assieme, tra ospiti ed operatori, ha incoraggiato una maggiore comprensione del vissuto degli utenti e del confronto tra gli operatori, era come se fosse in atto, «un'equipe permanente», secondo un'intervistata. Nel momento in cui i mezzi di comunicazione diffondevano continuamente numeri aggregati di persone contagiate, ospedalizzate e decedute, nelle comunità e nei dormitori veniva praticata una «cura del particolare e della bellezza, dell'ascolto della persona», come racconta un'operatrice di comunità, all'interno di una relazione educativa in cui l'operatore «abbandona uno sguardo troppo tecnico e diventa più attento all'unicità della persona». Tale approccio, unitamente al lavoro relazionale intrapreso negli anni, rimarrà come apprendimento a disposizione della rete anche per eventuali emergenze future; al momento del Covid-19 esso ha favorito la collaborazione e la partecipazione attiva da parte degli ospiti e ha consentito di arginare l'emergenza sociale determinata dal mancato riconoscimento dei diritti delle persone SD.

## **Conclusioni**

Lo studio documenta come la rete del TS sia riuscita solo parzialmente a sviluppare pratiche di resilienza sociale di fronte alla pandemia di Covid-19. Dall'analisi empirica si evince come non siano mancate le capacità di fronteggiamento della crisi attingendo sia alle risorse interne, già abituate a confrontarsi con le difficoltà delle situazioni di marginalità estrema, sia attingendo alle disponibilità delle reti di prossimità e di comunità. Anche sul versante dell'adattamento, i servizi e gli operatori hanno saputo riorganizzarsi, superando steccati professionali e organizzativi e rafforzando la coesione sia tra il personale dei diversi servizi sia con l'utenza stessa. L'assenza significativa che emerge riguarda la terza capacità propria della resilienza sociale, quella trasformativa, che agisce sulle istituzioni e sull'organizzazione complessiva dei servizi per orientare cambiamenti permanenti che possano proteggere la comunità di fronte a crisi future (Keck e Sakdapolrak, 2013). Di questo non vi è traccia nel vissuto degli operatori intervistati. Anzi, emerge l'assordante silenzio delle istituzioni, soprattutto sanitarie, alternato a interventi scarsamente coordinati e poco efficaci, che non ha consentito il pieno sviluppo della resilienza sociale. È pur vero che questo ordine di cambiamenti richiede un lasso temporale medio-lungo per esprimersi e l'intenzione è quella di proseguire l'attività di ricerca anche nei mesi a venire, per cogliere eventuali segnali in tale direzione. Poiché, senza questo ordine di cambiamenti, il grado di esposizione ad eventi critici e a calamità naturali resta

comunque elevato, nonostante le organizzazioni e le persone coinvolte abbiano saputo rispondere attivamente alla crisi attuale (De Marchi, 2020). La scarsa capacità trasformativa dimostrata dalla rete delle strutture e dei servizi per le persone SD può essere anche associata al mancato riconoscimento sociale delle persone che di questi servizi beneficiano (Honneth, 2002); alcuni diritti individuali delle persone SD sono perennemente disattesi, come il diritto alla residenza (Bilancia, 2010; Zenarolla, 2018), e durante l'emergenza Covid-19 l'accesso a prestazioni fondamentali, erogate dal settore pubblico è stato temporaneamente sospeso. Il misconoscimento dei diritti dell'utenza, nonché la sua scarsa partecipazione alla vita sociale e cittadina comportano l'isolamento anche della rete dei servizi e delle strutture di contrasto della grave marginalità, non a caso questa rete è composta esclusivamente da soggetti appartenenti al TS o al Privato sociale. Nel trovarsi al di fuori delle istituzioni, i soggetti della rete rischiano di essere esclusi anche dalla possibilità di poter concretamente attuare delle dinamiche trasformative che abbiano un impatto reale sulla società.

## Bibliografia di riferimento

- Adger W.N. (2000), *Social and ecological resilience: are they related?*, «Prog. Hum. Geogr.», 24, pp. 347-364.
- Barbieri A. (2020), *CoViD-19 in Italy: homeless population needs protection*, «Recenti Progressi in Medicina», 111, pp. 295-296.
- Barnao C. (2004). *Sopravvivere in strada: elementi di sociologia della persona senza dimora*, FrancoAngeli, Milano.
- Barnes L., Hall P.A. (2013), “Neo-liberalism and social resilience in the developed democracies”, in Hall P.A., Lamont M. (eds.), *Social resilience in the neo-liberal era*, Cambridge University Press, New York, pp. 209-238.
- Bilancia F. (2010), *Brevi riflessioni sul diritto all'abitazione*, «Istituzioni del Federalismo», 4, pp. 431-448.
- Bonadonna F. (2005), *Il nome del barbone. Vite di strada e povertà estreme in Italia*, Deriveapprodi, Roma.
- De Marchi B. (2020), *Societal Vulnerability and Resilience in the COVID-19 Crisis*, «Culture e Studi del Sociale», 5, pp. 163-174.
- Glaser B.G., Strauss A.L. (1967), *The discovery of grounded theory*, Aldine, Chicago, IL.
- Honneth A. (2002), *La lotta per il riconoscimento*, Il Saggiatore, Milano.
- ISTAT (2014), *Le persone senza fissa dimora*. Disponibile online presso: [https://www.istat.it/it/files/2015/12/Persone\\_senza\\_dimora.pdf?title=Le+persone+senza+dimora++10%2Fdic%2F2015+-+Testo+integrale.pdf](https://www.istat.it/it/files/2015/12/Persone_senza_dimora.pdf?title=Le+persone+senza+dimora++10%2Fdic%2F2015+-+Testo+integrale.pdf) (consultato il 01 ottobre 2020)
- Keck M., Sakdapolrak P. (2013), *What is social resilience? Lessons learned and ways forward*, «Erdkunde», 67, pp. 5-19.

- Kolb B. (2008), *Involving, Sharing, Analysing — Potential of the Participatory Photo Interview*, «Forum: Qualitative Social Research», 9, Art. 12.
- Lavanco G., Santinello M. (2009), *I senza fissa dimora. Analisi psicologica del fenomeno e ipotesi di intervento*, Paoline, Milano.
- Lusardi R., Tomelleri S. (2020), *Algoritmi, cigni neri e virus: la crisi della pianificazione sociale nella modernità avanzata*, «Sociologia Italiana», 16, pp. 23-38.
- Meo A. (2006), *Vulnerabilità sociale e incertezza quotidiana: donne in famiglie monoreddito a Torino*, «Meridiana: rivista di storia e scienze sociali», 55, pp. 79-103.
- Olsson L., Jerneck A., Thoren H., Persson J., O'Byrne D. (2015), *Why resilience is unappealing to social science: Theoretical and empirical investigations of the scientific use of resilience*, «Science advances», 1, e1400217.
- Ranci C., Pavolini E. (2015), *Le politiche di welfare*, il Mulino, Bologna.
- Tsai J., Wilson M. (2020), *COVID-19: a potential public health problem for homeless populations*, «The Lancet Public Health», 5, e186-e187.
- Zenarolla A. (2018), *La salute delle persone senza dimora: una sfida per l'integrazione sociosanitaria*, «Salute e società», 2, pp. 151-165.