

# Il valore generato dal progetto «Bridges of Change»\*

## Report di valutazione dell'impatto sociale | 2<sup>a</sup> annualità

*\* Progetto finanziato dal Fondo di Beneficenza ed opere di carattere sociale e culturale di Intesa Sanpaolo*

**Ente capofila:** Medici per la Pace ODV

**Partner di progetto:** Kralji ulice (Slovenia) – OZ Vagus (Slovacchia)

**Ente valutatore:** Centro "Governance & Social Innovation" – Fondazione Università Ca' Foscari Venezia

**A cura di:**

Giulio Minto<sup>1</sup>, Veronica Pegoraro<sup>1,2</sup>, Laura Pauletto<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> Centro Governance and Social Innovation (GSI), Fondazione Ca' Foscari, Venezia

<sup>2</sup> Dipartimento di Economia, Università Ca' Foscari, Venezia

# Indice

Executive summary .....	4
1. Introduzione ed elementi di contesto .....	5
2. Metodologia .....	7
3. Risultati .....	11
3.1. <i>La catena del valore dell’Impatto Sociale</i> .....	12
3.2. <i>Input, attività e output</i> .....	13
3.3. <i>MONITORAGGIO: Attività e Output   OUTPUT CONSEGUITI</i> .....	14
3.4 <i>MONITORAGGIO: Attività e Output   LE DIMENSIONI DEL MONITORAGGIO</i> .....	23
3.5. <i>ESITO/IMPATTO: Outcome e Impatto   LE DIMENSIONI DEL CAMBIAMENTO</i> .....	34
4. Conclusioni .....	78
5. Bibliografia .....	80
6. Appendice .....	81



## Executive summary

Il progetto *Bridges of Change - Hope for the Homeless in Slovakia and Slovenia*, promosso da Medici per la Pace ODV in collaborazione con i partner locali Kralji ulice in Slovenia e OZ Vagus in Slovacchia, ha l'obiettivo di **migliorare le condizioni socio-sanitarie delle persone senza dimora nelle città di Bratislava e Lubiana**. Si tratta della **seconda annualità** in cui le due organizzazioni locali portano avanti le attività previste dal progetto grazie al finanziamento del *Fondo di Beneficenza ed opere di carattere sociale e culturale di Intesa Sanpaolo* (da qui Fondo di Beneficenza).

Negli ultimi anni, il **numero di persone senza dimora** è aumentato significativamente, con dati che indicano **oltre 2.000 individui a Bratislava e più di 3.500 a Lubiana**. Le problematiche principali riscontrate riguardano la salute fisica e mentale, l'accesso alle cure e le difficoltà di reinserimento sociale ed economico. Il progetto si propone di affrontare queste sfide attraverso un **approccio integrato che combina assistenza sanitaria, supporto psicologico e percorsi di reinserimento sociale**.

In particolare, l'attenzione è stata posta su:

- [L'attivazione e il potenziamento dei centri diurni esistenti, dotandoli di servizi sanitari e di supporto psicologico specifici.](#)
- [L'avvio di programmi di reinserimento sociale e lavorativo per favorire l'autonomia delle persone senza dimora.](#)
- [La formazione degli operatori coinvolti e il rafforzamento della rete di collaborazione con istituzioni locali e nazionali.](#)

Tenuto conto della portata del progetto e delle linee guida del Fondo di Beneficenza, è stata prevista una **valutazione approfondita** per analizzare i risultati raggiunti e l'impatto generato sulla comunità. Gli strumenti predisposti e adottati hanno permesso la raccolta di evidenze finalizzate all'individuazione di **punti di forza e criticità**, definendo **eventuali strategie** di miglioramento per le attività future.

Il processo valutativo si è basato su una metodologia strutturata che ha previsto la creazione di una "catena del valore dell'impatto sociale", con l'obiettivo di monitorare e valutare ogni fase del progetto.

L'attività di valutazione ha consentito di valorizzare i **risultati ottenuti**, tra cui, in continuità con l'annualità precedente, si segnalano:

- **Assistenza sanitaria:** potenziamento di infermerie di comunità a Bratislava e Lubiana per il supporto alle persone senza dimora.
- **Inclusione sociale:** percorsi di riabilitazione per il reinserimento lavorativo e ospitalità temporanea in *Crisis Flats* per soggetti vulnerabili.
- **Azioni trasversali:** formazione del personale, scambio di buone pratiche e dialogo con i decisori politici per integrare i servizi socio-sanitari. Quest'ultima attività ha portato al consolidamento dei rapporti istituzionali confluiti in una proposta di finanziamento da parte dell'ente pubblico.

Il progetto ha gettato le basi per un **cambiamento sistemico** nell'approccio alla cura, assistenza ed empowerment delle persone senza dimora e ha messo in risalto la **necessità di potenziamenti** nel medio-lungo periodo al fine di garantire **continuità operativa** per il **mantenimento** dei potenziali **impatti** generati.

# 1. Introduzione ed elementi di contesto

L'accesso all'assistenza sanitaria e ai programmi di reinserimento sociale è un fattore cruciale per le persone in condizione di **homelessness**, una realtà che nei **Paesi OCSE** coinvolge **almeno 2 milioni di individui** secondo le stime ufficiali più recenti (OECD Affordable Housing Database – <http://oe.cd/ahd>).

In questo contesto si inserisce l'azione dell'associazione **Medici per la Pace ODV**, attiva da anni a Bratislava nel **fornire cure sanitarie primarie e percorsi di inclusione sociale** alle persone più vulnerabili. Dal 2024, grazie al contributo del Fondo di Beneficenza, il progetto è stato esteso anche alla città di Lubiana. In particolare, il progetto ha visto la collaborazione attiva di **due partner locali** – rispettivamente **OZ Vagus e Kralji ulice** – le amministrazioni comunali delle due capitali e il Ministero della Salute sloveno, contribuendo all'attuazione delle strategie locali di prevenzione della marginalità estrema.

*L'obiettivo delle attività dell'Associazione in queste due città, in accordo con gli Obiettivi di Sviluppo Sostenibile n. 1 (Povertà zero), n. 3 (Salute e benessere) e n. 11 (Città e comunità sostenibili), è stato quello di contribuire a migliorare la condizione socio-sanitaria e psicologica della fascia di popolazione più vulnerabile, ovvero i senza dimora, che spesso associano a problematiche di carattere sociale anche situazioni multi-patologiche, in maggior parte connesse allo specifico stile di vita.*

A **Bratislava (Slovacchia)**, la condizione delle persone senza dimora rappresenta una sfida crescente. Nel **2023** sono state censite **2.199 persone homeless, tra cui 231 minori**, in aumento rispetto al 2016 (L'udia Bez Domova Sa Rátajú – Záverečná Správa Zo Sčítania L'udí Bez Domova v Bratislave 2023 in <https://shorturl.at/fhawb>). Le modalità di pernottamento risultano molto diversificate: circa il 26% utilizza rifugi notturni, il 15% dorme in strada e oltre il 10% in baracche, mentre una parte trova soluzioni temporanee presso ostelli, amici o parenti. Una quota residuale vive in alloggi propri o affittati, segnalando possibili percorsi di reintegrazione, ma permane una fascia estremamente precaria priva di un luogo stabile dove trascorrere la notte. Dal punto di vista sanitario ed economico emergono criticità rilevanti. **Oltre il 57% delle persone soffre di patologie croniche**, con una forte incidenza di malattie cardiovascolari e disturbi muscoloscheletrici, spesso accompagnate da problemi di salute mentale. Sebbene la maggioranza disponga di un medico di base, **quasi il 20% non accede alle cure primarie**, spesso per difficoltà economiche. Il reddito medio mensile è di 483 euro, con una parte della popolazione completamente priva di entrate. **Anche l'accesso ai beni essenziali è limitato**: una persona su sei non consuma un pasto caldo quotidiano e oltre il 10% incontra difficoltà nell'utilizzo di servizi igienici.

In **Slovenia**, e in particolare a **Lubiana**, il fenomeno dell'homelessness è anch'esso in crescita e coinvolge circa 3.545 persone. La popolazione senza dimora è **prevalentemente maschile (73%)**, ma comprende una quota significativa di **donne (27%)**, spesso coinvolte in forme di "senza dimora nascosto".

**N.B.:** Nel presente report, i termini «gli utenti», «i beneficiari» e «gli operatori» vengono utilizzati al maschile plurale per ragioni di sintesi, ma è da tenere presente che si fa riferimento a individui di genere maschile e di genere femminile.

Il fenomeno si concentra **soprattutto nelle aree urbane** e, tra il 2014 e il 2019, i programmi di supporto hanno registrato un **aumento** del 115% dei partecipanti (OECD, Data on Homelessness Country Notes, in <https://shorturl.at/7Nu8c>). Nonostante l'espansione dei servizi di accoglienza e dei programmi di sostegno, l'**assenza di una strategia nazionale strutturata** limita l'efficacia degli interventi. Persistono infatti **fattori strutturali** come l'**insicurezza abitativa**, la **carenza di alloggi accessibili e politiche abitative insufficienti** (FEANTSA, Country Profile - Slovenia, in <https://shorturl.at/IHuN4>). Una parte significativa della popolazione vive senza contratti regolari o in condizioni di sovraffollamento, mentre il **sistema di protezione sociale mostra difficoltà nel prevenire l'homelessness** e nel sostenere il reinserimento di persone in uscita da situazioni di detenzione o da istituzioni di cura.

Tenuto conto delle linee guida per la valutazione del Fondo di Beneficenza e del carattere annuale del finanziamento, il **presente report** intende offrire una restituzione articolata sullo sviluppo, l'implementazione e l'andamento della **seconda annualità progettuale (2025)**, sebbene lo stesso si ponga in continuità con quello precedente (2024), fornendo quindi una **visione complessiva dell'impatto sociale generato nel biennio** (si veda nello specifico la sezione dedicata).

Il documento presenta e analizza i principali risultati emersi da:

- **schede di monitoraggio** alimentate dai team di progetto,
- **incontro laboratoriale** svolto in presenza, che ha coinvolto attivamente le tre organizzazioni partner,
- **questionari qualitativi** somministrati alle persone senza dimora e ai professionisti impegnati nelle attività.

Attraverso l'integrazione di dati quantitativi e qualitativi, il report mira a **evidenziare i progressi raggiunti, le criticità riscontrate e gli elementi di apprendimento utili a orientare il consolidamento e l'ulteriore sviluppo degli interventi futuri**. Inoltre, include una selezione di informazioni e analisi già contenute nel report precedente.

Tale scelta risponde all'esigenza di offrire una visione d'insieme completa e coerente del progetto e delle attività svolte, consentendo al lettore di disporre di un quadro di riferimento unitario e contestualizzato. Il richiamo a parte del materiale già presentato non ha carattere meramente ripetitivo, ma è finalizzato a fornire una base informativa condivisa, utile a comprendere l'evoluzione degli interventi, la continuità delle azioni e il contesto all'interno del quale si collocano i nuovi contenuti relativi all'annualità in esame.

Qualora si rendesse necessario un **ulteriore approfondimento di specifici aspetti già trattati**, si rimanda alla **consultazione del report antecedente**, che contiene una trattazione più dettagliata di tali elementi.

**Pertanto, alla luce dei quadri nazionali presentati e vista l'importanza e la portata del progetto e gli obiettivi che esso si pone, si è resa necessaria un'attività di valutazione volta a mettere in evidenza, da un lato le attività svolte e le persone coinvolte attraverso la valorizzazione dei dati e delle informazioni e, dall'altro, lo sviluppo di riflessioni sulla capacità del progetto di raggiungere gli obiettivi di esito sui beneficiari e sull'impatto che quest'ultimo genera nei confronti della comunità. La valutazione realizzata ha permesso di mettere in evidenza i punti di forza e le barriere del progetto per attivare strategie di miglioramento, utili all'implementazione delle future attività dell'Associazione e dei Partner.**

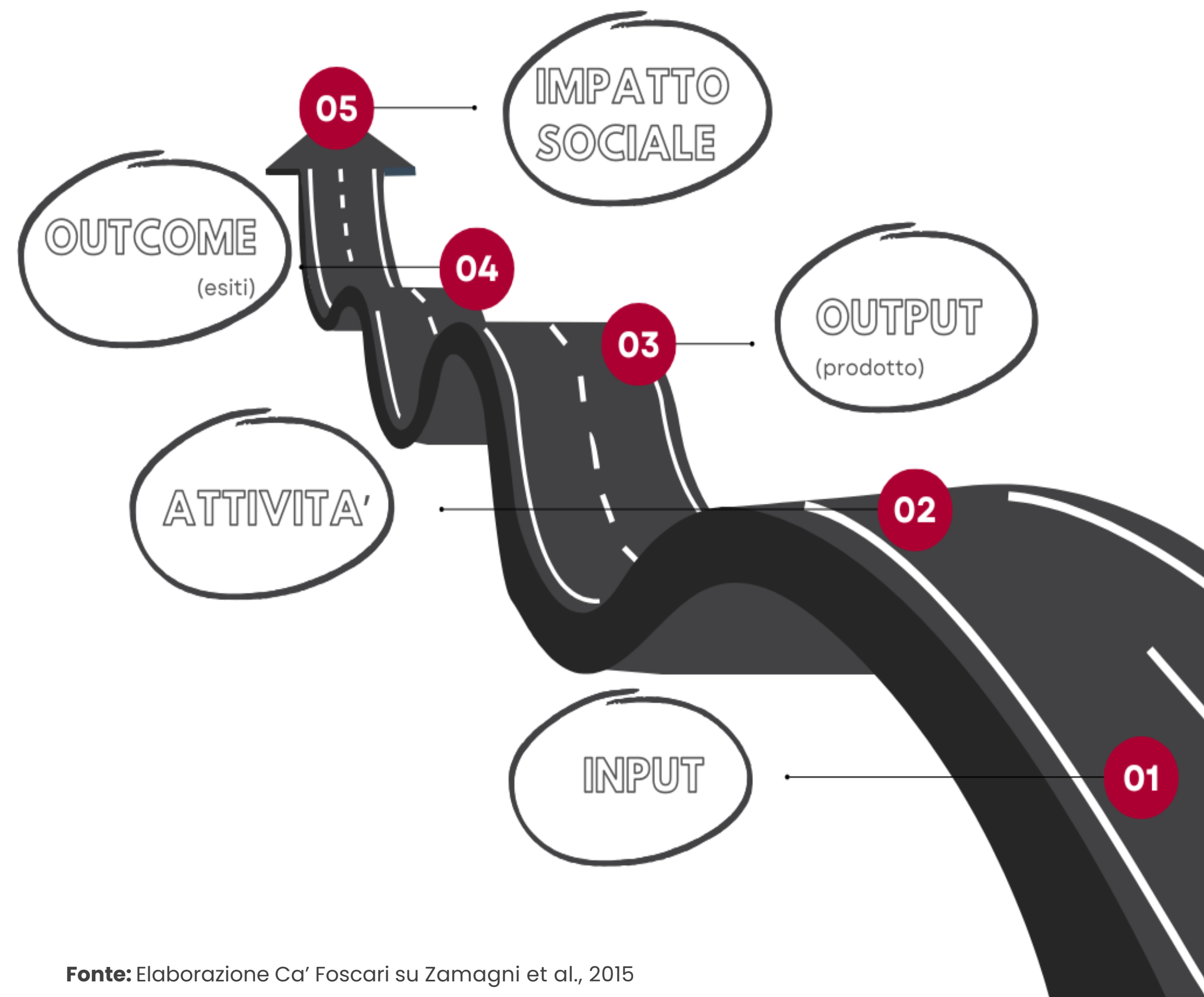
## 2. Metodologia

La **valutazione di un progetto** rappresenta un **elemento di fondamentale** importanza perché consente di **verificare l'effettiva capacità di raggiungimento degli obiettivi** dichiarati in sede progettuale. L'organizzazione che attraverso il proprio operato si prefigge di generare un impatto, al fine di comprendere il processo che porta a ciò, deve identificare un **framework logico** in grado di spiegare il processo che porterà al cambiamento desiderato, identificabile nella **catena del valore dell'impatto sociale**. Si tratta di una concatenazione logica delle varie condizioni necessarie al raggiungimento dell'impatto sociale. Attraverso questa catena è possibile identificare il processo che porta alla definizione e generazione degli impatti sociali. Si parte dalla definizione degli input, delle attività e degli output per poi arrivare agli outcome e all'impatto. Attraverso le attività e gli output vengono misurate le performance mentre grazie agli outcome e all'impatto viene misurato l'impatto generale (GECES, 2014; Hehenberger et al., 2015; OECD, 2015; Zamagni et al., 2015).

L'attenzione è posta sulla valutazione:

- [delle performance \(attività e prodotti\)](#)
- [degli impatti del progetto \(esiti e impatto sociale\)](#)

raccogliendo, da un lato, informazioni sul grado di realizzazione di quanto progettato e sulla capacità di aggancio dei destinatari e, dall'altro, sui cambiamenti prodotti in termini di risultati raggiunti in relazione ai beneficiari delle attività della comunità più ampia di riferimento.



Fonte: Elaborazione Ca' Foscari su Zamagni et al., 2015

Il processo valutativo, in coerenza con la **letteratura scientifica di riferimento** e con quanto previsto dal documento **“Riferimenti per la Valutazione d’impatto” del Fondo di Beneficenza**, si basa sull’utilizzo di metodologie e strumenti validati per la valutazione di progetti a impatto sociale.

Grazie alle evidenze qualitative e quantitative raccolte nella fase di **monitoraggio in itinere**, le stesse sono state analizzate e ricondotte a specifiche dimensioni di osservazione, da noi definite **Dimensioni del monitoraggio (D.)**, utili a descrivere e comprendere l’andamento delle attività e i principali **output** prodotti:

- D.1 PERCORSO DEGLI UTENTI | **Caratteristiche principali**
- D.2 PERCORSO DEGLI UTENTI | **Accesso ai servizi**
- D.3 PERCORSO DEGLI UTENTI | **Presa in carico**
- D.4 PERCORSO DEGLI UTENTI | **Giornata tipo**

Con riferimento alle prime 4 dimensioni, è stata elaborata una sintesi dei risultati emersi nella precedente annualità, integrata con i dati ulteriori raccolti nel periodo di monitoraggio in corso. Per una descrizione estesa delle dimensioni individuate si rimanda al report di valutazione dello scorso anno.

I **dati** raccolti con i diversi strumenti sono stati **analizzati mantenendo separate le due organizzazioni**, al fine di valutare distintamente i rispettivi contesti, garantendo al contempo un’indagine basata sulle medesime variabili, tale da consentire riflessioni comuni sull’impatto complessivo del progetto.

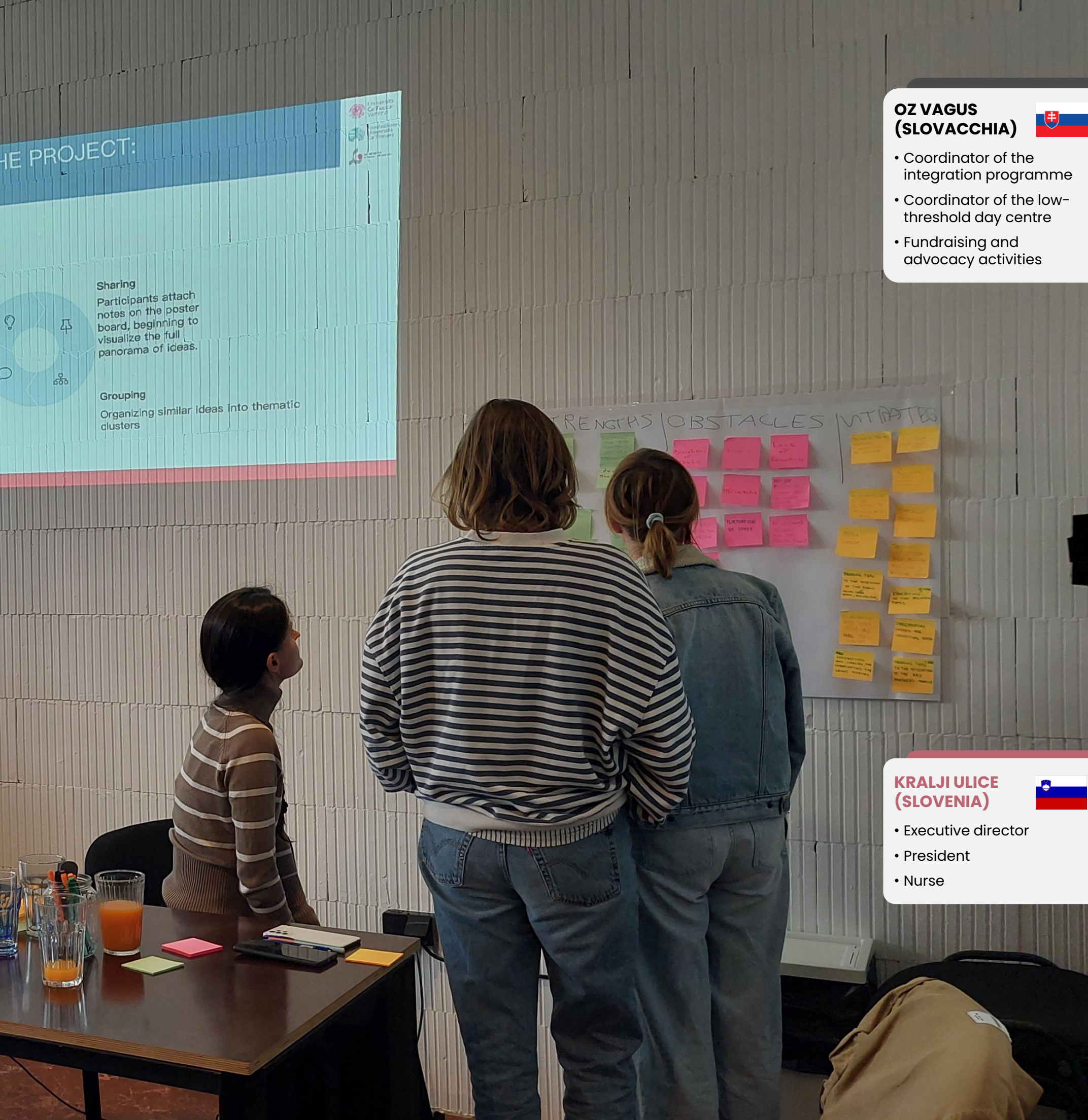
La **successiva fase del processo valutativo** ha invece avuto l’obiettivo di osservare i cambiamenti generati dal progetto in termini di **outcome (esiti)** e di **impatto sociale**, adottando una **prospettiva di medio-lungo periodo**.

A tal fine, le evidenze emerse dalle interviste, dall’incontro laboratoriale e dai questionari somministrati sono state analizzate e mappate all’interno di specifiche **Dimensioni del cambiamento (D.)**, funzionali all’osservazione dei cambiamenti attribuibili al progetto in relazione alle aspettative iniziali.

Qui le dimensioni individuate sono:

- D.1 **L’impatto percepito dagli utenti**
- D.2 **L’impatto percepito dagli operatori**
- D.3 **Barriere da superare e potenziamenti necessari**
- D.4 **Continuità e sostenibilità per il mantenimento dell’impatto del progetto nel lungo termine**

Con riferimento a tali dimensioni, è stata elaborata una sintesi dei risultati emersi nella precedente annualità, integrata con i dati ulteriori raccolti nel periodo di monitoraggio in corso.



**OZ VAGUS (SLOVACCHIA)**

- Coordinator of the integration programme
- Coordinator of the low-threshold day centre
- Fundraising and advocacy activities

**KRALJI ULICE (SLOVENIA)**

- Executive director
- President
- Nurse

In sintesi, gli elementi valorizzati all'interno del presente report sono quindi esito dell'utilizzo di:

- **strumenti di monitoraggio già implementati e validati dall'Associazione con il supporto del Centro GSI di Ca' Foscari, attraverso il coinvolgimento attivo dei Partner**

➤ *financial report, narrative report, data collection;*

- **strumenti di rilevazione sviluppati *ad hoc* per il progetto (Corbetta, P., 2015)**

Soggetti intervistati

➤ **Interviste semi-strutturate di gruppo (1<sup>a</sup> annualità):** indirizzate ai referenti di progetto dei due partner territoriali coinvolti e finalizzate alla rilevazione del contesto di intervento e dell'impatto generato dal progetto, includendo l'analisi di obiettivi non raggiunti e di risultati inattesi emersi nel corso dell'attuazione.

➤ **Incontro laboratoriale in presenza (2<sup>a</sup> annualità):** realizzazione di due giornate di lavoro con i partner di progetto, finalizzate alla raccolta di stimoli e riflessioni su temi rilevanti per il progetto, con particolare attenzione alla valutazione dell'impatto complessivo degli interventi realizzati e alle strategie per garantire la sostenibilità e la continuità del progetto nel medio-lungo periodo. Le attività si sono svolte attraverso **metodologie partecipative**, quali focus group e metaplan.

➤ **Somministrazione di questionari ad hoc sia ai professionisti che agli utenti (2<sup>a</sup> annualità):** predisposizione di due questionari distinti, uno rivolto ai professionisti per rilevare percezioni, valutazioni e impatto del progetto, e uno destinato ai beneficiari (Nota metodologica – pag. 10) per raccogliere dati socio-demografici, feedback sui servizi utilizzati e sull'impatto percepito.

## IL QUESTIONARIO PER BRIDGES OF CHANGE: NOTA METODOLOGICA

Il **questionario** rivolto ai **beneficiari** è stato predisposto *ad hoc* dal Centro GSI di Ca' Foscari e validato dall'Associazione al fine di misurare l'impatto del progetto *Bridges of Change*. In particolare, il questionario mira a indagare se il supporto fornito da Kralji ulice (Slovenia) e OZ Vagus (Slovacchia) sia stato percepito come utile e, più in generale, l'**impatto** percepito dagli utenti a seguito della fruizione dei servizi implementati attraverso il progetto.

Per la predisposizione del questionario è stata svolta inizialmente una ricerca tramite piattaforme scientifiche, al fine di esaminare dei questionari che riguardassero lo stato di salute delle persone, tenendo però conto di diverse dimensioni della salute e del benessere e facendo attenzione che fossero adeguati a essere somministrati a delle popolazioni in condizioni di marginalità sociale. A seguito della lettura di alcuni questionari, si è deciso di utilizzare come riferimento - sia per quanto riguarda i temi che le domande poste - il questionario **"WHOQOL-BREF"**, elaborato dall'**Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS)**, che è finalizzato a valutare la qualità della vita degli individui.

Il questionario WHOQOL-BREF dell'OMS è stato riadattato, modificandone in maniera significativa le sezioni e le relative domande, al fine di renderlo adeguato al focus del progetto *Bridges of change*, includendo domande riguardanti sia alcuni aspetti prettamente sanitari che vari ambiti di natura sociale. Pertanto, il questionario dell'OMS è stato utilizzato esclusivamente come punto di partenza per la progettazione di un questionario *ad hoc*.



Il questionario OMS originale, insieme alle linee guida per la compilazione e l'analisi delle risposte, è disponibile cliccando a questo link: <http://bit.ly/49KElr1>

Le risposte sono state raccolte in forma anonima, i dati sono stati conservati in modo riservato e utilizzati unicamente per le finalità di ricerca nell'ambito del progetto. Inoltre, il questionario è stato predisposto in lingua inglese, somministrato in sloveno e in slovacco - con il supporto degli operatori *in loco* - e le risposte sono state tradotte in italiano ai fini della presente analisi.

Il questionario è composto da **due sezioni**: la prima ("**About you**") riguarda le **informazioni socio-demografiche** (pag. 26-28; 31-33), che possono costituire una base di riferimento per l'analisi delle caratteristiche della popolazione considerata al di là del perimetro del progetto. La seconda ("**Impact of the project**"), invece, riguarda i **tipi di supporto** di cui i beneficiari hanno usufruito e l'**auto-percezione** di come è cambiata la loro vita da quando sono entrati in contatto con le organizzazioni (pag. 36-58). Inoltre, alla fine della seconda sezione è stato messo a disposizione uno spazio per eventuali suggerimenti e/o proposte di miglioramento, le cui risposte sono elencate in Appendice (pp. 89-90).

Per quanto riguarda le risposte, sono state registrate **38 risposte** da parte dei beneficiari di **Oz Vagus** e **55** da parte dei beneficiari di **Kralji ulice**. È opportuno precisare che, alla luce delle adesioni registrate, i due campioni non possono essere considerati rappresentativi dell'intera popolazione di beneficiari accolti dalle due organizzazioni. **L'interpretazione dei dati raccolti deve tuttavia tenere conto delle specifiche criticità legate alla somministrazione di questionari a persone senza dimora**. Nonostante tali limitazioni, i dati disponibili restituiscono un quadro significativo delle attività realizzate nell'ambito del progetto *Bridges of Change* e del relativo impatto sociale.



## 3. RISULTATI

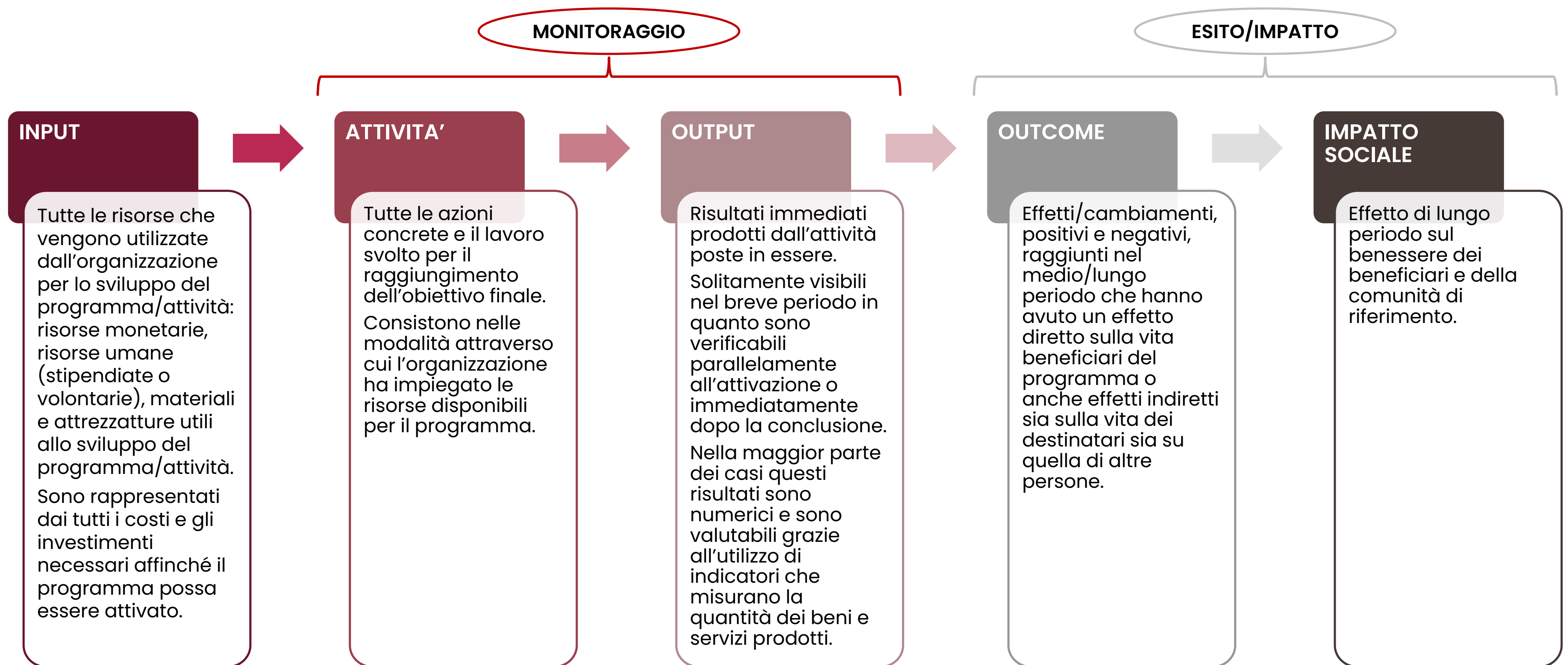
3.1 LA CATENA DEL VALORE DELL'IMPATTO SOCIALE

3.2 INPUT, ATTIVITÀ E OUTPUT

3.3 MONITORAGGIO: Attività e Output | OUTPUT  
CONSEGUITI

3.4 MONITORAGGIO: Attività e Output | LE DIMENSIONI  
DEL MONITORAGGIO

### 3.1. La catena del valore dell'Impatto Sociale



Fonte: Minto (2023).

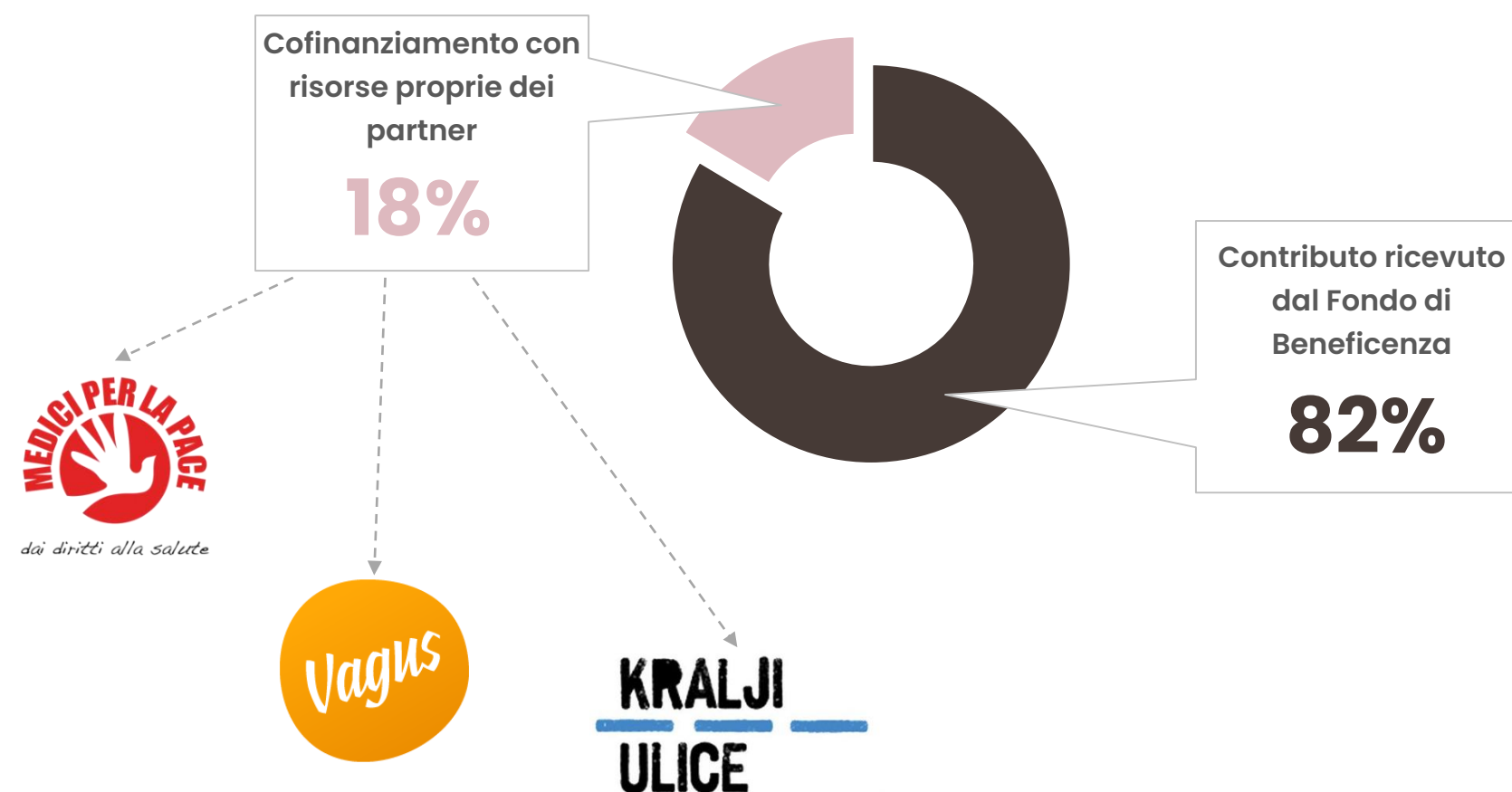
## 3.2. Input, attività e output

Gli **input** sono tutte quelle risorse di diversa natura (denaro, competenze e tempo di individui e organizzazioni, edifici e altri beni fissi come macchinari) impiegate nelle attività, ovvero il lavoro intrapreso utilizzando le risorse con lo scopo di fornire il risultato desiderato (GECES, 2015; Zamagni et al., 2015).

Le **risorse complessive** a disposizione del progetto ammontano a:

 **202.057 €**

così **composte**:



Le **attività** sono tutte le azioni concrete, i compiti e il lavoro svolto dall'organizzazione per la realizzazione del progetto. Rappresentano quindi le modalità attraverso cui l'organizzazione ha impiegato risorse e investimenti, per creare cambiamenti – generalmente miglioramenti – nella vita dei beneficiari.

Gli **output** sono prodotti, beni capitali e servizi risultanti da un intervento, ovvero, i risultati immediati delle attività svolte dall'organizzazione. Gli output sono quindi i risultati che l'ente ottiene nel breve periodo, i cui effetti sono direttamente controllabili e sotto la responsabilità dell'organizzazione stessa (OECD, 1991; GECES, 2015; Zamagni et al., 2015).

### Attività in ambito sanitario:

- A.1: Dotazione delle infermerie di comunità presso i due Centri diurni
- A.2: Dotazione organica delle infermerie di comunità
- A.3: Sportello di ascolto psicologico

### Attività in ambito sociale:

- B.1: Programma di accompagnamento e riabilitazione per le persone senza dimora
- B.2: Crisis Flats (Bratislava)

### Attività trasversali:

- C.1: Formazione interna del personale del partenariato
- C.2: Confronto e condivisione di best practice
- C.3: Dialogo con i policy-maker

## 3.3 MONITORAGGIO: Attività e Output | OUTPUT CONSEGUITI

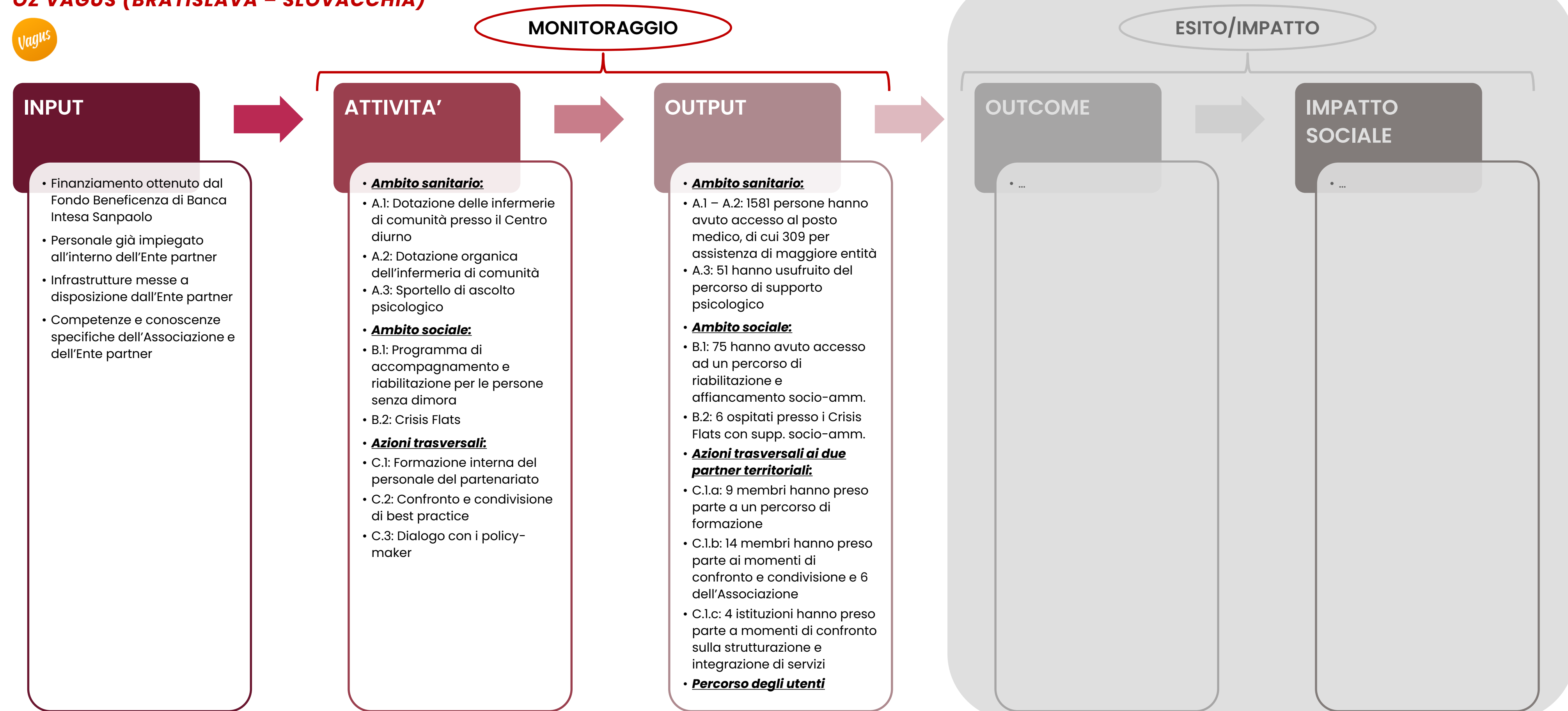
## BRIDGES OF CHANGE (2025) – OUTPUT CONSEGUITI

SLOVACCHIA	TOTALE RAGGIUNTI	VALORE ATTESO	Δ	SLOVENIA	TOTALE RAGGIUNTI	VALORE ATTESO	Δ
<b>Indicatore Risultato Atteso A.1.b (SK):</b> 1134 persone senza dimora e/o in condizione di grave marginalità hanno avuto la possibilità di accedere al posto medico di Bratislava.	1581	1134	447	<b>Indicatore Risultato Atteso A.1.b (SI):</b> 750 persone senza dimora e/o in condizione di grave marginalità hanno avuto la possibilità di accedere al posto medico di Ljubljana.	761	750	11
Tra esse, almeno 120 hanno ricevuto assistenza di maggiore entità	309	120	189	Tra esse, almeno 180 hanno ricevuto assistenza di maggiore entità	175	180	-5
<b>Indicatore Risultato Atteso A.1.c (SK):</b> 150 persone senza dimora e/o in condizione di grave marginalità hanno effettuato accessi per accertamenti e approfondimenti diagnostici a Bratislava	151	150	1				
<b>Indicatore Risultato Atteso A.2 (SK):</b> Il posto medico è regolarmente presidiato da almeno un operatore sanitario	ok	ok	ok	<b>Indicatore Risultato Atteso A.2 (SI):</b> Il posto medico è regolarmente presidiato da almeno un operatore sanitario	ok	ok	ok
<b>Indicatore Risultato Atteso A.3 (SK):</b> almeno 57 persone senza dimora e/o in condizione di grave marginalità hanno avuto accesso ad un percorso di supporto psicologico a Bratislava.	51	57	-6	<b>Indicatore Risultato Atteso A.3 (SI):</b> Almeno 130 persone senza dimora e/o in condizione di grave marginalità hanno avuto accesso ad un percorso di supporto psico-sociale a Ljubljana	163	130	33
<b>Indicatore Risultato Atteso B.1 (SK):</b> Almeno 75 persone senza dimora e in condizione di grave marginalità hanno avuto accesso ad un percorso di riabilitazione e affiancamento socio-amministrativo a Bratislava	75	75	0	<b>Indicatore Risultato Atteso B.1 (SI):</b> Almeno 150 persone senza dimora e in condizione di grave marginalità hanno avuto accesso ad un percorso di riabilitazione e affiancamento socio-amministrativo a Ljubljana	149	150	-1
<b>Indicatore Risultato Atteso B.2:</b> almeno 6 persone in condizione di difficoltà urgente sono state ospitate presso i Crisis Flats e hanno ricevuto supporto socio-amministrativo	6	6	0				
<b>SLOVACCHIA E SLOVENIA (RISULTATI COMPLESSIVI)</b>							
<b>Indicatore Risultato Atteso C.1.a (SK e SI):</b> almeno 8 operatori dei partner di progetto hanno preso parte a incontri di formazione interna	9	8	1				
<b>Indicatore Risultato Atteso C.1.b (SK e SI):</b> almeno 10 operatori dei partner di progetto hanno preso parte ad incontri di scambio di best practice	14	10	4				
<b>Indicatore Risultato Atteso C.1.c (SK e SI):</b> almeno due Enti e/o Istituzioni hanno preso parte a momenti di confronto sulla strutturazione e integrazione di servizi	4	2	2				

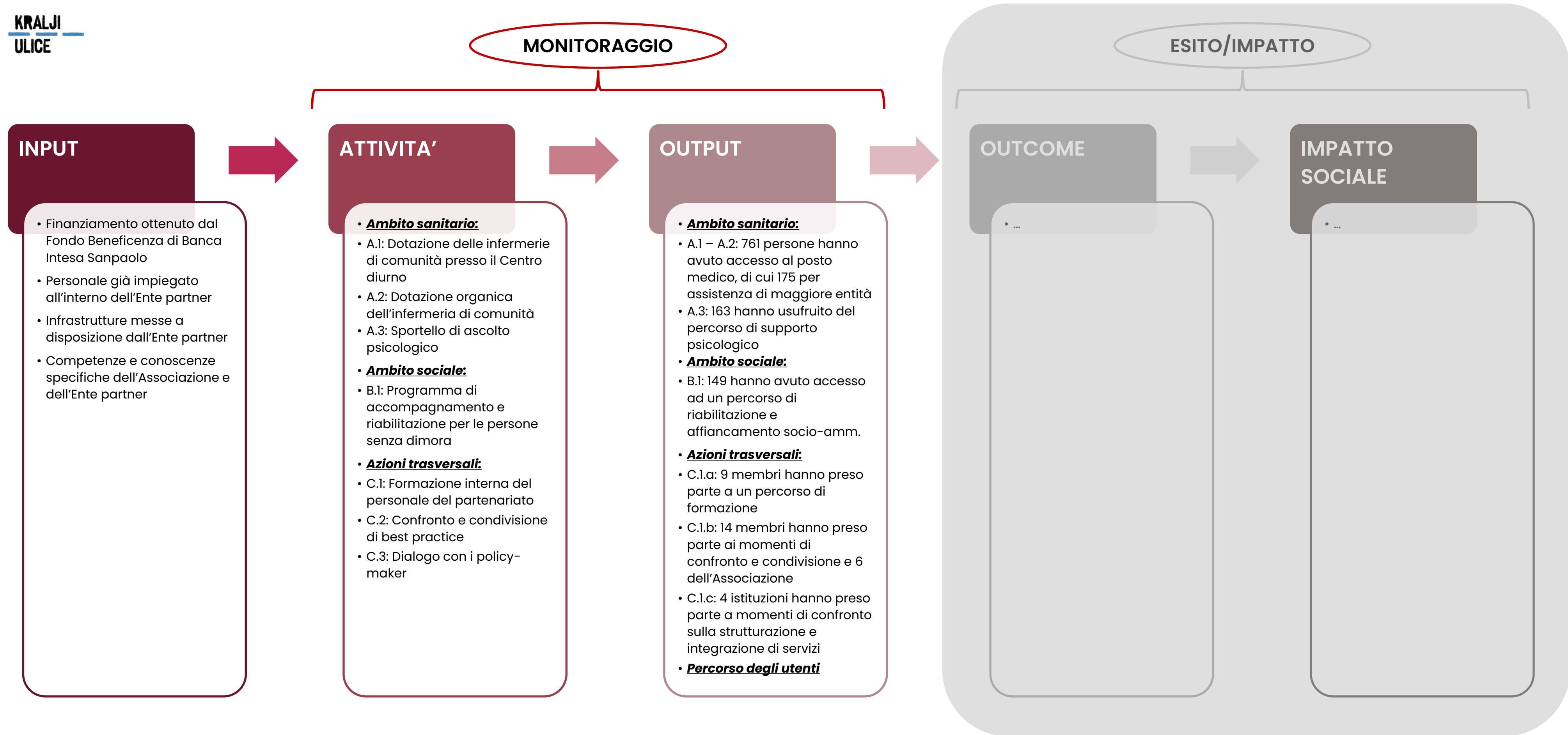
\* Nb: vanno aggiunti anche 6 operatori di Medici per la Pace che hanno partecipato alle attività di scambio online e in loco nel corso dell'anno.

# La catena del valore dell'Impatto Sociale di "Bridges of Change" | Input, attività e output

**OZ VAGUS (BRATISLAVA – SLOVACCHIA)**



**KRALJI ULICE (LUBIANA – SLOVENIA)**



## BRIDGES OF CHANGE (2025) | OUTPUT CONSEGUITI

Complessivamente in **Slovacchia** sono state seguite:



**Supporto sanitario  
per assistenza di  
maggiore entità**

**309**

persone

Di queste, circa il **73%** sono **uomini** e il **27%** **donne**.

Per quanto concerne l'età, circa il **14%** era **under 30**, il **21%** si colloca nella fascia **30-39**, il **29%** in quella **40-49**, il **23%** in quella **50-59** e il restante **13%** in quella **over 60**, di cui il 3% over 70.



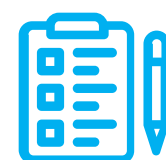
**Supporto  
psicologico**

**51**

persone

Di queste, circa il **69%** sono **uomini** e il **31%** **donne**.

Per quanto concerne l'età, di questi circa il **25%** è **under 40**, il **29%** si colloca nella fascia **40-49**, il **26%** in quella **50-59** e il restante **20%** in quella **over 60**, di cui l'8% over 70.



**Supporto  
socio-amministrativo**

**75**

persone

Di queste, circa il **68%** sono **uomini** e il **32%** **donne**.

Per quanto concerne l'età, di questi circa il **12%** è **under 40**, il **20%** si colloca nella fascia **40-49**, il **32%** in quella **50-59**, il restante **24%** in quella **over 60**, di cui l'11% over 70.

Complessivamente in **Slovenia** sono state seguite:



**Supporto sanitario  
per assistenza di  
maggiore entità**

**175**

persone

Di queste, circa il **74%** sono **uomini** e il **26%** **donne**.

Per quanto concerne l'età, circa il **18%** è **under 40**, il **39%** si colloca nella fascia **40-49**, il **21%** in quella **50-59** e il restante **21%** in quella **over 60**.



**Supporto  
psicologico**

**163**

persone

Di queste, circa il **79%** sono **uomini** e il **21%** **donne**.

Per quanto concerne l'età, di questi circa il **7%** è **under 30**, il **22%** si colloca nella fascia **30-39**, il **39%** in quella **40-49**, il **21%** in quella **50-59** e il restante **10%** in quella **over 60**.



**Supporto  
socio-amministrativo**

**149**

persone

Di queste, circa il **82%** sono **uomini** e il **18%** **donne**.

Per quanto concerne l'età, di questi circa il **7%** è **under 30**, il **17%** si colloca nella fascia **30-39**, il **39%** in quella **40-49**, il **21%** in quella **50-59** e il restante **15%** in quella **over 60**.





Totale accessi infermeria per assistenza di maggiore entità

1224

Nel **56%** dei casi, l'accesso è stato effettuato più di una volta da uno stesso utente

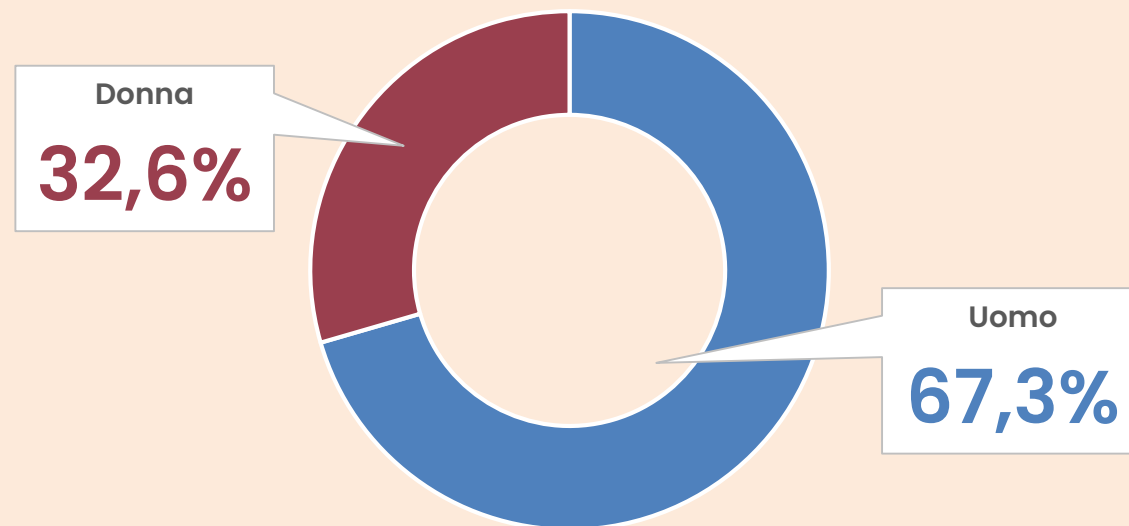
Totale accessi al percorso di supporto psicologico

56

Totale accessi al percorso di supporto socio-amministrativo

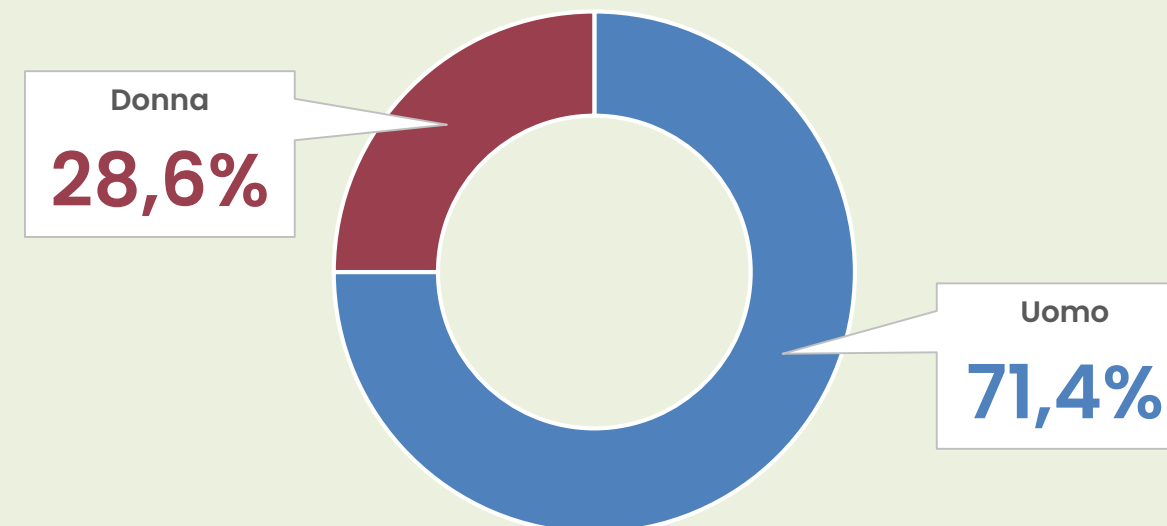
75

Distribuzione degli accessi all'infermeria\*\* per assistenza di maggiore entità per genere

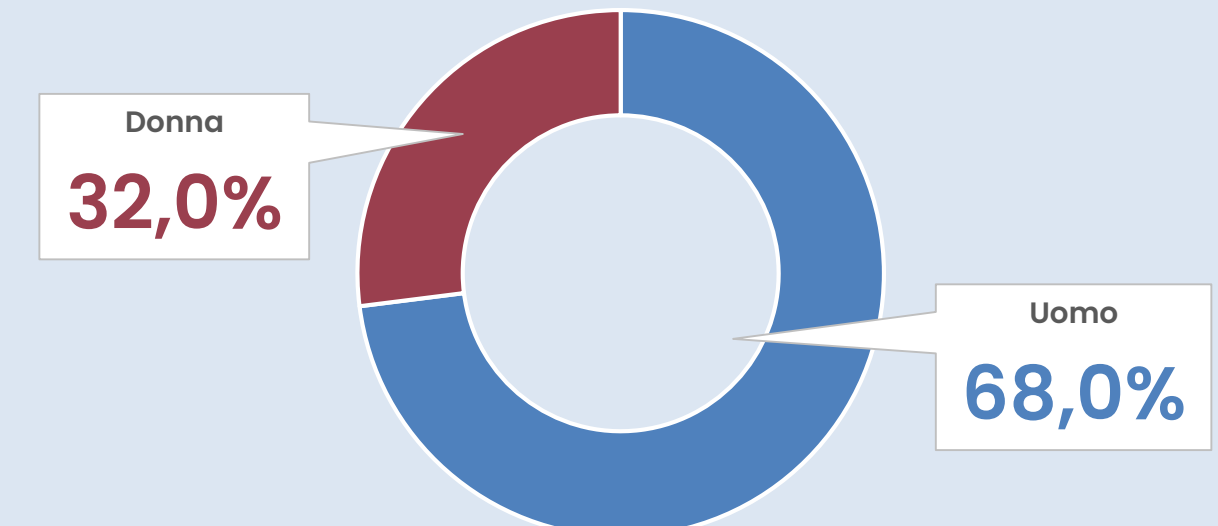


\* ND: 0,1%

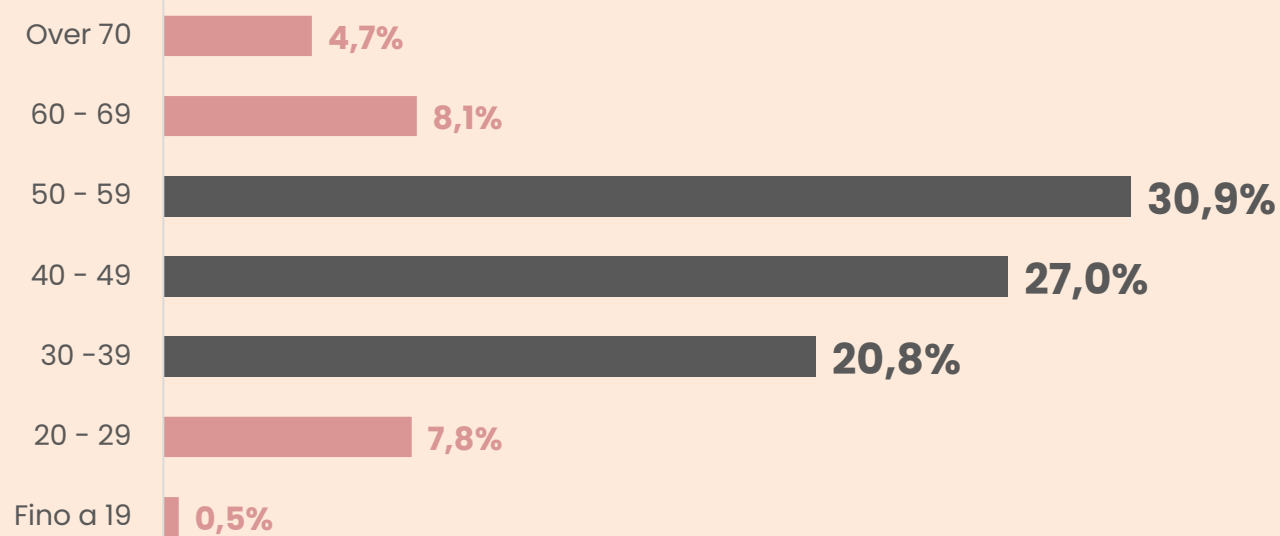
Distribuzione degli accessi al percorso di supporto psicologico per genere



Distribuzione degli accessi al percorso di supporto socio-amministrativo per genere

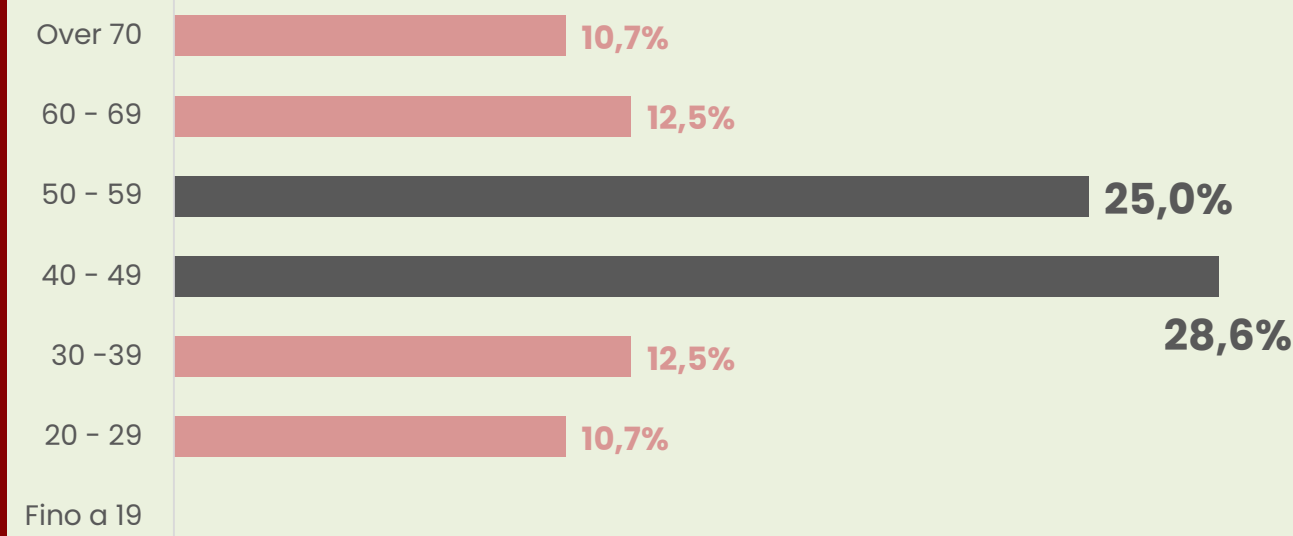


Distribuzione degli accessi all'infermeria per assistenza di maggiore entità per fasce di età

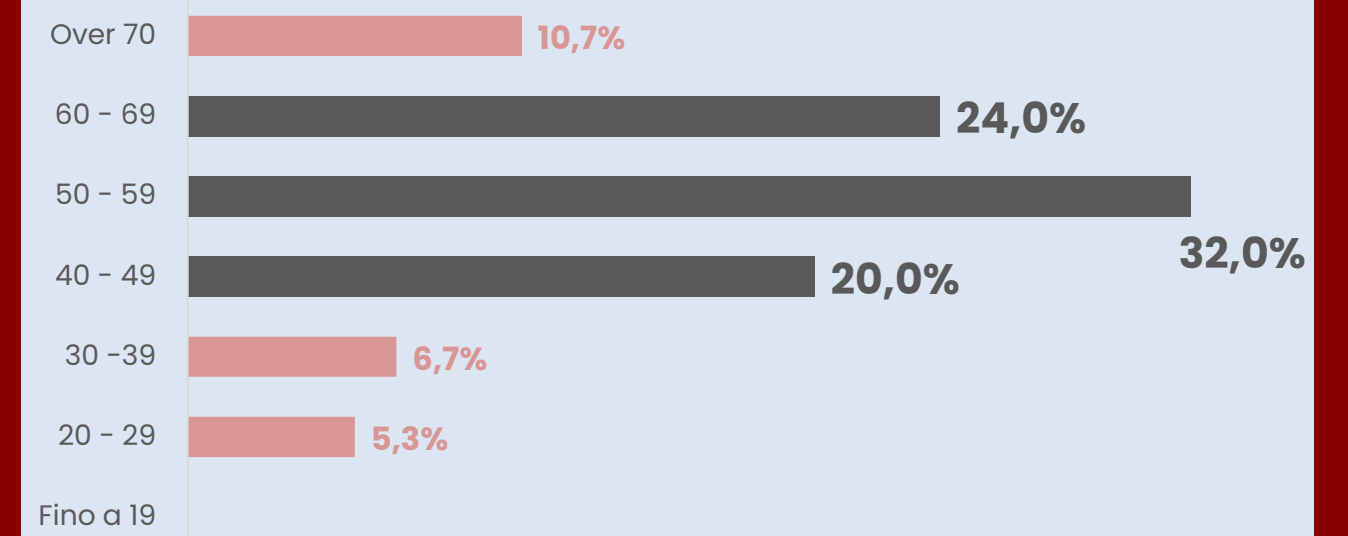


\* ND: 0,1%

Distribuzione degli accessi al percorso di supporto psicologico per fasce di età



Distribuzione degli accessi al percorso di supporto socio-amministrativo per fasce di età



\* ND: 1,3%

\*\* Con riferimento al supporto sanitario, i dati raccolti riguardano solo gli accessi per problematiche di maggiore entità, poiché la raccolta di tutti gli accessi sarebbe stata troppo onerosa rispetto alle risorse disponibili.



Totale accessi infermeria per assistenza di maggiore entità

**1719**

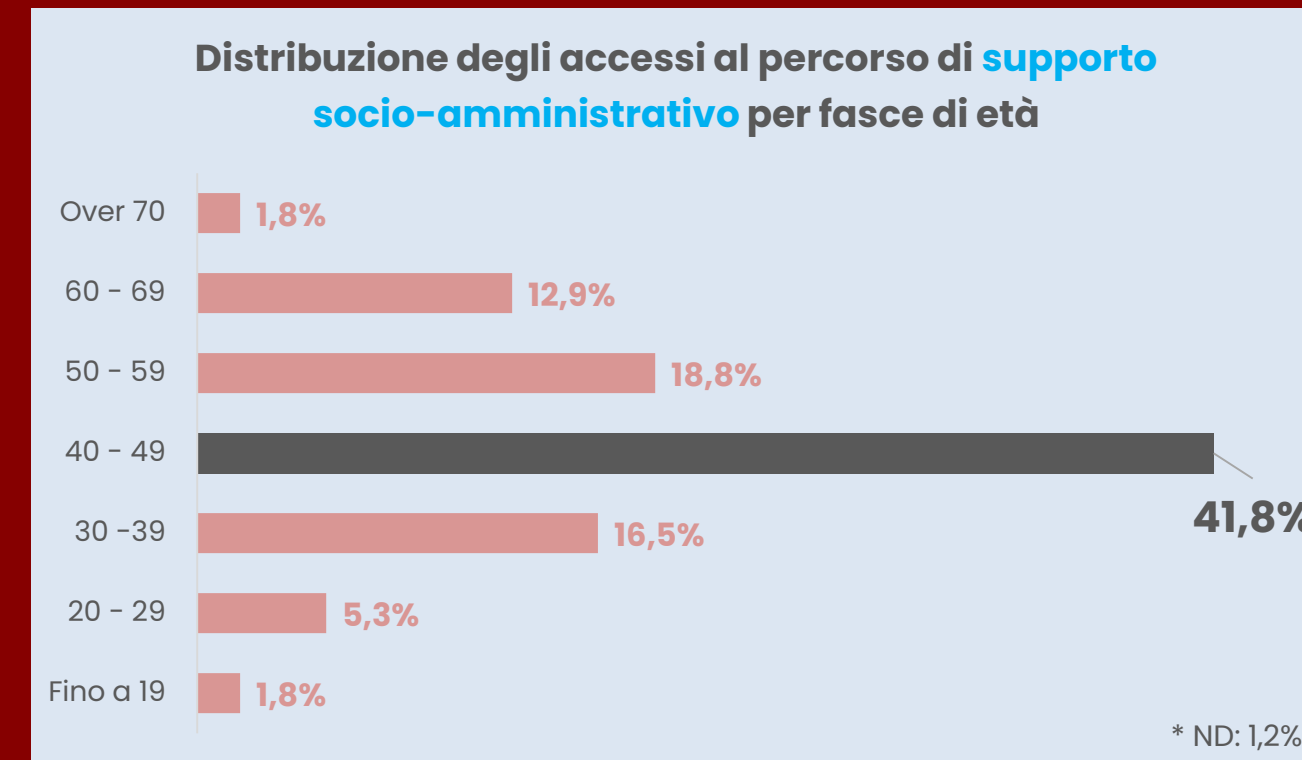
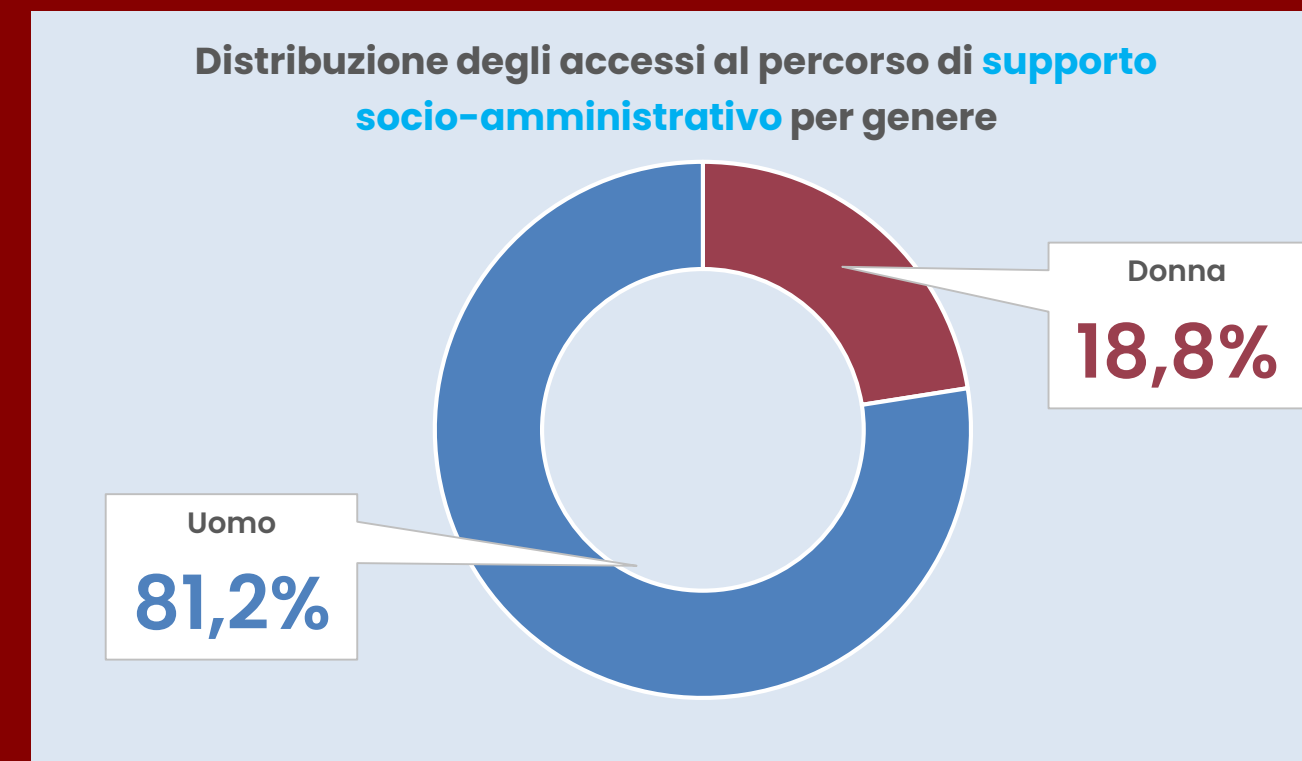
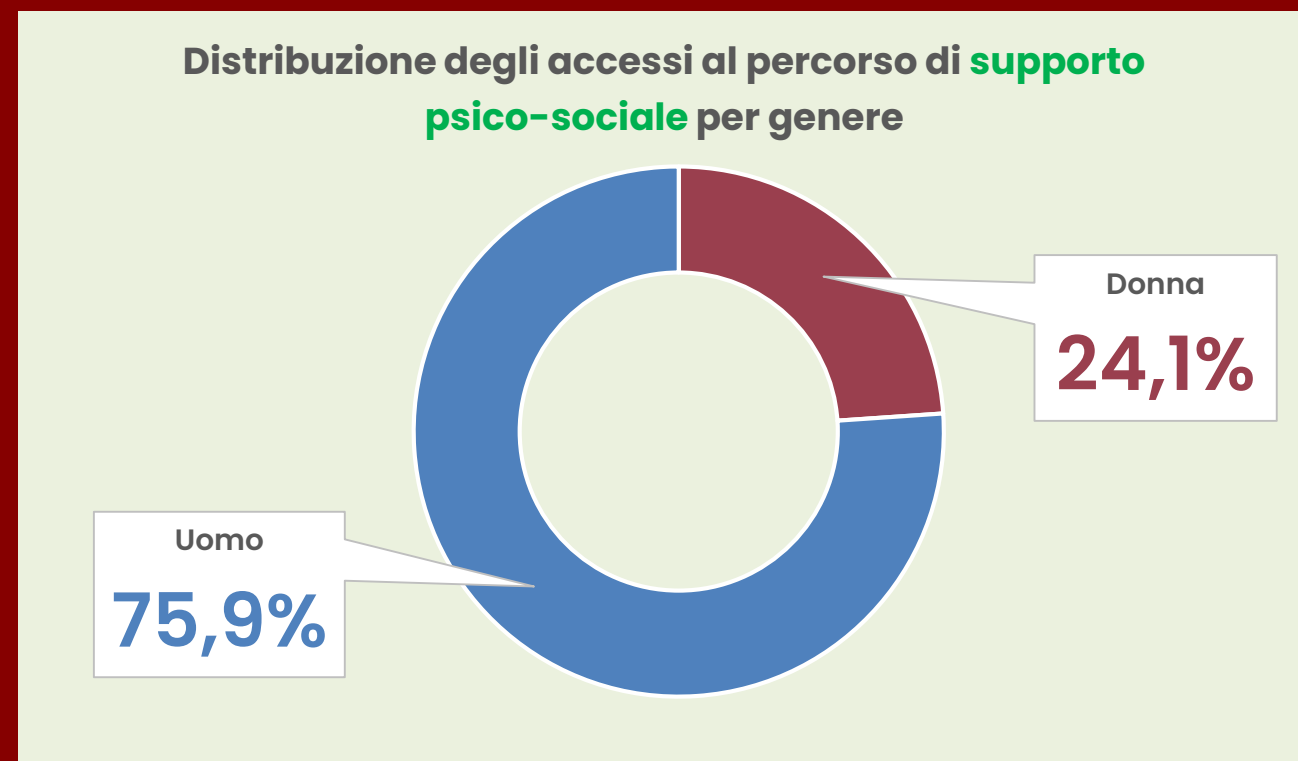
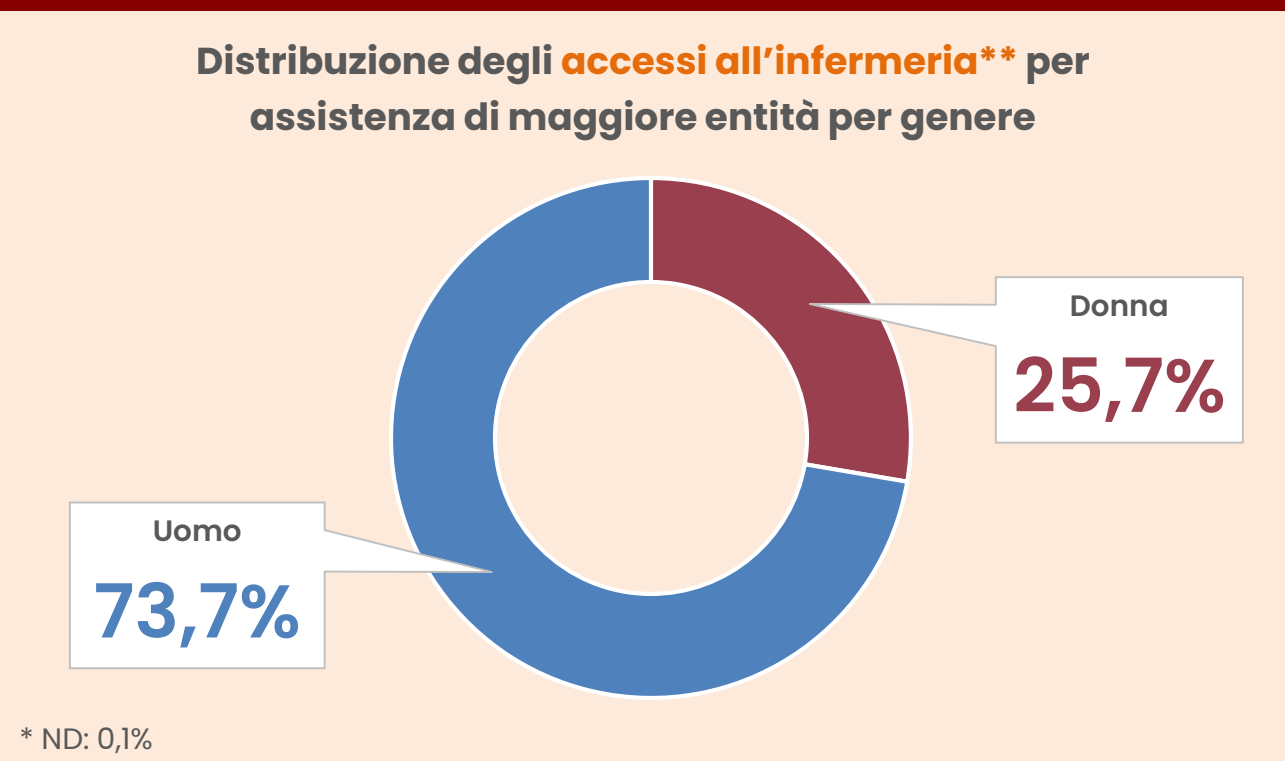
Nel **56%** dei casi, l'accesso è stato effettuato più di una volta da uno stesso utente

Totale accessi al percorso di supporto psico-sociale

**216**

Totale accessi al percorso di supporto socio-amministrativo

**170**



\*\* Con riferimento al supporto sanitario, i dati raccolti riguardano solo gli accessi per problematiche di maggiore entità, poiché la raccolta di tutti gli accessi sarebbe stata troppo onerosa rispetto alle risorse disponibili.

## BRIDGES OF CHANGE (2025) | OUTPUT COMPLESSIVI

### OZ VAGUS (Bratislava – Slovacchia)

Dall'analisi dei dati relativi al **supporto sanitario per interventi di maggiore complessità** emerge un'alta prevalenza di **problemi dermatologici**, tra cui ulcere da stasi venosa, eczema, psoriasi, nonché di infezioni e parassitosi cutanee, quali micosi, scabbia e ferite purulente. Frequenti sono anche i **disturbi muscolo-scheletrici** (dolori articolari, in particolare lombalgie), nonché **traumi, patologie respiratorie** (asma, bronchite) e **patologie cardiovascolari**, tra cui l'ipertensione arteriosa. **Problemi gastrointestinali** quali diarrea, reflusso esofageo, gastriti e ulcera duodenale, così come **disturbi legati a condizioni di vita precarie** (pediculosi, ipotermia), completano il quadro clinico. Per quanto riguarda la **salute mentale e neurologica**, sono stati registrati episodi di ansia, epilessia, crisi psicotiche e necessità di esami psichiatrici. La **richiesta di esami** è avvenuta nel **15% dei casi** e gli accertamenti più richiesti includono **visite specialistiche** da psichiatri, ortopedici, oculisti, neurologi, pneumologi, urologi e dentisti. Gli **esami diagnostici** più **frequenti**, invece, comprendono misurazioni della **pressione arteriosa, esami del sangue**, radiografie, densitometria ossea e gastroscopia. Le **vaccinazioni** più somministrate riguardano epatite, influenza, tetano e pneumococco. Le procedure infermieristiche più frequenti sono state medicazioni delle ferite, rimozione di punti, pulizia e disinfezione di ulcere cutanee, iniezioni intramuscolari e somministrazione di farmaci\*.

Per quanto concerne il **supporto psicologico**, esso è rivolto a un'utenza con quadri clinici complessi, caratterizzati da una **forte interdipendenza tra conflittualità familiare, tossicodipendenza e instabilità psichica**.

Emerge poi con particolare gravità l'incidenza del gioco d'azzardo patologico, spesso correlato a ideazioni suicide croniche e crisi depressive profonde. Una componente significativa degli accessi è legata alla **dipendenza da alcol**, trattata non solo come patologia isolata ma come ostacolo primario alla stabilizzazione dei ritmi di vita quotidiani.

Per quanto riguarda il **supporto socio-amministrativo**, il profilo dei beneficiari è caratterizzato da vulnerabilità multiple e fortemente interconnesse. La richiesta di **supporto per l'inserimento o il reinserimento lavorativo** emerge come uno dei bisogni più ricorrenti ed è frequentemente associata alla presenza di **problematiche di salute**, sia **fisica** sia, in una quota significativa di casi, **psicologica**. Parallelamente, la **questione abitativa** si conferma come un nodo critico e prioritario. A questi tre assi principali – lavoro, salute e casa – si affiancano in modo sistematico ulteriori **bisogni di natura amministrativa ed economica**. In particolare, emergono con chiarezza le difficoltà legate alla gestione e al ripianamento dei debiti, così come le criticità documentali (assenza di carte d'identità, permessi di soggiorno o certificazioni), che limitano o impediscono l'accesso a servizi, benefici e opportunità. Completano il quadro i bisogni di sostegno nella gestione delle **relazioni personali e familiari**, di orientamento nell'accesso ai benefici sociali e di supporto a un **utilizzo significativo del tempo libero**, elementi che contribuiscono in modo rilevante alla qualità della vita e al senso di inclusione sociale.

## BRIDGES OF CHANGE (2025) | OUTPUT COMPLESSIVI

### KRALJI ULICE (Lubiana – Slovenia)

L'analisi dei dati relativi al **supporto sanitario per interventi di maggiore complessità** restituisce un quadro clinico caratterizzato da patologie croniche, multifattoriali e spesso trascurate, riconducibili alle condizioni di vita precarie e a un accesso discontinuo ai servizi di cura. La patologia più frequente è costituita dalle **ulcere croniche degli arti inferiori**, frequentemente complicata da infezioni, insufficienza venosa e vene varicose; numerosi casi presentano comorbidità con l'**epatite C**. Si rilevano inoltre significative **problematiche dermatologiche** (scabbia, eczemi, etc.), cardiovascolari (scompenso cardiaco, edemi periferici) e un'elevata incidenza di **patologie odontoiatriche**. Inoltre, le **problematiche di salute mentale e le dipendenze** emergono come un ambito trasversale significativo, spesso associato alle condizioni croniche, con impatto sulla gestione delle malattie e sull'accesso ai trattamenti. Gli interventi più frequentemente erogati comprendono la **cura e la medicazione delle ferite**, l'applicazione di bendaggi compressivi, la somministrazione di integratori nutrizionali e terapie farmacologiche nonché **attività di promozione della salute**. Rilevanti sono anche la **richiesta di esami** - in almeno il **54% dei casi** - e l'accompagnamento a visite specialistiche (clinica di malattie infettive, medico di base, chirurgo vascolare e dentista) e il supporto psicosociale.

Anche le motivazioni che spingono alla richiesta di **supporto psicologico** sono di natura multidimensionale. La **dipendenza da sostanze** (in particolare l'uso endovenoso di cocaina e l'abuso di alcol) rimane una criticità centrale, spesso legata a fasi di ricaduta o alla gestione di percorsi di riabilitazione.

Parallelamente, emerge un grave quadro di compromissione del **benessere emotivo**, con diffuse manifestazioni di **depressione, ansia** legata al debito e un forte senso di **solitudine** acuito da lutti recenti o traumi pregressi legati al sistema di affidamento. Sul piano sociale, le dinamiche di **conflittualità familiare** e la rottura dei legami affettivi agiscono come catalizzatori della marginalità, mentre lo **stress** derivante dalla precarietà abitativa e dalle difficoltà di convivenza all'interno dei dormitori alimenta un **senso di alienazione**.

Con riferimento al **supporto socio-amministrativo**, la maggior parte degli interventi si concentra sulla **regolarizzazione documentale e amministrativa**, in particolare sul rilascio o rinnovo di carte d'identità, passaporti e sulla gestione della residenza permanente o temporanea. Un numero significativo di interventi riguarda inoltre **l'accesso alla protezione sociale ed economica**, attraverso il supporto nella compilazione di domande per il reddito minimo di sussistenza, sussidi una tantum, pensioni di invalidità e contributi all'alloggio presso i servizi sociali competenti. Un ulteriore ambito di intervento riguarda **l'attivazione o il rinnovo dell'assicurazione sanitaria** obbligatoria e l'orientamento all'interno del sistema sanitario, inclusi la prenotazione di visite e il contatto con i medici di base. Emergono con forza anche esigenze di **supporto legale e giudiziario**, spesso correlate a procedimenti in corso o a debiti pregressi, così come bisogni legati all'**inserimento lavorativo**, che comprendono la mediazione con i servizi per l'impiego, la redazione del curriculum vitae e la preparazione ai colloqui. Parallelamente, risulta rilevante il **sostegno per l'assegnazione di alloggi popolari** e l'accompagnamento verso rifugi e soluzioni abitative a lungo termine.

## 3.4 MONITORAGGIO: Attività e Output

### LE DIMENSIONI DEL MONITORAGGIO

D.1 PERCORSO DEGLI UTENTI | **Caratteristiche principali**

D.2 PERCORSO DEGLI UTENTI | **Accesso ai servizi**

D.3 PERCORSO DEGLI UTENTI | **Presenza in carico**

D.4 PERCORSO DEGLI UTENTI | **Giornata tipo**



**APPROFONDIMENTO: FOCUS SULLE CARATTERISTICHE DEGLI UTENTI**

## PERCORSO DEGLI UTENTI | *Esiti interviste semi-strutturate*

### OZ VAGUS (Bratislava – Slovacchia)

Le **caratteristiche principali (D.1)** che caratterizzano gli homeless assistiti dal centro diurno riguardano **condizioni di estrema vulnerabilità economica e sociale**. La maggior parte vive in povertà assoluta, senza un reddito stabile o con pensioni molto basse, insufficienti a coprire bisogni fondamentali come alimentazione, alloggio e cure sanitarie. Una criticità rilevante riguarda la salute mentale e le dipendenze: molti utenti soffrono di **disturbi psicologici** (depressione, ansia, disturbo post-traumatico da stress), spesso legati a esperienze di **abuso, violenza o traumi**, e l'**abuso di alcol e sostanze** è una problematica diffusa che aggrava la fragilità complessiva e ostacola l'accesso ai servizi.

Dal punto di vista socio-lavorativo, molti utenti sono in età lavorativa ma incontrano forti **difficoltà nel trovare e mantenere un'occupazione**. Pur possedendo competenze potenzialmente sviluppabili, gran parte di loro dipende ancora dal supporto economico e sociale dell'organizzazione. A livello socio-culturale, emerge una marcata **difficoltà di reinserimento nel tessuto sociale ed economico**, spesso aggravata dall'assenza di reti familiari o comunitarie e dalle difficoltà di accesso ai servizi di base. La complessità dei bisogni richiede pertanto un approccio multidisciplinare e integrato.

Una volta avviato il percorso presso il centro diurno, la persona diventa utente del servizio e può scegliere autonomamente quali prestazioni utilizzare.

L'**accesso (D.2)** iniziale avviene prevalentemente per bisogni primari, come cibo e vestiti; servizi più specialistici, come il supporto psicologico o l'assistenza infermieristica, vengono utilizzati in una fase successiva, quando si è instaurato un rapporto di fiducia. Gli utenti, infatti, non percepiscono il progetto come un sistema strutturato di servizi, ma tendono a reagire ai bisogni immediati quando colgono un'opportunità, come una visita medica o una prescrizione farmacologica.

L'accesso ai servizi avviene **sia direttamente sia tramite canali indiretti**, che richiedono inizialmente strategie comunicative più efficaci per garantire una corretta informazione sulle risorse disponibili, in particolare infermeria e supporto psicologico.

L'intercettazione degli utenti avviene attraverso **tre canali principali**: il **passaparola**, che si conferma uno strumento informale ma efficace; le **collaborazioni con altre organizzazioni sociali e assistenziali**; e l'utilizzo di **materiali informativi** (volantini e brochure) collocati nel centro e in luoghi frequentati da persone in condizioni di disagio.

Il **servizio di supporto psicologico** viene generalmente presentato dal personale del centro, ma spesso non è noto agli utenti al primo accesso, poiché l'interesse è legato ai bisogni individuali. Tale servizio è frequentemente integrato con altri interventi all'interno di un approccio multidisciplinare.

## PERCORSO DEGLI UTENTI | *Esiti interviste semi-strutturate*

### OZ VAGUS (Bratislava – Slovacchia)

L'efficacia del centro è rafforzata dalla **collaborazione con enti pubblici**, come il comune e i ministeri competenti, che permette di intercettare sia senza dimora cronici sia persone e famiglie a rischio di esclusione sociale, ad esempio a seguito di problemi di salute che hanno comportato la perdita di lavoro e abitazione. Questo approccio integrato consente di ampliare la platea dei beneficiari e di rispondere in modo adeguato alla complessità dei bisogni.

La **presa in carico (D.3)** degli utenti segue un **processo strutturato ma flessibile, concepito per rispondere in maniera personalizzata alle esigenze individuali**. Il primo contatto avviene tramite servizi di base (cibo, igiene personale, spazio sicuro), che soddisfano bisogni primari e permettono di costruire una **relazione di fiducia**. Successivamente, gli assistenti sociali effettuano una **mappatura approfondita dei bisogni**, considerando salute fisica e mentale, situazione economica e necessità abitative, **indirizzando gli utenti verso i servizi più adeguati**. L'intervento prevede **monitoraggio continuo e azioni mirate al reinserimento sociale e lavorativo**; nei casi più complessi viene attivato un lavoro multidisciplinare che coinvolge psicologi, medici e assistenti sociali.

Pur essendo l'ente attivo sul territorio da circa quindici anni, il **progetto Bridges of Change**, da cui **trae beneficio esclusivo circa un terzo degli utenti**, riveste un ruolo cruciale, soprattutto per l'erogazione del supporto psicologico, in un contesto caratterizzato dalla scarsità di alternative.

In una sua **giornata tipo (D.4)**, il centro gestisce un **flusso giornaliero** di utenti che varia **tra 100 e 130 persone**, con una **media di 103 presenze** giornaliere, organizzando le attività in **turni mattutini e pomeridiani**. Ogni mese vengono accolti 10-20 nuovi senza dimora e, complessivamente, il centro lavora con oltre 1.500 persone all'anno. Il **personale medico** eroga assistenza sanitaria di base, effettuando **12-15 visite mediche al giorno**, mentre gli **infermieri** gestiscono **medicazioni, somministrazione di farmaci e urgenze**. Gli **assistenti sociali** svolgono in **media 4 consulenze individuali quotidiane**, oltre a numerosi contatti telefonici; lo **psicologo** incontra **3-4 utenti al giorno**, con interventi di crisi che possono richiedere tempi più lunghi. Le priorità sono determinate dall'urgenza dei bisogni e dalla disponibilità del personale.

Le **giornate lavorative** risultano spesso **molto intense**, a causa sia del numero di utenti seguiti sia della complessità delle situazioni affrontate. Tuttavia, grazie all'adozione di un **sistema elettronico interno per la gestione dei dati**, l'organizzazione è in grado di monitorare con precisione l'evoluzione delle esigenze dei suoi utenti.

Parallelamente, il **programma di lavoro di strada** dell'organizzazione entra in contatto con oltre **600 persone all'anno**, molte delle quali accedono anche al centro diurno.

## FOCUS CARATTERISTICHE DEGLI UTENTI | Evidenze socio-demografiche del questionario ai beneficiari

### OZ VAGUS (Bratislava – Slovacchia)

In questa sezione<sup>1</sup> sono delineate alcune caratteristiche socio-demografiche dei beneficiari di OZ Vagus.

Per quanto concerne il **genere** (Grafico App. 1), i beneficiari di OZ Vagus sono prevalentemente **uomini (76,3%)**, contro il **23,7% di donne**. Il fatto che la maggior parte dei beneficiari sia di genere maschile può essere dovuto al fatto che, come dichiarato dagli operatori nel corso delle interviste condotte nel 2024, molte donne riescono a trovare supporto attraverso delle modalità alternative a quelle proposte da OZ Vagus.

Per quanto riguarda l'**età** dei beneficiari (Grafico App. 2), circa la metà (**47,4%**) ha meno di 50 anni, mentre la percentuale più alta (26,3%) ha tra i 50 e i 59 anni. Il restante 26,3% ha tra i 60 e i 79 anni.

Quasi tutti i beneficiari sono di **nazionalità slovacca** (35 su 38). Solo 2 (uomini) sono di nazionalità ungherese e uno di nazionalità ceca (Grafico App. 3).

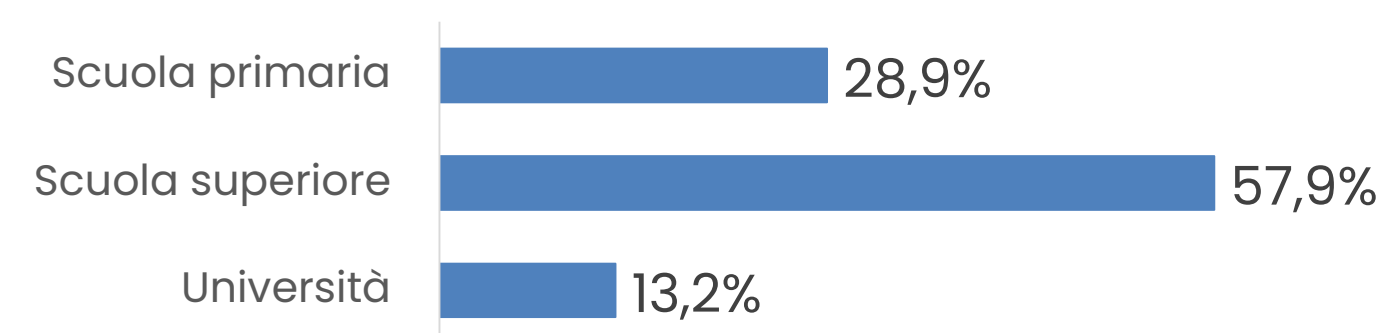
Il **primo contatto** con OZ Vagus da parte dei beneficiari (Tab. App. 1) è avvenuto nella metà dei casi (50%) **tra il 2017 e il 2021**, quindi prima che iniziasse *Bridges of change*, sebbene tali utenti potrebbero comunque aver beneficiato delle forme di supporto incluse nel progetto. Nel 28,9% il primo contatto è avvenuto tra il 2022 e il 2025, quindi in questo caso i beneficiari sono stati intercettati nel corso del progetto (nel caso di coloro che hanno avuto il primo contatto tra il 2024 e il 2025).

Nel 13,2% dei casi il primo contatto è avvenuto tra il 2012 e il 2016, quindi dieci anni fa o più.

La **modalità** prevalente in cui è avvenuto il primo contatto (Grafico App. 4) è il **passaparola (89,5%)**, anche se si considerano i diversi periodi in cui è avvenuto il primo contatto. Solo tra coloro che si sono avvicinati a OZ Vagus tra il 2017 e il 2021 sono stati utilizzati altri canali tra cui le istituzioni e l'Ufficio del Lavoro (Grafico App. 5).

Per quanto concerne il **livello di istruzione** (Grafico 1), più della metà ha frequentato la **scuola superiore (57,9%)**, il 28,9% ha frequentato la scuola primaria, mentre il 13,2% ha frequentato l'università.

Grafico 1 - Livello massimo di istruzione raggiunto tra i beneficiari\_OZ Vagus



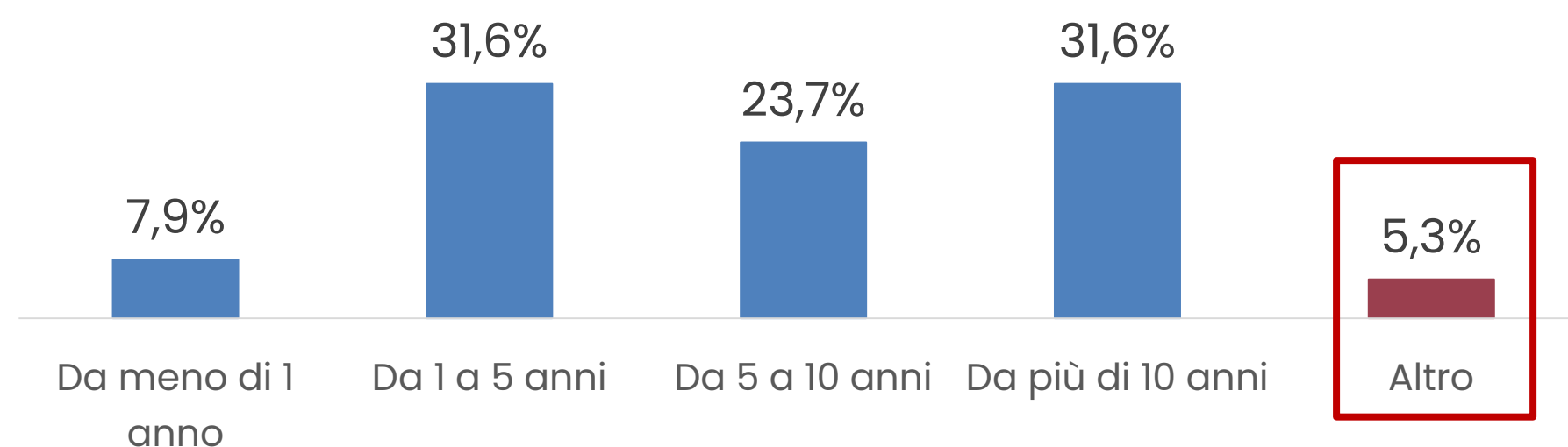
<sup>1</sup> Per la visione grafica complessiva di tutti gli elementi si consiglia di prendere visione dei grafici presenti in Appendice (p. 81).

## FOCUS CARATTERISTICHE DEGLI UTENTI | Evidenze socio-demografiche del questionario ai beneficiari

### OZ VAGUS (Bratislava – Slovacchia)

Con riferimento al **periodo** (Grafico 2) da cui i beneficiari dichiarano di essere **senza dimora**, Solo il 7,9% è in questa condizione da meno di un anno. Il **31,6%** dichiara di essere senza dimora **da 1 a 5 anni**, il 23,7% da 5 a 10 anni e il **31,6% da più di 10 anni**, dimostrando che molti beneficiari (più della metà) sono senza dimora da più di 5 anni. È significativo il fatto che alcuni beneficiari (2 uomini) dichiarino di avere una dimora (sono compresi nella voce «Altro» nel grafico): questo dato va interpretato con cautela in quanto non sono a disposizione informazioni ulteriori sulla tipologia di dimora in cui questi beneficiari risiedono.

Grafico 2 - Anni da cui i beneficiari vivono senza una fissa dimora\_Oz Vagus



Il Grafico 3 mostra i **settori** in cui rientra **l'ultima professione** che i beneficiari hanno svolto, prima del termine della stessa. L'analisi è stata condotta raggruppando le professioni indicate per settori, attraverso una rielaborazione della classificazione delle attività economiche secondo il sistema NACE\* utilizzato da Eurostat e ATECO\*\* utilizzato da Istat.

Grafico 3 - Settori professionali dei beneficiari\_OZ Vagus



\*Informazioni disponibili al link <https://bit.ly/4tmzeE2>  
 \*\* Informazioni disponibili al link <https://bit.ly/4rniaMd>

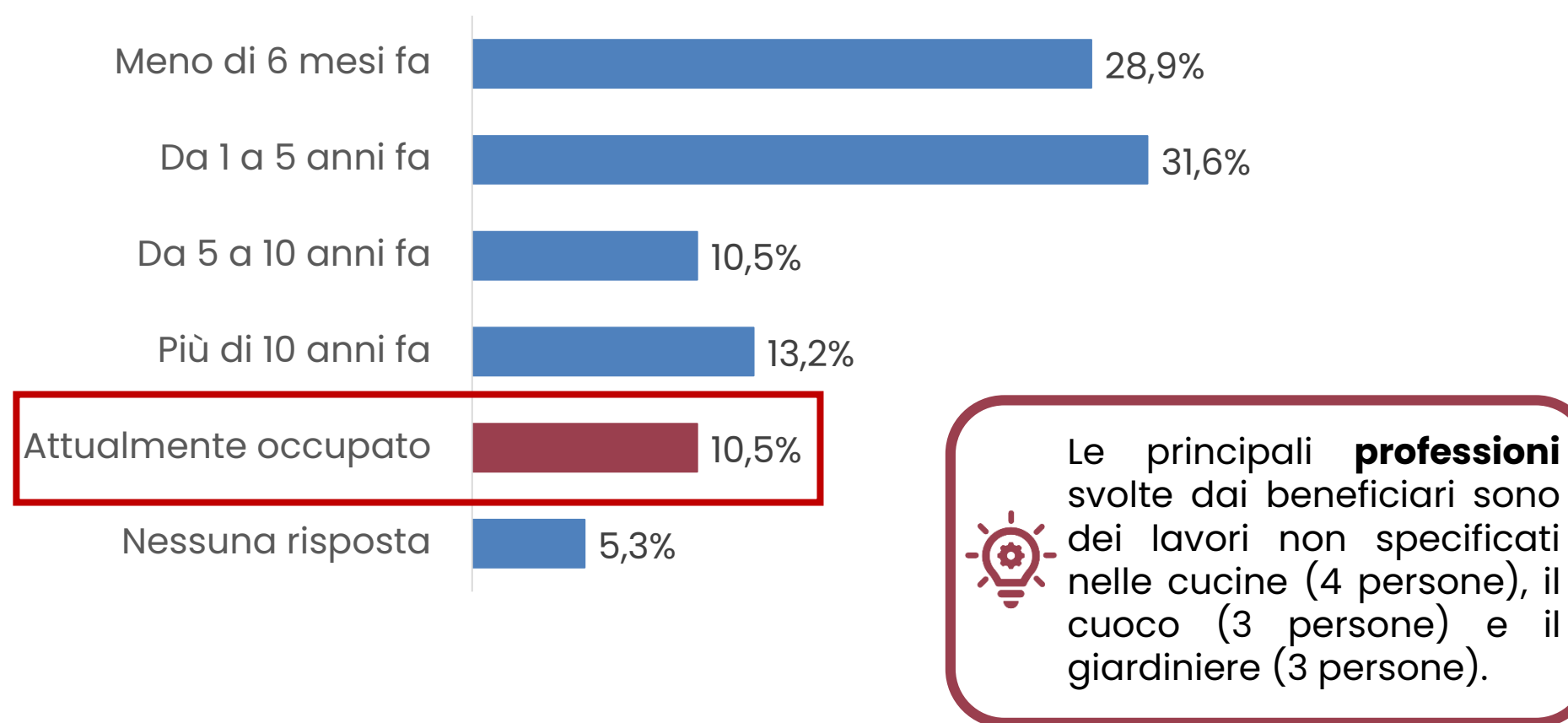
Dal Grafico 3 si può notare che il **23,7%** dei beneficiari ha lavorato nel **settore dell'ospitalità e della ristorazione**, il **15,8%** in **quello delle costruzioni e della manutenzione** e il **13,2%** in **quello del supporto e della vigilanza**. Inoltre, altri due settori in cui ha lavorato un numero rilevante di beneficiari sono quelli dei servizi professionali, della finanza e dell'istruzione e quello del trasporto e del magazzinaggio (10,5% in entrambi i casi). Altri settori in cui i beneficiari dichiarano di aver lavorato sono l'agricoltura e la cura del verde (7,9%), la sanità e i servizi alla persona (7,9%), il commercio e la riparazione di veicoli (5,3%), sia il commercio e la riparazione di veicoli che le attività manifatturiere (2,6%) e l'energia (2,6%). La lista completa delle professioni menzionate dai beneficiari e dei relativi settori di appartenenza è presente in Appendice (p. 87).

## FOCUS CARATTERISTICHE DEGLI UTENTI | Evidenze socio-demografiche del questionario ai beneficiari

### OZ VAGUS (Bratislava – Slovacchia)

Se si considera il **periodo a cui risale l'ultima esperienza lavorativa** dei beneficiari (della durata di almeno un mese), si può notare dal Grafico 4 che per il **28,9%** dei beneficiari essa è terminata di recente, nello specifico **meno di 6 mesi fa**. Per il **31,6%** dei beneficiari è terminata **da 1 a 5 anni fa**, per il 10,5% da 5 a 10 anni fa e per il 13,2% più di 10 anni fa. Alcuni beneficiari (il 10,5%, pari a 4 rispondenti, di cui 2 uomini e 2 donne) dichiarano di essere attualmente occupati in diversi settori, tuttavia non sono disponibili specifiche ulteriori al fine di verificare l'attendibilità di questo dato.

Grafico 4 - Termine dell'ultima esperienza professionale dei beneficiari\_OZ Vagus



## PERCORSO DEGLI UTENTI | *Esiti interviste semi-strutturate*

### KRALJI ULICE (Lubiana – Slovenia)

Le **caratteristiche principali (D.1)** dal centro diurno sono legate alla loro **condizione di grave vulnerabilità sociale e sanitaria**. La **maggioranza** è composta da **uomini (circa l'80%)**, anche se si registra un aumento della presenza femminile, oggi pari a circa un terzo rispetto agli uomini. Le **donne** senza dimora risultano **meno visibili** poiché più frequentemente riescono ad accedere a **soluzioni abitative temporanee meno evidenti**.

Negli ultimi anni si è inoltre osservato un **incremento** significativo **di giovani utenti**, in particolare nella **fascia 18–21 anni**, spesso provenienti da famiglie disfunzionali o contesti di vita difficili; tra questi sono stati individuati anche minorenni, per i quali è necessario un coinvolgimento specifico dei servizi sociali. Inoltre, non tutti i partecipanti ai programmi del centro sono senza dimora cronici, ma molti vivono in **condizioni di forte precarietà abitativa**, con situazioni di sfratto imminente, permanenza in rifugi temporanei, vita in strada o altre forme di instabilità abitativa.

Dal punto di vista **sanitario**, le problematiche più diffuse includono ferite acute e croniche, epatiti B e C, disturbi mentali e dipendenze da alcol e sostanze stupefacenti. È frequente la presenza di quadri complessi caratterizzati dalla **compresenza di dipendenze e problemi psichiatrici**, che rendono difficile l'accesso ai servizi sanitari tradizionali e portano spesso a esperienze di rifiuto o marginalizzazione nel sistema sanitario pubblico.

Nonostante le condizioni di grave disagio, **molti utenti mostrano attenzione al proprio benessere**, ad esempio curando l'igiene personale anche in situazioni di estrema povertà.

Questo elemento evidenzia come un maggiore supporto e una presa in carico più attenta possano favorire un aumento dell'interesse verso la cura di sé. L'organizzazione adotta un **modello di assistenza personalizzato**, capace di rispondere alla complessità dei bisogni fisici, psicologici e sociali, rivelandosi particolarmente efficace nella gestione di giovani adulti con dipendenze e disturbi di salute mentale. Grazie a questo approccio integrato, il centro rappresenta un **punto di riferimento sicuro e accogliente** per persone in condizioni di estrema precarietà.

L'**accesso (D.2)** ai servizi è improntato a un **modello inclusivo e a "porta aperta"**, accogliendo chiunque senza discriminazioni, inclusi i minori di 18 anni, che possono accedere liberamente ai servizi nel rispetto della loro volontà. Sebbene molte persone vengano **indirizzate da altre istituzioni**, la **partecipazione** rimane sempre **volontaria**. L'obiettivo è garantire un ambiente accogliente e accessibile a tutte le persone senza dimora, indipendentemente dalla loro storia o provenienza.

Il **lavoro di outreach** costituisce una **modalità** fondamentale **di intercettazione degli utenti**, con operatori attivi nelle strade, nei rifugi e in altri luoghi pubblici. Inizialmente anche l'infermiera svolgeva attività di outreach, ma l'aumento dell'affluenza al centro ha reso più complessa la sua presenza esterna. Nonostante ciò, il **team** multidisciplinare, composto da **assistenti sociali, infermiera e medico**, mantiene una presenza sul territorio per raggiungere le persone senza dimora e offrire supporto.

## PERCORSO DEGLI UTENTI | *Esiti interviste semi-strutturate*

### KRALJI ULICE (Lubiana – Slovenia)

Con l'espansione del programma, è **umentato il numero di utenti che frequentano regolarmente il centro**, rafforzandone la reputazione come servizio affidabile. La **fiducia instaurata** con l'infermiera rappresenta uno dei principali motivi della continuità nella frequenza. Anche quando alcuni utenti interrompono il percorso o trovano una sistemazione abitativa stabile, **molti continuano a mantenere un legame con il centro**, che spesso costituisce l'unica **rete di supporto** disponibile; in alcuni casi restano coinvolti come volontari.

Le attività di **counseling** risultano meno continuative rispetto a quelle sanitarie, poiché gli **utenti partecipano a programmi diversi**. Tuttavia, la stretta collaborazione tra servizi sociali e infermeria consente una gestione integrata dei bisogni, centralizzando gli interventi in un unico luogo e garantendo continuità assistenziale.

La **presa in carico (D.3)** avviene attraverso un **percorso graduale, accogliente e personalizzato**. In una **fase iniziale** vengono offerti **servizi di base**, come bevande calde, possibilità di riposare, distribuzione di vestiti e biancheria pulita, soprattutto nel periodo invernale. Questi interventi rispondono ai bisogni immediati e costituiscono la base per la costruzione di un **rapporto di fiducia**. **Successivamente**, il centro adotta un **approccio flessibile** che **rispetta i tempi individuali**: l'accesso ai servizi è libero e non vincolante, ma accompagnato dalla possibilità di intraprendere un percorso personalizzato. Il lavoro con gli utenti, infatti è improntato alla collaborazione e alla volontarietà, con una partecipazione attiva nella definizione di obiettivi concreti e realistici.

Per il **programma di insediamento**, sono richiesti criteri più strutturati, come la stipula di un contratto abitativo, pur mantenendo un approccio flessibile.

Per garantire un ambiente sicuro e accogliente, il centro ha definito alcune **linee guida fondamentali di comportamento**, tra cui il rispetto reciproco, la cura degli spazi, il rispetto degli orari e il divieto assoluto di consumo di alcol e droghe all'interno della struttura.

In una **giornata tipo (D.4)**, ciascun **operatore** segue **mediamente tra i 30 e i 40 utenti**, con percorsi che possono durare da pochi mesi a diversi anni. L'**infermiera**, presente **tre giorni a settimana**, gestisce in **media 10–15 pazienti al giorno**. Il suo ruolo è delimitato all'assistenza infermieristica, mentre le dipendenze vengono affrontate dai counselor, pur mantenendo un ascolto attivo. Oltre all'assistenza diretta, l'infermiera **coordina i rapporti con medici specialisti, cura la documentazione sanitaria, gestisce l'approvvigionamento dei materiali e affronta emergenze sanitarie**, svolgendo un'attività integrata di natura clinica e amministrativa. Nei giorni senza assistenza diretta, si dedica alle attività organizzative e di outreach, medicando gli utenti nei loro luoghi di ritrovo in altre parti della città. Il **medico** è presente **due giorni a settimana** per un totale di **circa 17 ore mensili**.

Le attività di counseling e supporto sociale non hanno subito cambiamenti sostanziali rispetto all'avvio del progetto; tuttavia, l'introduzione dell'infermeria ha comportato una riorganizzazione delle modalità operative, consentendo una maggiore integrazione tra assistenza sanitaria e sociale, precedentemente non disponibile.

## FOCUS CARATTERISTICHE DEGLI UTENTI | Evidenze socio-demografiche del questionario ai beneficiari

### KRALJI ULICE (Lubiana – Slovenia)

In questa sezione sono delineate alcune caratteristiche socio-demografiche dei beneficiari di Kralji ulice<sup>2</sup>.

Per quanto concerne il **genere** (Grafico App. 14), i beneficiari di Kralji ulice sono prevalentemente **uomini (72,7%)**, mentre il **27,3%** sono **donne**. Il fatto che la maggior parte dei beneficiari sia di genere maschile può essere dovuto al fatto che, come dichiarato dagli operatori nel corso delle interviste condotte nel 2024, molte donne riescano a trovare supporto attraverso delle modalità alternative a quelle proposte da Kralji ulice.

Per quanto riguarda l'**età** dei beneficiari (Grafico App. 15), la **metà (50,9%) ha tra i 40 e i 49 anni**. Non sono presenti beneficiari tra i 20 e i 29 anni, il 10,9% ha tra i 30 e i 39 anni, il 21,8% ha tra i 50 e i 59 anni mentre in totale il 16,3% ha tra i 60 e i 79 anni.

La maggior parte dei beneficiari è di **nazionalità slovena** (83,6%), ma sono presenti alcune persone di altre nazionalità (Grafico App. 16). Infatti, sono presenti due beneficiari bosniaci, due serbi, una beneficiaria di nazionalità croata, un uomo di nazionalità iraniana e due persone di nazionalità mista (slovena e serba, slovena e croata).

<sup>2</sup> Per la visione grafica complessiva di tutti gli elementi si consiglia di prendere visione dei grafici presenti in Appendice (p. 84).

Il **primo contatto** con Kralji ulice da parte dei beneficiari (Tab. App. 2) è avvenuto nel 21,8% dei casi negli anni recenti (2022-2025), quindi si tratta di beneficiari che hanno conosciuto l'organizzazione nel momento in cui venivano implementate le attività previste da *Bridges of change*, potendone usufruire direttamente. Il **40%** dei beneficiari ha avuto il primo contatto con l'organizzazione **tra il 2017 e il 2021**, il 18,2% tra il 2005 e il 2011, mentre un quinto (20%) tra il 2005 e il 2011, quindi fino a vent'anni fa. In questi ultimi tre casi è probabile che le persone siano state coinvolte nelle attività del progetto dopo svariati anni da cui conoscevano l'organizzazione.

La **modalità** in cui è avvenuto il primo contatto (Grafico App. 17) per più della metà dei beneficiari è **tramite un operatore o un'operatrice** di Kralji ulice (**56,4%**). Una percentuale significativa ha però avuto il primo contatto tramite passaparola (30,9%) e nel 7,3% dei casi sia tramite passaparola che attraverso un operatore dell'organizzazione. In percentuali minori hanno facilitato il primo contatto il passaparola e le istituzioni nello stesso caso (3,6%) e solo le istituzioni (1,8%).

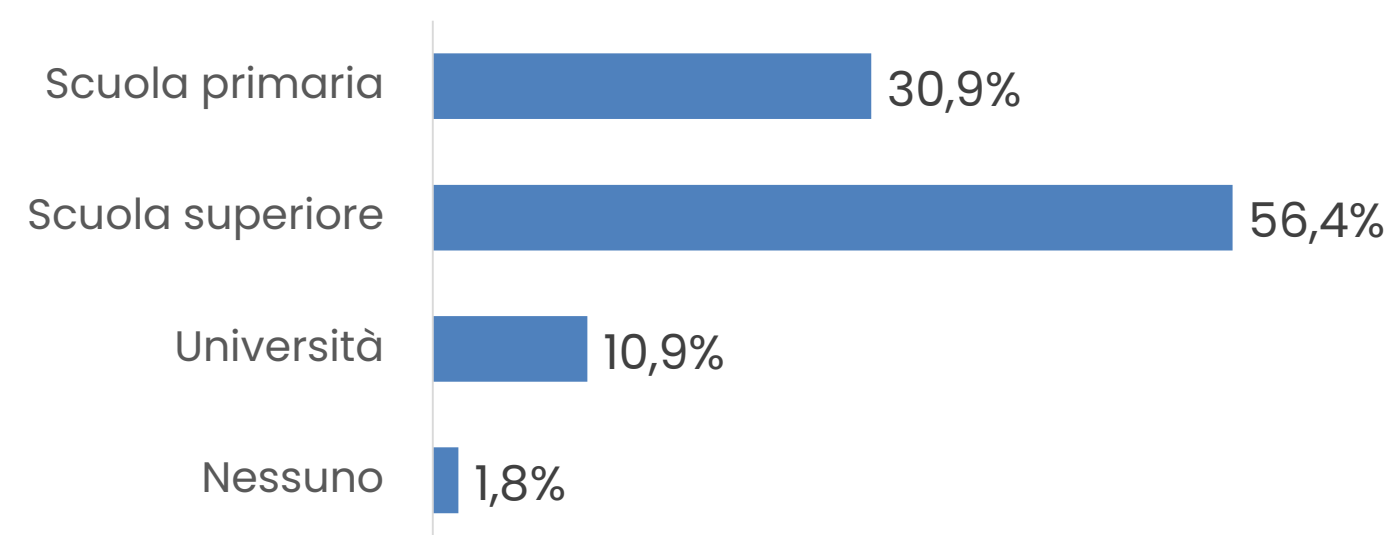
Se si considerano gli **anni in cui è avvenuto il primo contatto** con Kralji ulice (Grafico App. 18) si può notare che questi dati sono abbastanza costanti: gli operatori sono il canale principale per entrare in contatto con l'organizzazione e a seguire il passaparola. Negli ultimi dieci anni circa, entrambe queste modalità hanno avuto un ruolo importante a questo fine, oltre a quello (sebbene più marginale) delle istituzioni.

## FOCUS CARATTERISTICHE DEGLI UTENTI | Evidenze socio-demografiche del questionario ai beneficiari

### KRALJI ULICE (Lubiana – Slovenia)

Il Grafico 5 mostra il **livello di istruzione** massimo raggiunto dai beneficiari. Più della metà ha frequentato la **scuola superiore (56,4%)**, il 30,9% ha frequentato la scuola primaria, mentre il 10,9% ha frequentato l'università.

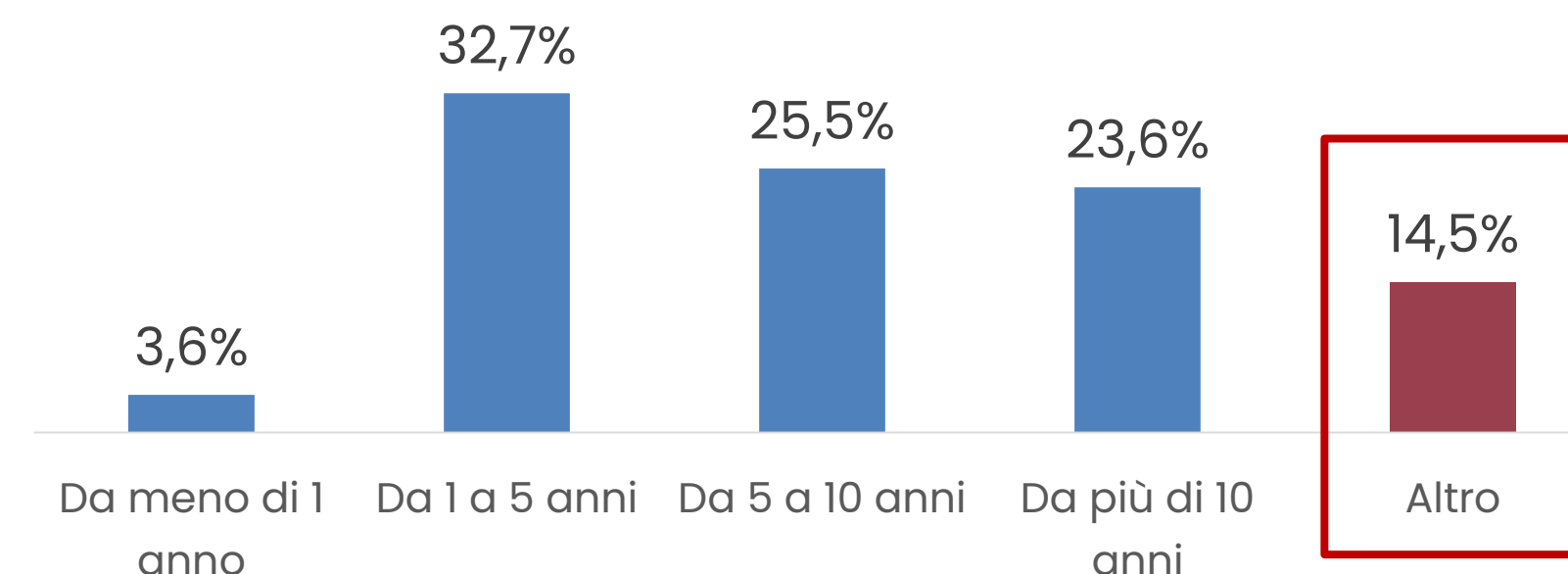
Grafico 5 - Livello massimo di istruzione raggiunto tra i beneficiari\_Kralji ulice



Se si considera il **periodo da cui i beneficiari vivono senza dimora**, si può notare dal Grafico 6 che la maggior parte dei beneficiari è senza dimora da svariati anni, in particolare **da 1 a 5 anni nel 32,7%** dei casi, da 5 a 10 anni nel 25,5% dei casi e da più di 10 anni per il 23,6% dei beneficiari. Solo il 3,6% è senza dimora da meno di un anno. Una percentuale rilevante (14,5%) riguarda coloro che dichiarano di vivere presso una casa (di queste 8 persone, 5 sono donne e 3 sono uomini; una persona vive con il figlio, una presso un'unità abitativa, una dichiara di essere a rischio di debiti, mentre le altre affermano in termini generici di avere una dimora).

Come nel caso della Slovacchia, anche nel contesto sloveno questo dato va interpretato con cautela in quanto non sono disponibili specifiche ulteriori sulla tipologia di dimora in cui questi beneficiari risiedono.

Grafico 6 - Anni da cui i beneficiari vivono senza una fissa dimora\_Kralji ulice



Il Grafico 7 seguente mostra i **settori** in cui rientra l'**ultima professione** che i beneficiari hanno svolto, prima del termine della stessa. L'analisi è stata condotta raggruppando le professioni indicate per settori, attraverso una rielaborazione della classificazione delle attività economiche secondo il sistema NACE\* utilizzato da Eurostat e ATECO\*\* utilizzato da Istat.



\*Informazioni disponibili al link <https://bit.ly/4tmzeE2>  
 \*\*Informazioni disponibili al link <https://bit.ly/4rniaMd>

## FOCUS CARATTERISTICHE DEGLI UTENTI | Evidenze socio-demografiche del questionario ai beneficiari

### KRALJI ULICE (Lubiana – Slovenia)

Grafico 7 – Settori professionali dei beneficiari\_Kralji ulice

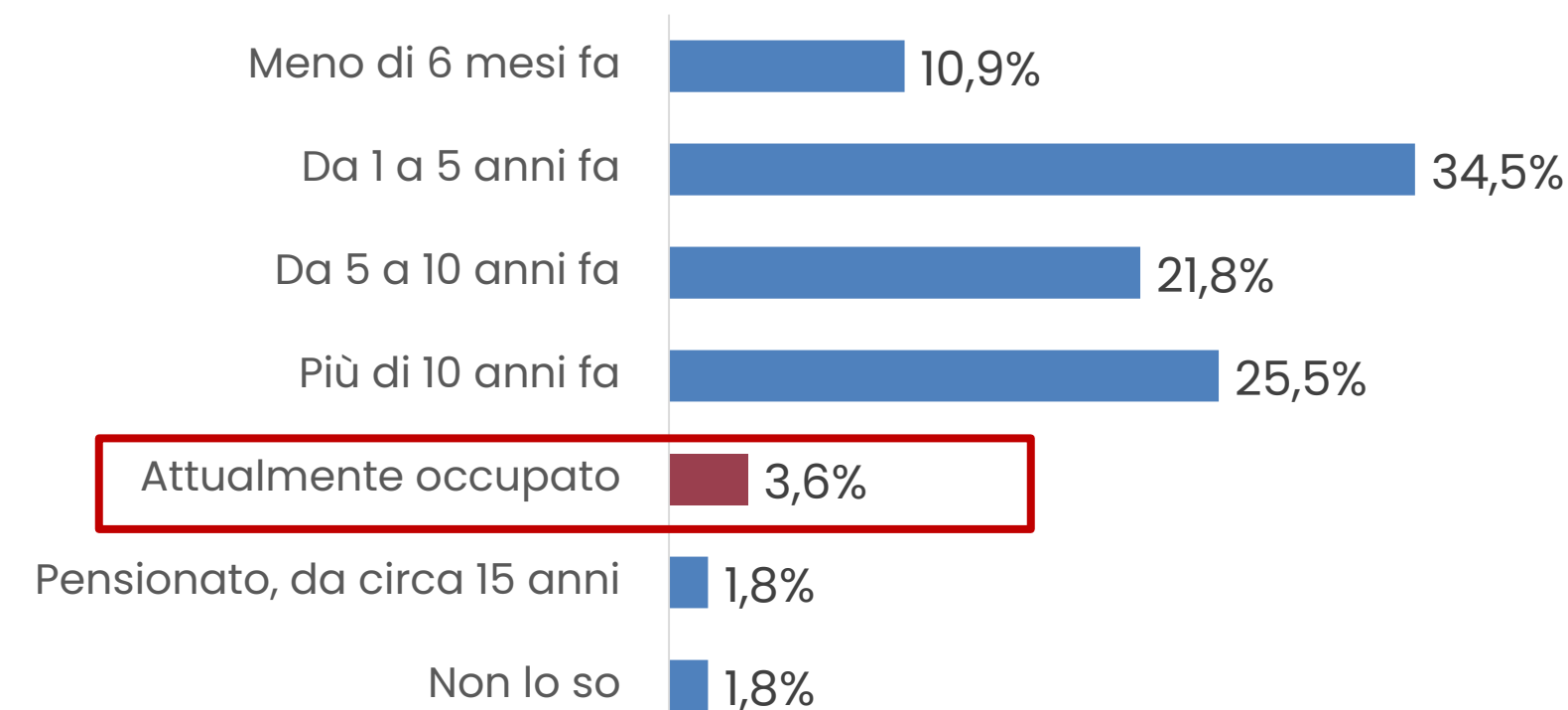


Le principali **professioni** svolte dai beneficiari sono il cuoco (4 persone), il parrucchiere (4 persone), il costruttore (3 persone) e dei lavori non specificati nel settore dell'ospitalità (3 persone).

I tre settori principali in cui hanno lavorato i beneficiari sono quello delle **costruzioni e la manutenzione (16,4%)**, quello **dell'ospitalità e della ristorazione (16,4%)** e quello **dei servizi professionali, della finanza e dell'istruzione (14,5%)**. Altri settori presenti sono il commercio e la riparazione di veicoli, la sanità e i servizi alla persona e i servizi di supporto e di vigilanza (7,3% in tutti e 3 i casi). Altri settori tra i quali l'agricoltura e la cura del verde e le attività manifatturiere riguardano una percentuale minori di beneficiari. La lista completa delle professioni menzionate dai beneficiari e dei relativi settori di appartenenza è presente in Appendice (p. 88).

Se si considera il **periodo a cui risale l'ultima esperienza lavorativa** dei beneficiari (della durata di almeno un mese), si può notare dal Grafico 8 che per il 10,9% essa è terminata recentemente, precisamente meno di 6 mesi fa, per il **34,5%** dei beneficiari è terminata **da 1 a 5 anni fa**, per il 21,8% da 5 a 10 anni fa e per il 25,5% più di 10 anni fa. Inoltre, una persona è in pensione da circa 15 anni. Si specifica che alcuni beneficiari (il 3,6%, pari a 2 rispondenti uomini) dichiarano di essere attualmente occupati nel settore dei servizi professionali, della finanza e dell'istruzione, ma non si hanno a disposizione dettagli ulteriori per verificare l'attendibilità di questo dato.

Grafico 8 – Termine dell'ultima esperienza professionale dei beneficiari\_Kralji ulice



## 3.5 ESITO/IMPATTO: Outcome e Impatto

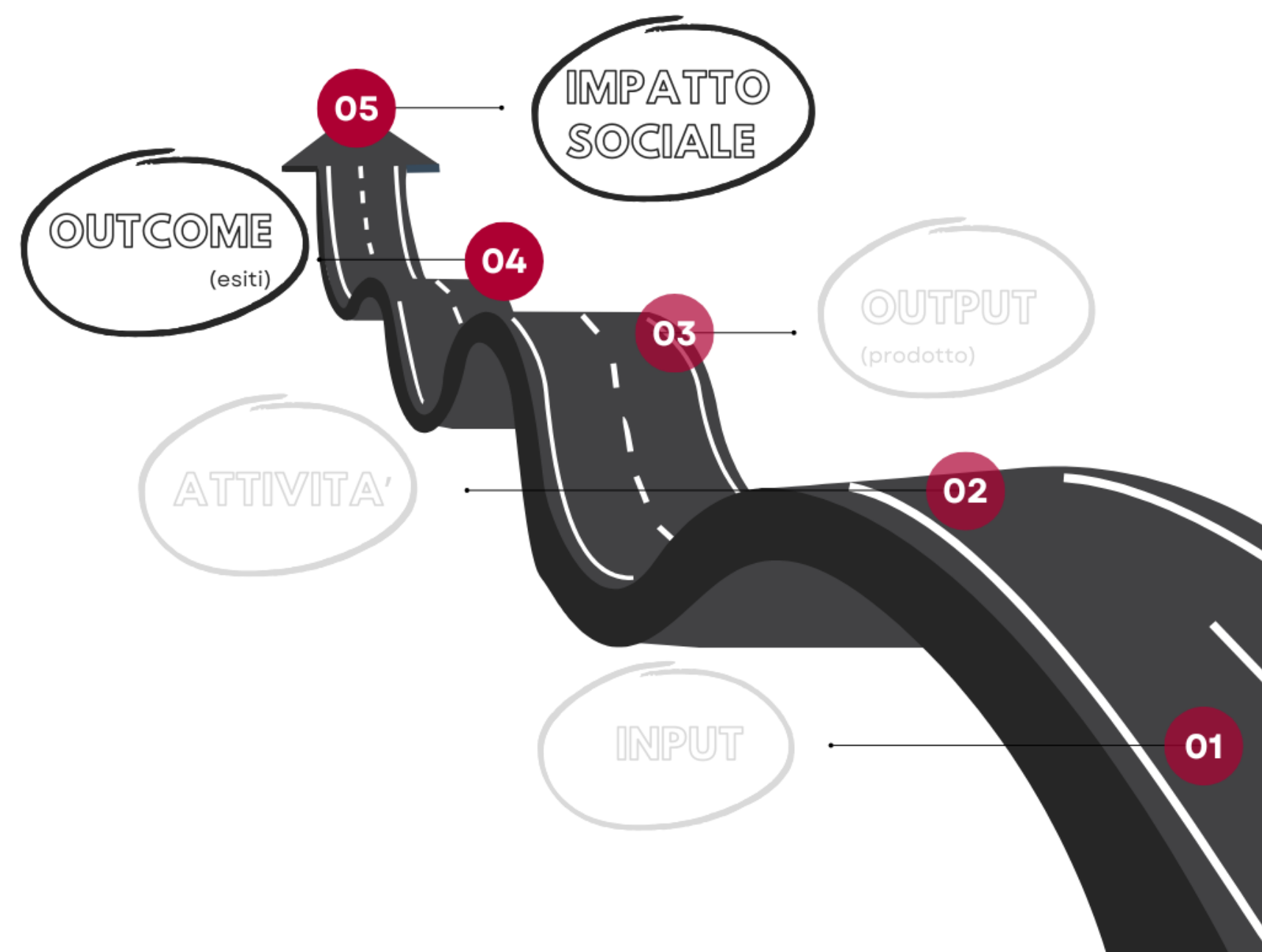
### LE DIMENSIONI DEL CAMBIAMENTO

- D.1 L'IMPATTO PERCEPITO DAGLI UTENTI
- D.2 L'IMPATTO PERCEPITO DAGLI OPERATORI
- D.3 BARRIERE DA SUPERARE E POTENZIAMENTI NECESSARI
- D.4 CONTINUITÀ E SOSTENIBILITÀ PER IL MANTENIMENTO DELL'IMPATTO DEL PROGETTO NEL LUNGO TERMINE

### 3.5. Outcome e impatto sociale

Gli **outcome** sono gli effetti (cambiamenti comportamentali, istituzionali e sociali) osservabili nel medio-lungo periodo (Zamagni et al., 2015).

L'**impatto sociale** è la capacità di una organizzazione di contribuire ad un cambiamento in un determinato campo d'azione, modificando lo *status quo* di una persona o di una comunità destinatari dell'attività sociale (Perrini e Vurro 2013).



A livello generale, il progetto intende contribuire a migliorare la condizione sociosanitaria e psicologica delle persone senza dimora. Nel dettaglio, il progetto si è prefissato il potenziamento dei servizi sanitari e lo sviluppo delle attività di supporto nella riabilitazione sociale delle persone senza dimora e in condizione di grave marginalità delle città di Bratislava e di Lubiana.

Per procedere all'osservazione e misurazione di quanto realizzato, gli strumenti di ricerca sociale utilizzati e somministrati agli operatori sono stati sviluppati attraverso la metodologia del **Most Significant Change (MSC)** (Davies & Dart, 2005), riconducibile ai **metodi di valutazione partecipata**. Tale approccio utilizza storie raccontate direttamente dai partecipanti a un intervento per esplorare i cambiamenti da loro percepiti durante e/o in seguito alla partecipazione al progetto. Vista la portata del progetto, si è optato per il coinvolgimento degli **operatori** direttamente impegnati nelle attività, in quanto "osservatori privilegiati" dei cambiamenti nelle condizioni dei beneficiari diretti e della comunità di riferimento. I somministratori dell'intervento, invece, giocano un ruolo importante nella selezione delle storie ritenute più rappresentative del cambiamento.

Tenuto conto del lavoro svolto nella precedente annualità, si è inoltre scelto di procedere al coinvolgimento diretto dei **beneficiari**, al fine di comprendere l'effettivo impatto del progetto in termini di cambiamento / miglioramento / mantenimento di determinati aspetti nelle loro vite. Attraverso il questionario già presentato (p. 10) è stato pertanto possibile rilevare le conseguenze direttamente attribuibili alla fruizione dei servizi offerti dal progetto, al netto degli effetti non dipendenti dall'azione di altri enti e di quelli che si sarebbero comunque verificati (OECD, 2015).

## D.1 L'IMPATTO PERCEPITO DAGLI UTENTI

### OZ VAGUS (Bratislava – Slovacchia)

Per analizzare l'**impatto** che ha avuto il progetto è utile prendere in considerazione i dati raccolti attraverso la seconda parte del questionario somministrato ai beneficiari, focalizzata appunto sull'impatto delle attività implementate.

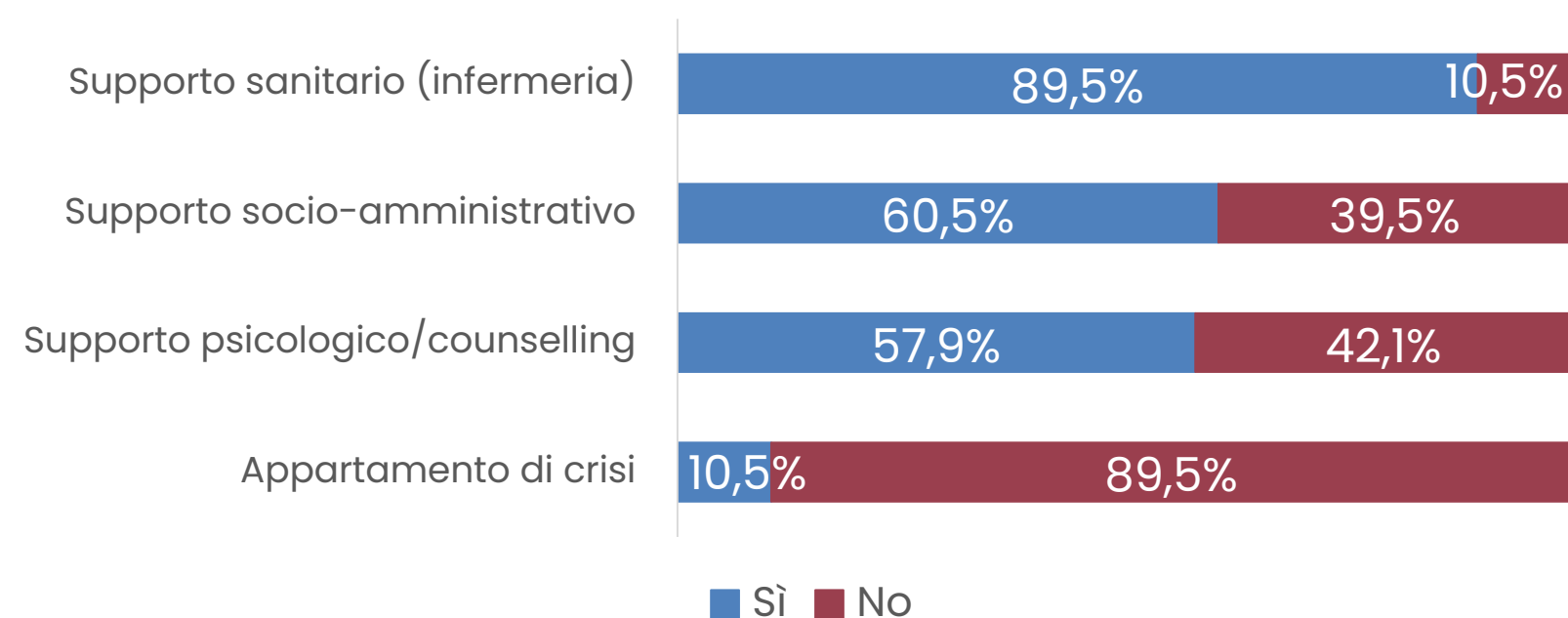
Per quanto riguarda i **tipi di supporto** di cui hanno usufruito i beneficiari (Grafico 9), tra i 4 offerti da Oz Vagus, quello che è stato maggiormente utilizzato è stato il **supporto sanitario (infermeria)**, di cui ha beneficiato l'89,5% delle persone. In base alla percentuale di utilizzo, al secondo posto compare il **supporto socio-amministrativo**, usufruito dal 60,5% dei beneficiari, seguito dal **supporto psicologico/counseling**, di cui ha usufruito il 57,9% dei beneficiari. **L'appartamento di crisi** è stato utilizzato da poche persone (10,5%).

La tabella seguente mostra le diverse **combinazioni** in cui sono stati utilizzati i **tipi di supporto**. In particolare, il 26,3% dei beneficiari ha utilizzato sia il supporto sanitario (infermeria) che quello psicologico/counseling.

Tab. 1: Tipi di supporto utilizzati dai beneficiari di Oz Vagus nelle loro combinazioni.

Combinazioni dei tipi di supporto di cui i beneficiari hanno usufruito nel 2025 presso OZ Vagus				Percentuali di beneficiari che hanno usufruito delle diverse combinazioni dei tipi di supporto presso OZ Vagus nel 2025
Supporto sanitario (infermeria)	Supporto psicologico/counseling	Supporto socio-amministrativo	Appartamento di crisi	
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	26,3%
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	21,1%
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	21,1%
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10,5%
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	7,9%
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7,9%
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2,6%
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2,6%
<b>Totale complessivo</b>				100%

Grafico 9 - Tipi di supporto di cui i beneficiari hanno usufruito nel 2025 presso OZ Vagus

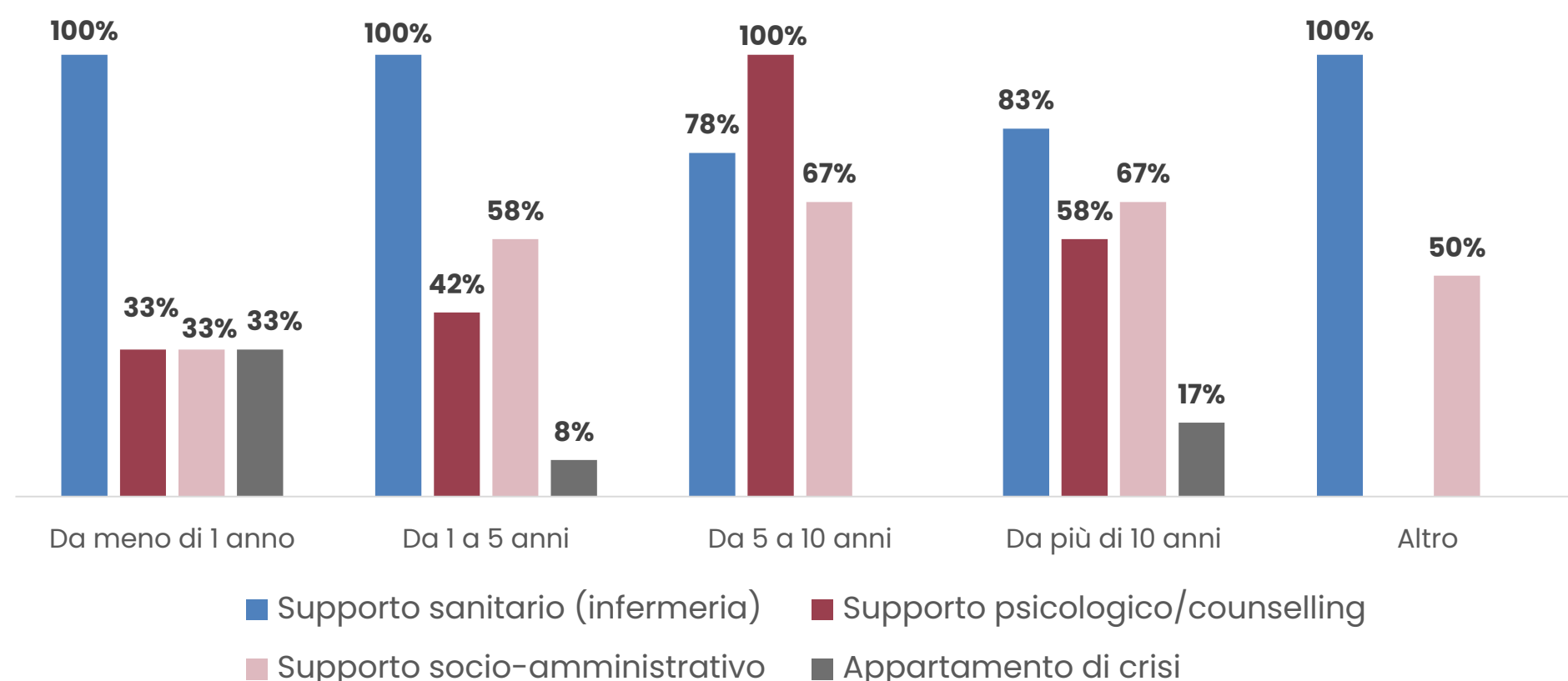


## D.1 L'IMPATTO PERCEPITO DAGLI UTENTI

### OZ VAGUS (Bratislava – Slovacchia)

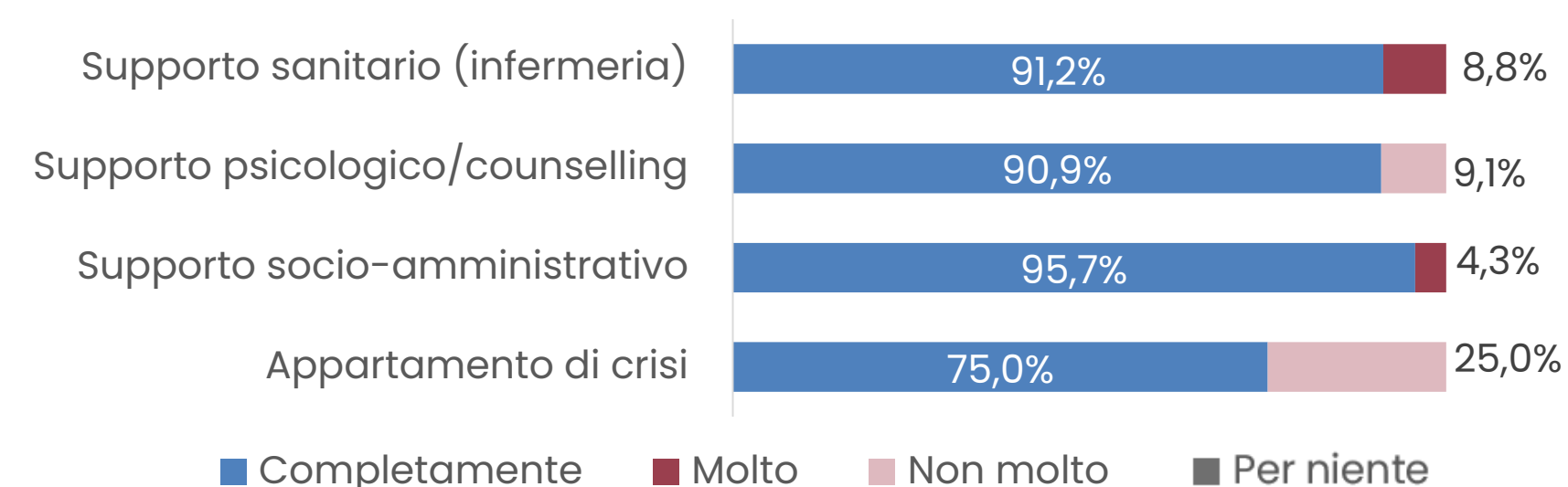
L'utilizzo dei diversi tipi di supporto varia in base agli **anni da cui i beneficiari vivono senza dimora** (Grafico 10). Il **supporto sanitario** risulta costantemente il più utilizzato, raggiungendo il 100% nella maggior parte dei gruppi. Il supporto psicologico/counseling e quello socio-amministrativo aumentano in modo significativo all'aumentare degli anni da cui i beneficiari sono senza dimora. In particolare, è utilizzato dal 100% di coloro che vivono senza dimora da 5 a 10 anni. L'appartamento di crisi è stato utilizzato in maniera più limitata, soprattutto da coloro che vivono senza dimora da poco tempo (meno di un anno).

Grafico 10 – Utilizzo di ciascun tipo di supporto in base al periodo da cui i beneficiari vivono senza dimora



Attraverso il questionario è stato misurato anche se i beneficiari **ritengono di aver effettivamente ricevuto il tipo di supporto di cui necessitavano**, in base ai servizi di cui hanno usufruito (Grafico 11). Per tutti i servizi, la **maggior parte dei beneficiari** dichiara di aver ricevuto il supporto di cui avevano bisogno («**completamente**») ma sono emerse alcune differenze. Per quanto riguarda il supporto sanitario, il 91,2% dichiara di aver ricevuto «completamente» il supporto di cui aveva bisogno, ma l'8,8% risponde «non molto». Analogamente, il 95,7% di coloro che hanno utilizzato il supporto socio-amministrativo afferma di aver ricevuto «completamente» l'aiuto richiesto, mentre il 4,3% risponde «non molto». Nel caso del supporto psicologico e dell'appartamento di crisi invece si dichiarano tutti soddisfatti (risponde «completamente» il 90,9% nel primo caso e il 75% nel secondo caso, mentre ha risposto con «molto» il 9,1% nel caso del supporto psicologico e il 25% nel caso dell'appartamento di crisi).

Grafico 11 – Percezione di aver ricevuto il supporto di cui i beneficiari di OZ Vagus avevano bisogno in base ai servizi di cui hanno usufruito

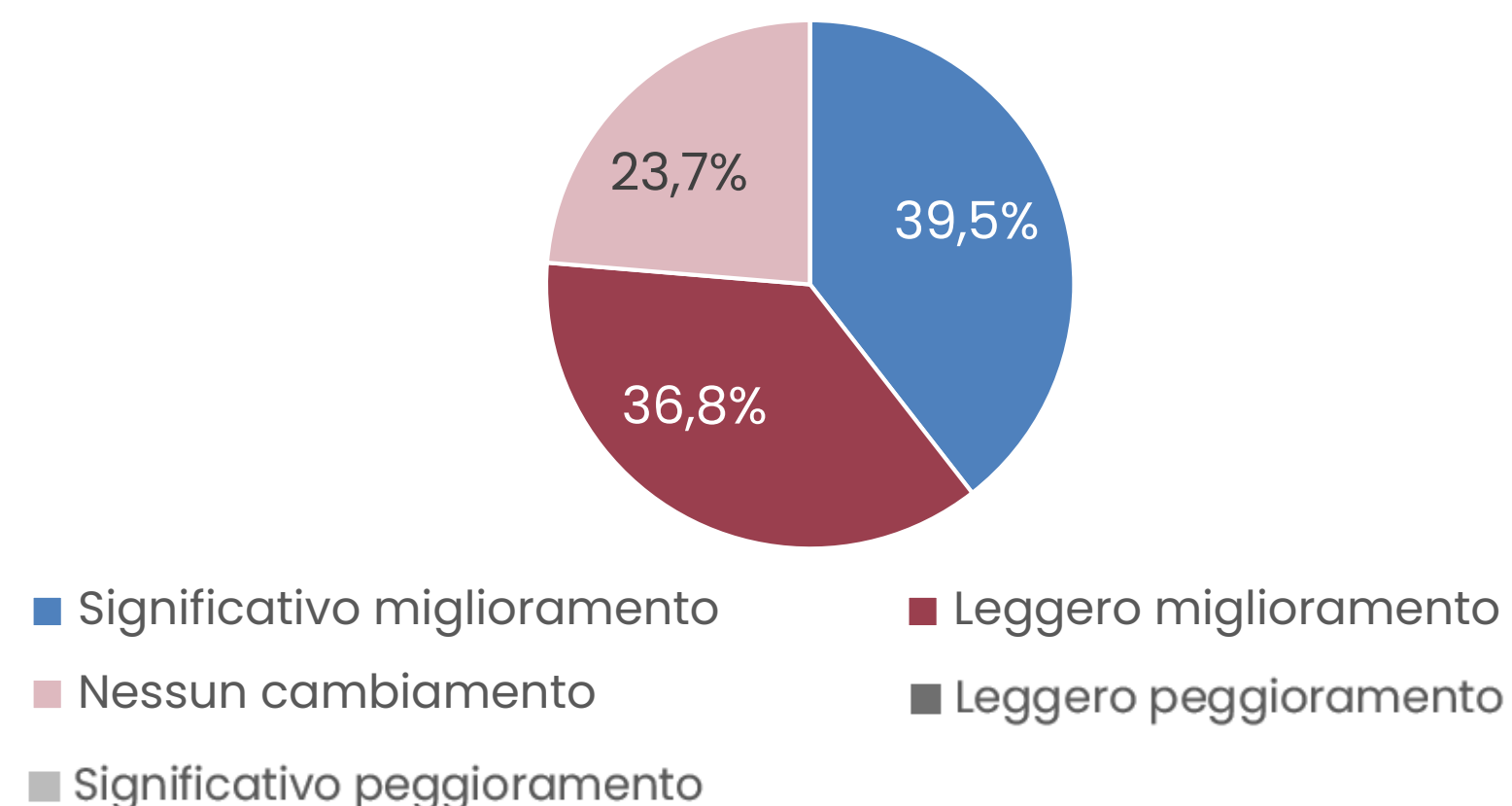


## D.1 L'IMPATTO PERCEPITO DAGLI UTENTI

### OZ VAGUS (Bratislava – Slovacchia)

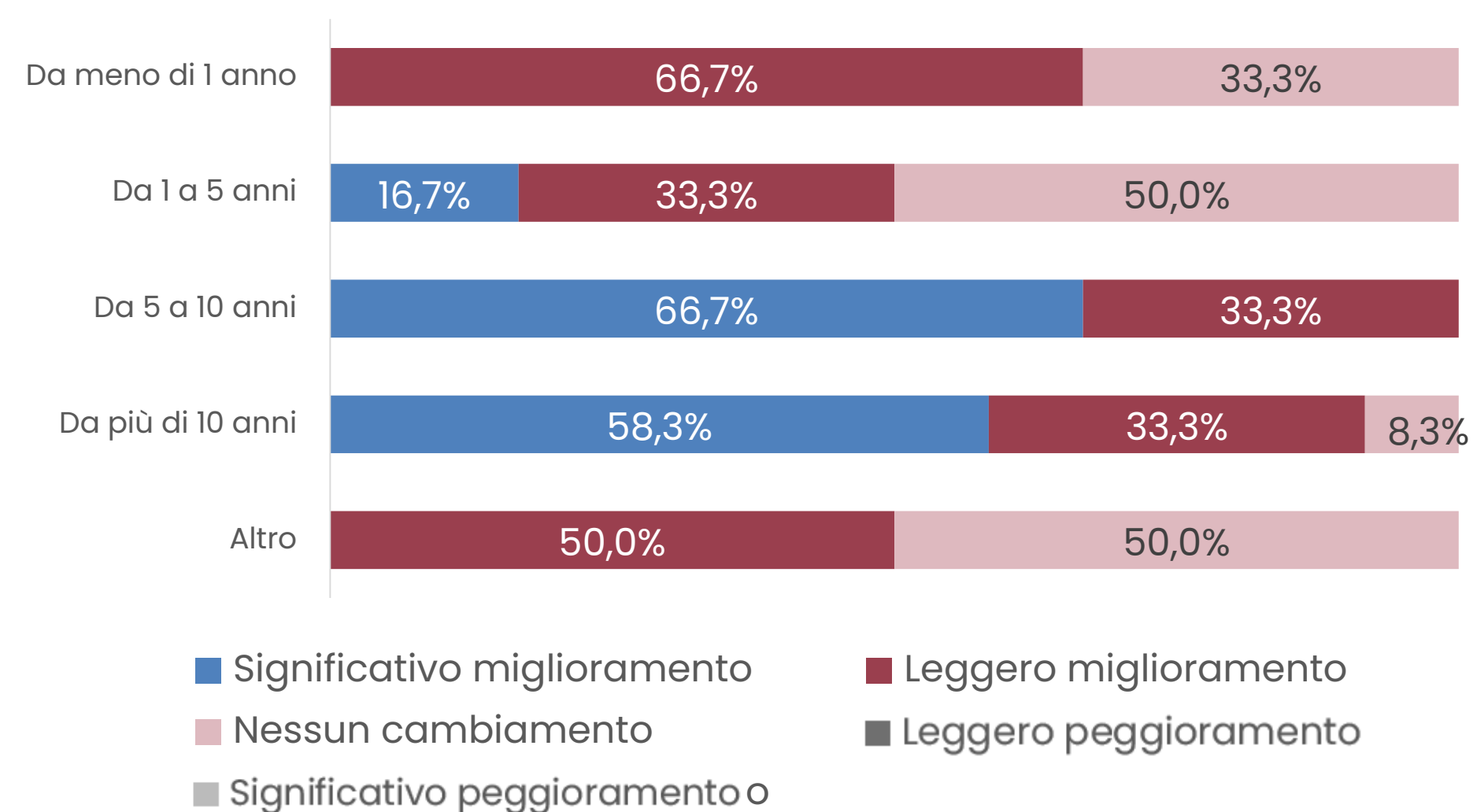
È stata analizzata poi la **percezione della qualità della propria vita** da quando i beneficiari hanno iniziato a usufruire dai tipi di supporto offerti tramite il progetto (Grafico 12). Rispetto a questo ambito, i dati mostrano uno **scenario generalmente positivo**. Il 39,5% dichiara di percepire un significativo miglioramento, il 36,8% un leggero miglioramento (quindi in totale tre quarti dei beneficiari danno un riscontro positivo), mentre il 23,7% dichiara di non notare alcun cambiamento. In ogni caso, nessuno dichiara di percepire un peggioramento nella propria qualità della vita.

Grafico 12 - Percezione di miglioramento della propria qualità di vita da quando i beneficiari sono entrati in contatto con OZ Vagus



In relazione agli **anni da cui i beneficiari vivono senza dimora**, notano un **significativo miglioramento** soprattutto coloro che vivono in questa condizione da più anni, mentre ci siano percentuali significative di «nessun cambiamento» tra coloro che sono senza dimora da meno tempo (Grafico 13).

Grafico 13 - Percezione di miglioramento della propria qualità di vita in base agli anni da cui i beneficiari vivono senza dimora

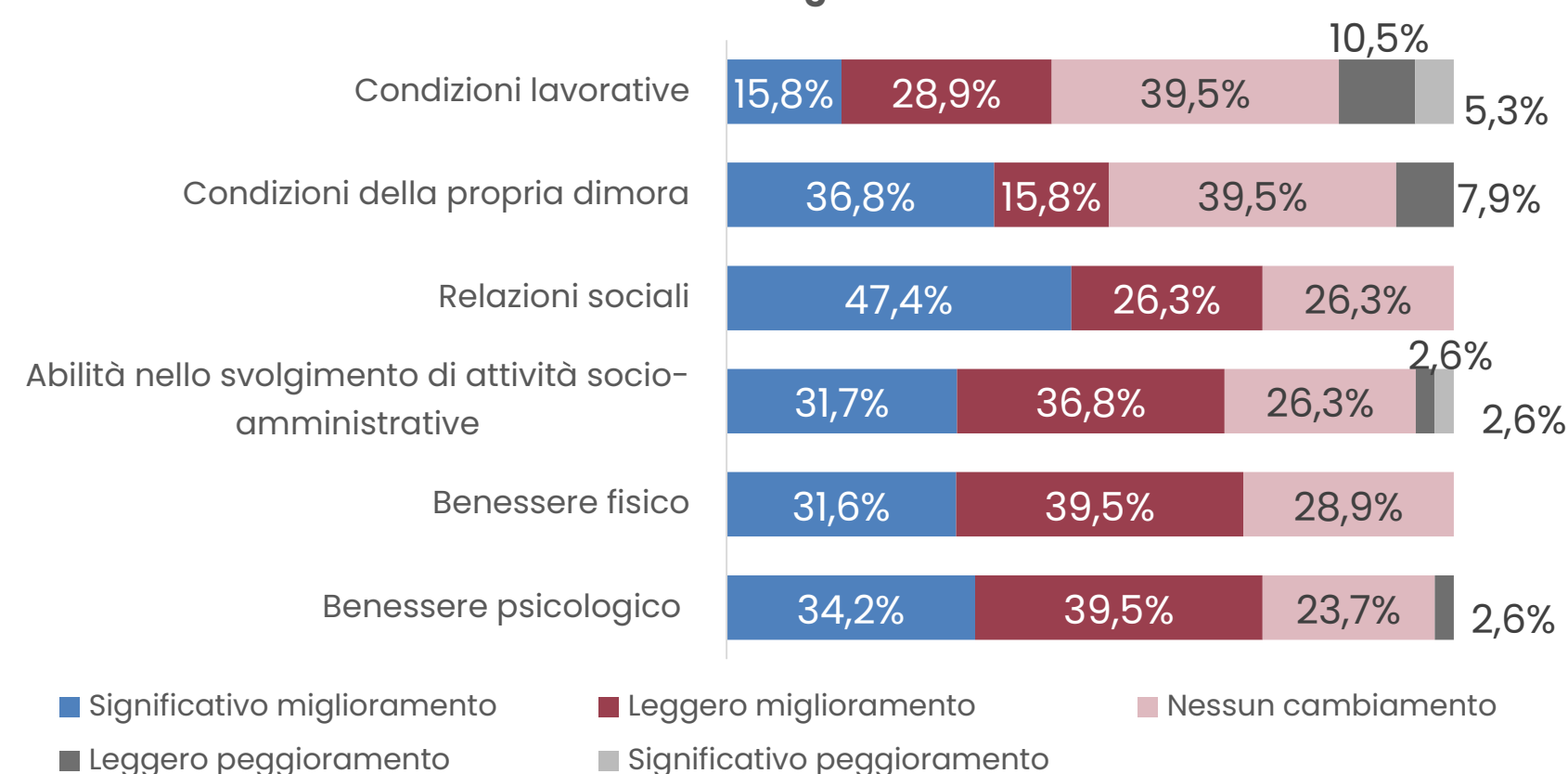


## D.1 L'IMPATTO PERCEPITO DAGLI UTENTI

### OZ VAGUS (Bratislava – Slovacchia)

Se si considerano i **diversi aspetti della vita** che sono stati considerati per verificare la percezione di miglioramento dei beneficiari, si possono notare alcune differenze in base alle diverse dimensioni. Il Grafico 14 mostra una **percezione complessivamente positiva** degli effetti del contatto con OZ Vagus. Infatti, in tutti gli ambiti considerati la maggioranza dei beneficiari segnala un miglioramento, soprattutto nelle relazioni sociali (47,4% significativo, 26,3% leggero), nel benessere psicologico (34,2% significativo, 39,5% leggero) e nelle condizioni abitative (36,8% significativo, 15,8% leggero).

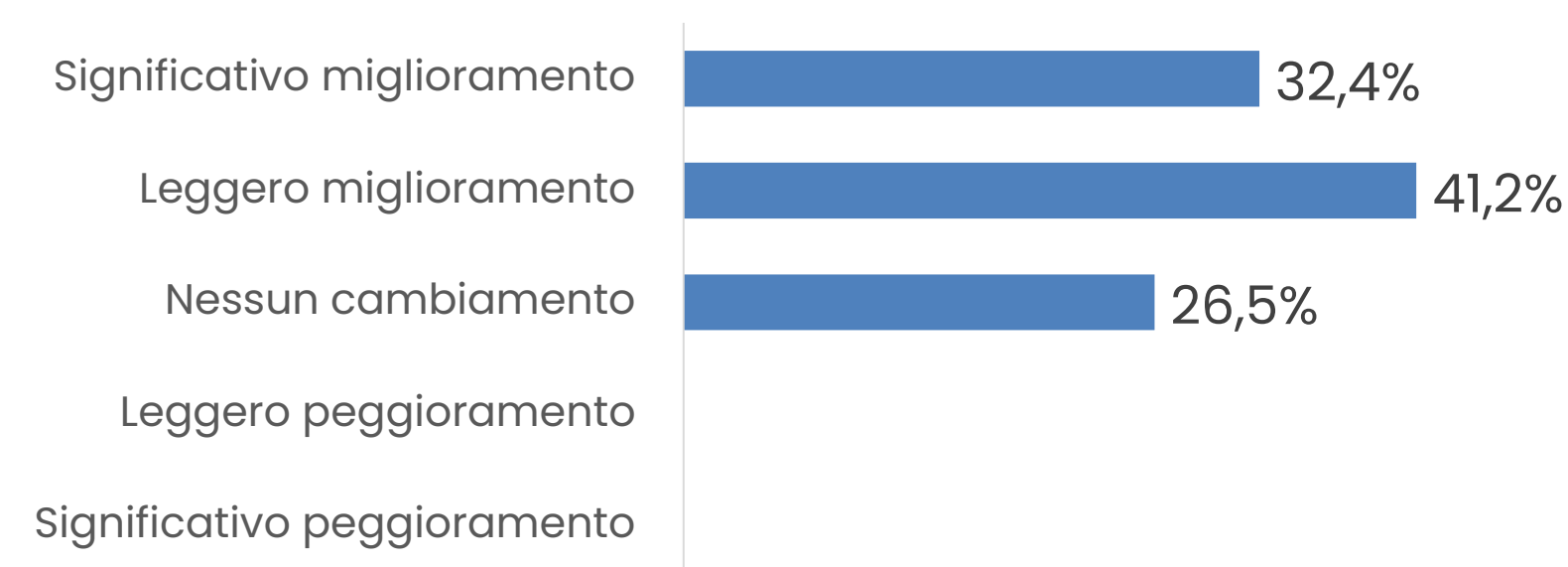
**Grafico 14 - Percezione di miglioramento nei seguenti ambiti della propria vita, da quando i beneficiari sono entrati in contatto con OZ Vagus:**



Le percentuali di peggioramento risultano marginali, ad esempio, il 15,8% dichiara di vedere peggiorate le proprie condizioni lavorative, mentre una parte rilevante degli intervistati non percepisce cambiamenti, in particolare nelle condizioni lavorative e abitative (39,5% in entrambi i casi).

Considerate queste differenze, è opportuno fare delle analisi più puntuali sulle **single dimensioni** della qualità della vita che sono state prese in esame. Una dimensione centrale riguardante la qualità della propria vita è il **benessere fisico**, analizzato nel Grafico 15. Tra i beneficiari che hanno usufruito del supporto sanitario (infermeria), la maggior parte ha riscontrato un significativo (32,4%) o un leggero **miglioramento** (41,2%), mentre il 26,5% non ha rilevato nessun cambiamento da quando è entrato/a in contatto con OZ Vagus.

**Grafico 15 - Percezione del miglioramento del proprio benessere fisico tra i beneficiari che hanno usufruito del supporto sanitario (infermeria)**

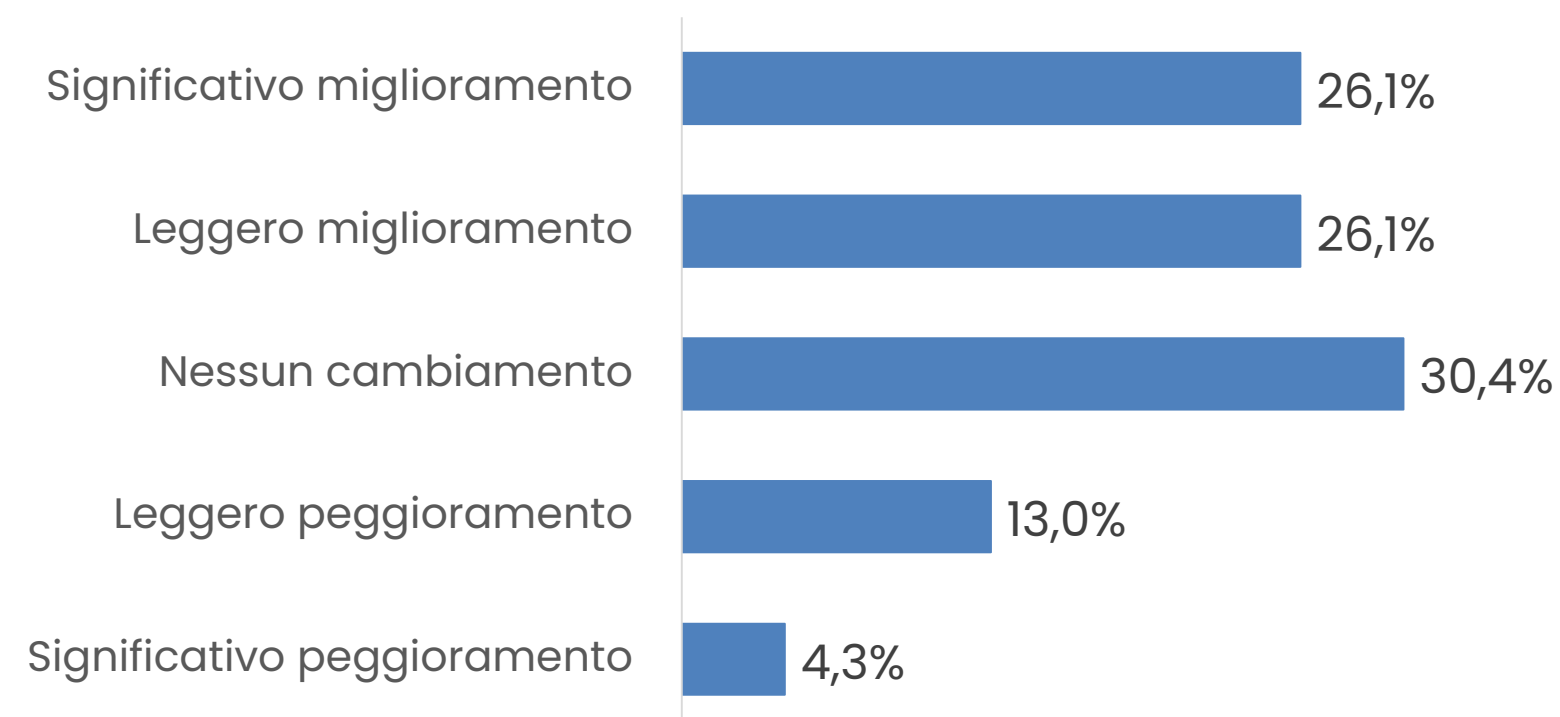


## D.1 L'IMPATTO PERCEPITO DAGLI UTENTI

### OZ VAGUS (Bratislava – Slovacchia)

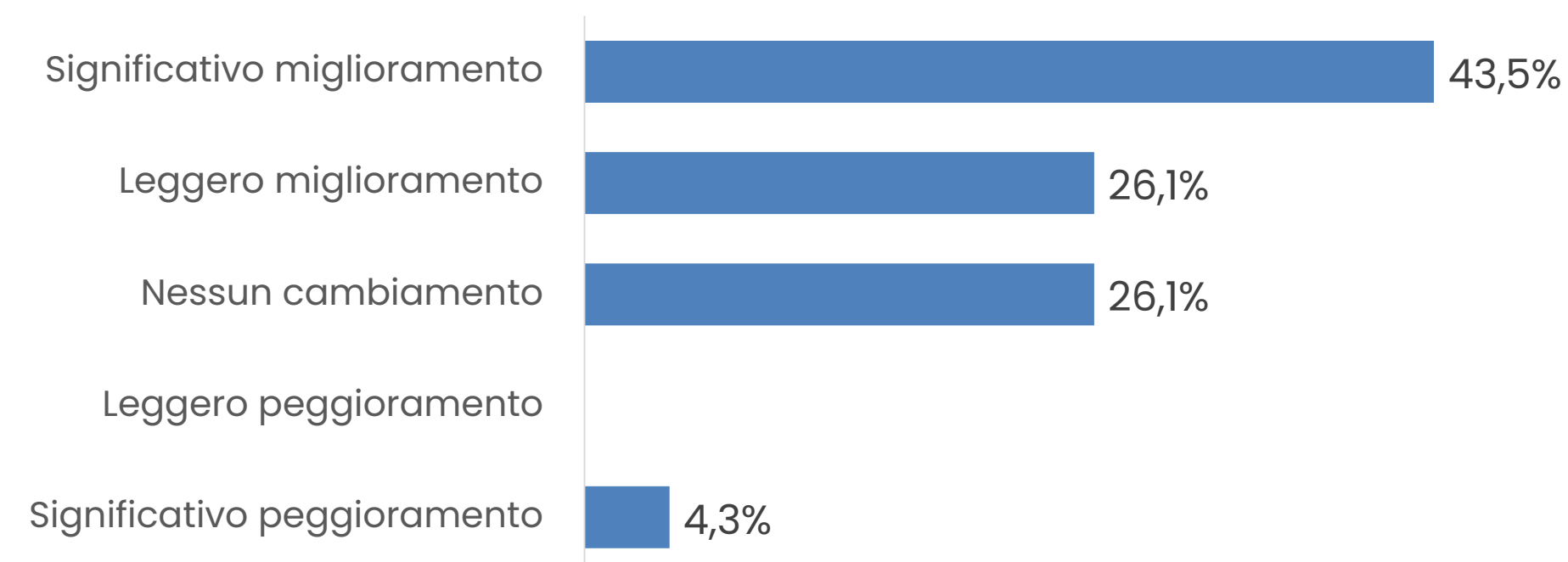
Un'ulteriore dimensione che è stata presa in esame è rappresentata dalle **condizioni lavorative** (Grafico 16), intese **sia** come **effettive che potenziali**. Tra i beneficiari che hanno usufruito del supporto socio-amministrativo, le condizioni lavorative sono percepite come **migliori**, da quando è avvenuto il contatto con OZ Vagus. In particolare, il 26,1% dichiara di aver percepito un significativo miglioramento e sempre il 26,1% afferma di aver notato un leggero miglioramento. Secondo il 30,4% non c'è stato nessun cambiamento. In percentuali minori viene segnalato un leggero (13%) e un significativo (4,3%) peggioramento.

Grafico 16 - Percezione del miglioramento delle proprie condizioni lavorative tra i beneficiari che hanno usufruito del supporto socio-amministrativo



Inoltre, un altro aspetto rilevante è dato dall'**abilità di svolgere attività socio-amministrative**. Se si considerano ancora coloro che hanno ricevuto supporto socio-amministrativo, rispetto alla percezione delle proprie abilità nello svolgimento di attività socio-amministrative si può notare dal Grafico 17 un **generale miglioramento**. In particolare, il 43,5% nota un significativo miglioramento in questo tipo di competenze e il 26,1% un leggero miglioramento. Nel 26,1% dei casi non viene segnalato alcun mutamento, mentre solo il 4,3% (solo una persona) dichiara di aver riscontrato un significativo peggioramento rispetto alle proprie capacità di svolgere compiti di tipo socio-amministrativo.

Grafico 17 - Percezione del miglioramento delle proprie abilità nello svolgimento di attività socio-amministrative tra i beneficiari che hanno usufruito del supporto socio-amministrativo



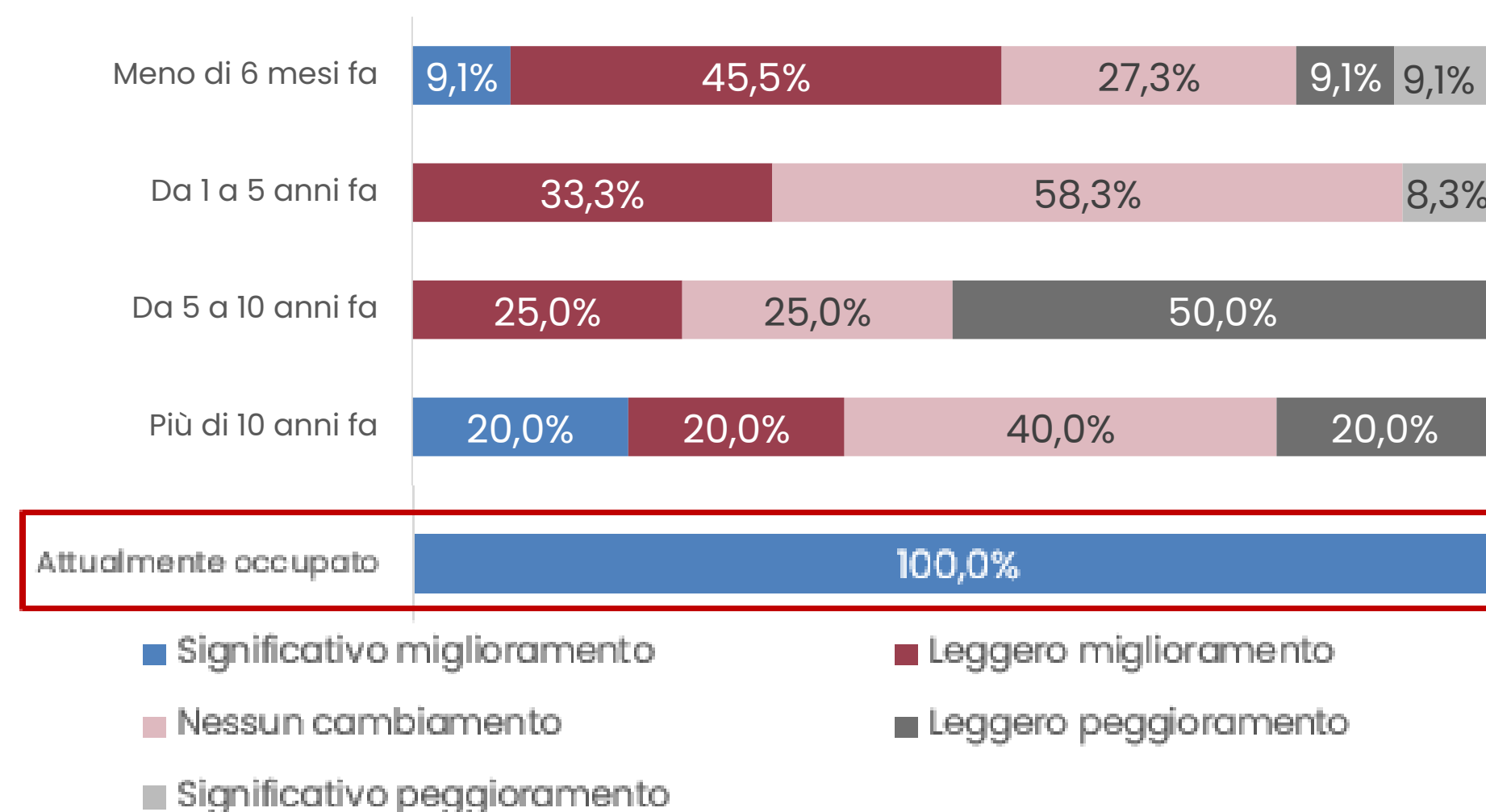
## D.1 L'IMPATTO PERCEPITO DAGLI UTENTI

### OZ VAGUS (Bratislava – Slovacchia)

In relazione alla percezione di miglioramento delle proprie **condizioni lavorative potenziali**, se si considera il **periodo in cui è terminata l'ultima esperienza professionale** dei beneficiari, la percezione del miglioramento delle condizioni lavorative **varia in base al tempo trascorso dall'ultima esperienza professionale**. Come mostra il Grafico 18, tra coloro che hanno smesso di lavorare più recentemente (meno di 6 mesi), prevalgono valutazioni di leggero (45,5%) o significativo miglioramento (27,3%). Analogamente, tra coloro che hanno terminato la propria esperienza professionale da 1 a 5 anni fa prevale la percezione di leggero (33,3%) o significativo (58,3%) miglioramento. Se si considerano invece coloro che non lavorano da più anni, la percentuale maggiore riguarda i beneficiari che non rileva cambiamenti o peggioramenti.

Alcuni **beneficiari** però dichiarano di essere **attualmente occupati** e questi ultimi riportano esclusivamente un significativo miglioramento delle proprie **condizioni lavorative effettive** (100%).

Grafico 18 - Percezione del miglioramento delle proprie condizioni lavorative in base al periodo in cui è terminata l'ultima esperienza professionale

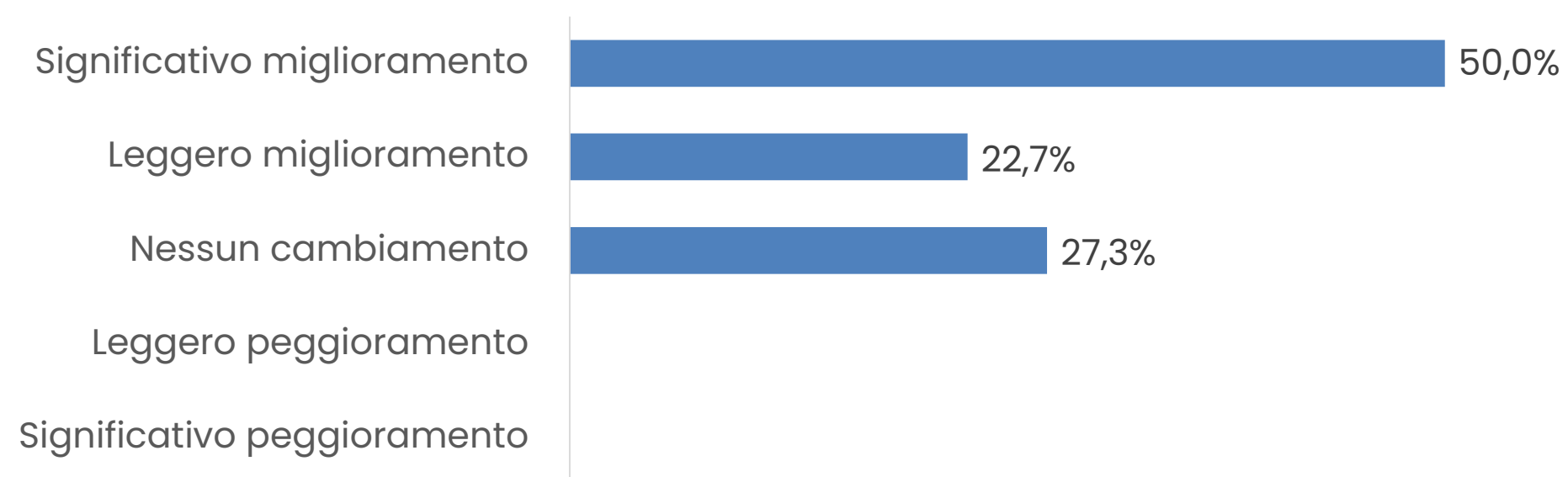


## D.1 L'IMPATTO PERCEPITO DAGLI UTENTI

### OZ VAGUS (Bratislava – Slovacchia)

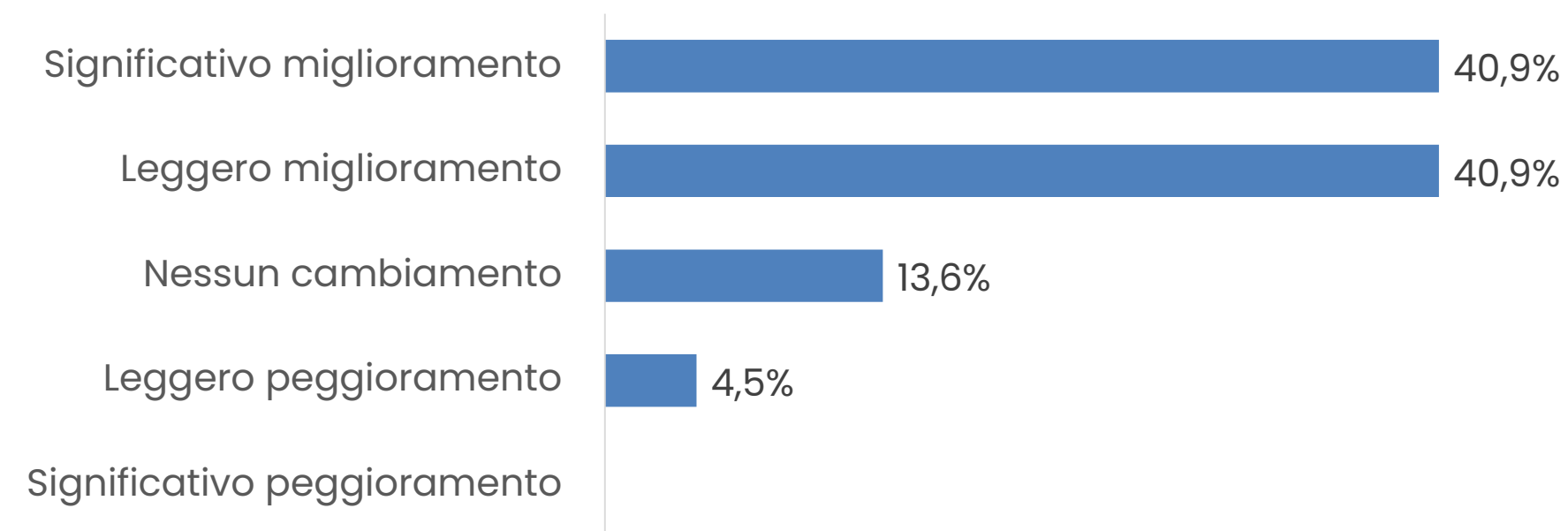
Un'altra variabile importante riguarda le **relazioni sociali** (Grafico 19). A questo proposito, la metà dei beneficiari che hanno usufruito del supporto psicologico e/o del servizio di counseling hanno notato un significativo **miglioramento**, il 22,7% un leggero miglioramento, il 27,3% nessun cambiamento.

**Grafico 19 – Percezione del miglioramento delle proprie relazioni sociali tra i beneficiari che hanno usufruito del supporto psicologico/counseling**



Inoltre, è stato considerato il **benessere psicologico** (Grafico 20). Tra coloro che hanno beneficiato del supporto psicologico e/o del servizio di counseling, la netta maggioranza ha rilevato un **miglioramento** da quando è entrata in contatto con OZ Vagus. In particolare, il 40,9% ha riscontrato un significativo miglioramento del proprio benessere psicologico e la stessa percentuale ha rilevato un leggero miglioramento. Il 13,6% non ha notato nessun cambiamento, mentre il 4,5% un leggero peggioramento.

**Grafico 20 – Percezione del miglioramento del proprio benessere psicologico tra i beneficiari che hanno usufruito del supporto psicologico/counseling**



Un'altra variabile importante per comprendere come si sentono i beneficiari è data dal proprio **benessere mentale**, che si è deciso di analizzare attraverso il **modo che hanno di pensare alla propria vita**, in particolare se in **maniera negativa**<sup>3</sup> oppure no (Tabella 2).

<sup>3</sup> Tenuto conto delle caratteristiche degli utenti, la domanda «Da quando hai conosciuto l'organizzazione, hai iniziato a pensare alla tua vita in modo meno negativo?» è stata formulata in questi termini, poiché si è ritenuto che enfatizzare un modo «più positivo» di pensare alla propria vita sarebbe risultato poco adeguato e potenzialmente stigmatizzante, considerando le condizioni di forte vulnerabilità in cui si trovano le persone senza dimora.

## D.1 L'IMPATTO PERCEPITO DAGLI UTENTI

### OZ VAGUS (Bratislava – Slovacchia)

Da quando hanno conosciuto OZ Vagus, i beneficiari dichiarano di pensare alla loro vita in maniera **completamente meno negativa** rispetto a prima nel 36,8% dei casi e molto meno negativa nel 56,3% dei casi, indicando che in generale dopo essere entrati in contatto con l'organizzazione tendono a pensare meno negativamente alle loro condizioni rispetto a prima.

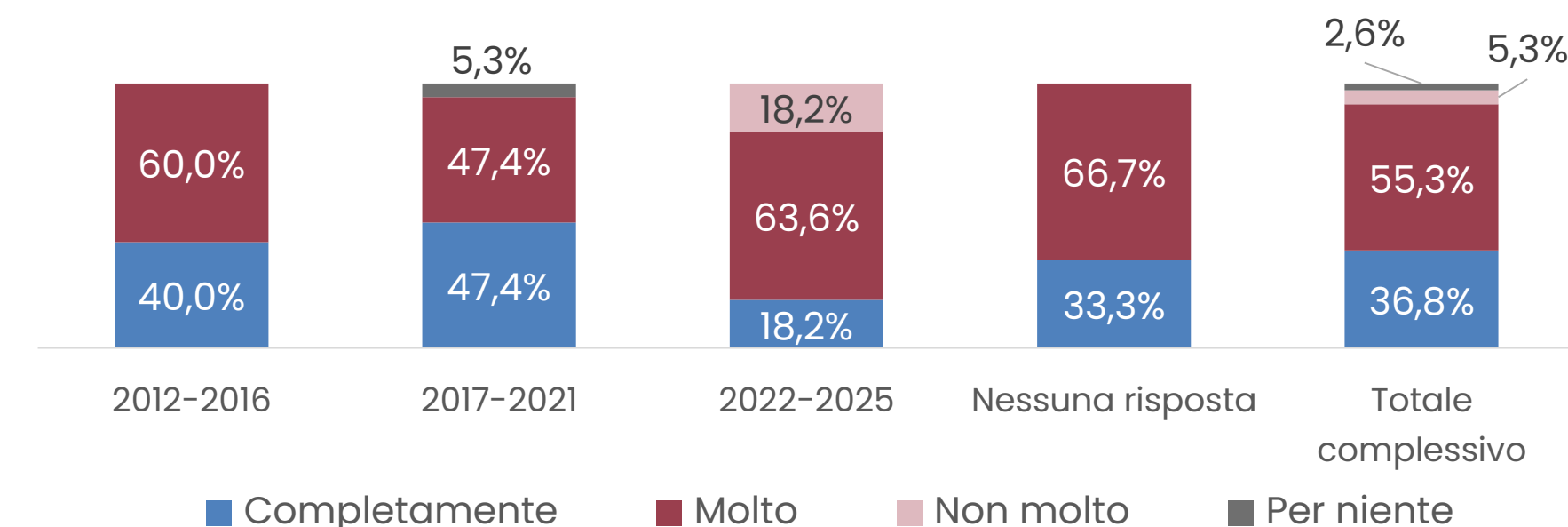
Tab. 2 - Modo di pensare alla propria vita (meno negativo) da quando i beneficiari sono entrati in contatto con OZ Vagus.

Da quando hai conosciuto OZ Vagus, hai iniziato a pensare alla tua vita in modo meno negativo?	Percentuale di risposta dei beneficiari
Completamente	36,8%
Molto	55,3%
Non molto	5,3%
Per niente	2,6%
<b>Totale</b>	<b>100,0%</b>

Questo aspetto può essere indagato anche in base al **periodo** in cui i beneficiari hanno avuto il **primo contatto con OZ Vagus** (Grafico 21). In tutti i casi la maggior parte dei beneficiari ha iniziato a **pensare in maniera molto meno negativa alla propria vita o completamente meno negativa** da quando sono entrati in contatto con l'organizzazione.

Tuttavia, tra coloro che sono entrati in contatto con l'organizzazione tra il 2022 e il 2025 una percentuale rilevante dichiara di non aver iniziato a pensare in modo meno negativo alla propria vita (18,2%). Se si prende in considerazione il totale complessivo si può dedurre che la netta maggioranza (92,1%) dei beneficiari dichiara di pensare in maniera meno negativa alla propria vita.

Grafico 21 - Modo di pensare alla propria vita (meno negativo) in base al periodo in cui è venuto il primo contatto dei beneficiari con OZ Vagus



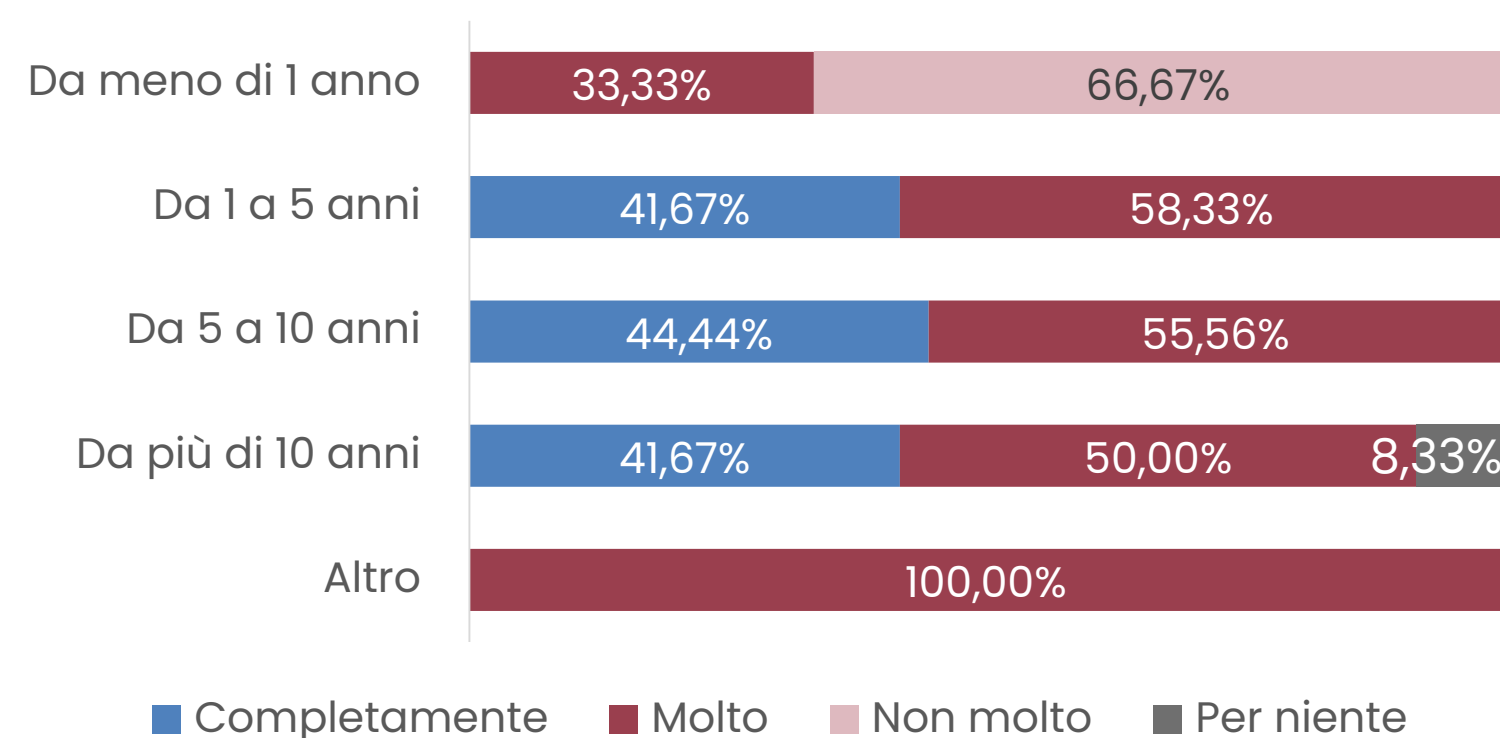
È opportuno considerare questo dato in relazione agli **anni da cui i beneficiari vivono senza dimora** (Grafico 22). Tra coloro che vivono senza dimora da meno anni prevalgono valutazioni meno positive: tra i beneficiari che sono senza dimora da meno di un anno il 66,67% dichiara di non pensare molto alla propria vita in maniera meno negativa, mentre solo il 33,33% afferma di pensare alla propria vita in maniera molto meno negativa.

## D.1 L'IMPATTO PERCEPITO DAGLI UTENTI

### OZ VAGUS (Bratislava – Slovacchia)

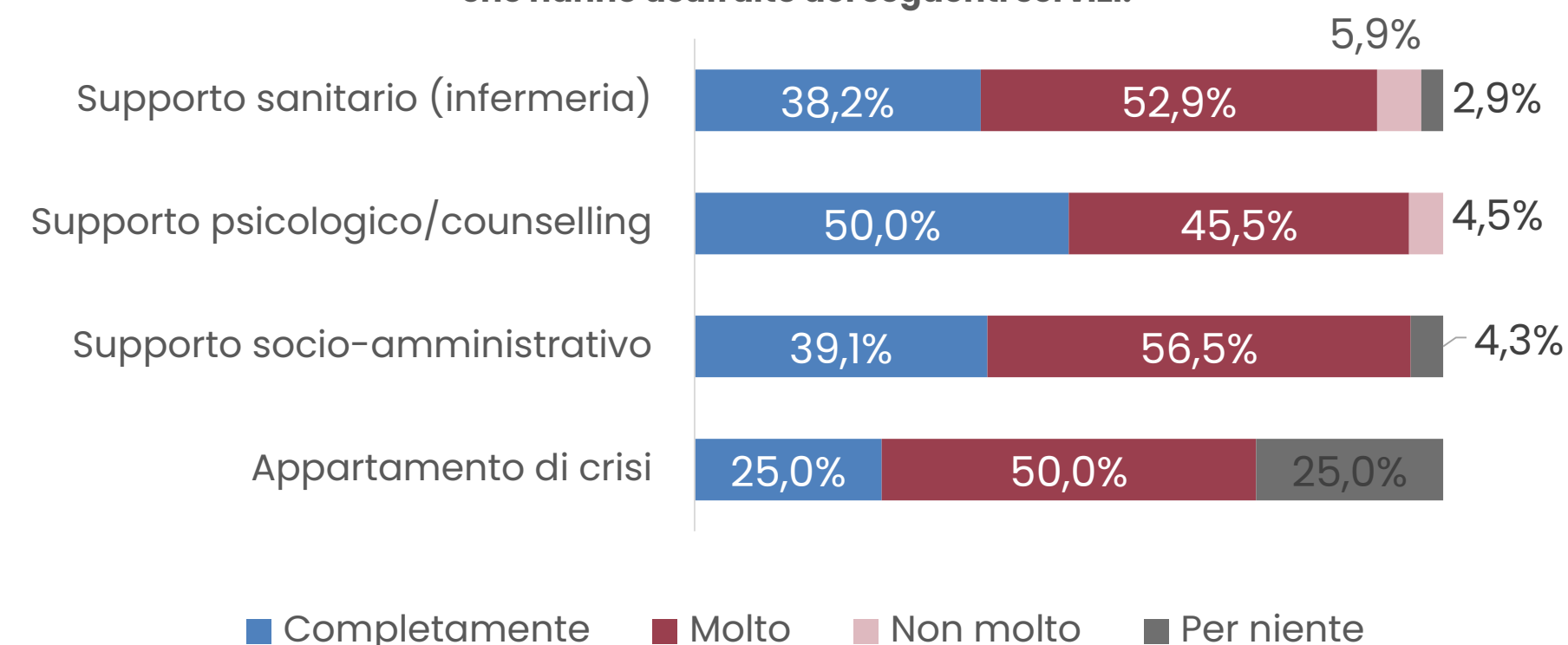
Con l'aumentare degli anni da cui le persone vivono senza dimora si osserva un **progressivo miglioramento della percezione** ("completamente" e "molto"), in particolare per coloro che vivono in questa condizione da 1 a 10 anni. Nello specifico, tra coloro che sono senza dimora da 1 a 5 anni, da 5 a 10 anni e da più di 10 anni, oltre il 40% dei beneficiari dichiara di pensare alla propria vita in modo completamente meno negativo. Sembrerebbe quindi esserci una relazione positiva tra la durata del supporto e il miglioramento del modo di pensare alla propria vita, evidenziando come gli effetti dell'intervento tendano a consolidarsi nel medio-lungo periodo.

**Grafico 22 - Modo di pensare alla propria vita (meno negativo) in base al numero di anni da cui i beneficiari di OZ Vagus vivono senza dimora**



È opportuno considerare anche come è cambiato il modo di pensare alla propria vita in relazione ai **servizi di cui i beneficiari hanno usufruito**. Il Grafico 23 evidenzia che per tutti i servizi **prevalgono valutazioni positive**, con un'elevata incidenza delle risposte "completamente" e "molto". Il supporto psicologico/counseling e quello sanitario mostrano le percentuali più alte di percezione positiva complessiva. Il supporto socio-amministrativo evidenzia un andamento analogo, con una quota residuale di valutazioni non positive (solo il 4,3%). L'appartamento di crisi presenta una maggiore variabilità nelle risposte, includendo una percentuale rilevante (25%) di percezioni negative. Nel complesso, l'accesso ai servizi risulta associato a un miglioramento del modo di pensare alla propria vita.

**Grafico 23 - Modo di pensare alla propria vita (meno negativo) dai beneficiari che hanno usufruito dei seguenti servizi:**



## D.1 L'IMPATTO PERCEPITO DAGLI UTENTI

### OZ VAGUS (Bratislava – Slovacchia)

Successivamente, sono state prese in esame le variabili del genere e dell'età per approfondire l'**utilizzo dei servizi** (i grafici descritti in questo paragrafo sono stati inseriti in Appendice – p. 82).

Se si considera il **genere** dei beneficiari **in base ai servizi utilizzati**, si può notare dal Grafico App. 6 una **netta prevalenza maschile** in tutte le categorie di servizi e ciò è in linea con il dato più generale, ovvero che i beneficiari sono in netta prevalenza uomini. Il picco di utenza maschile si registra nel supporto socio-amministrativo (82,6%), mentre la componente femminile è presente soprattutto nel supporto psicologico (36,4%), suggerendo una maggiore propensione o necessità delle donne verso questo servizio rispetto agli altri.

Per quanto riguarda invece la distribuzione dei beneficiari per **fasce d'età in base ai servizi utilizzati**, è evidente dal Grafico App. 7 come la domanda di servizi **vari sensibilmente con l'età**. Nel caso del supporto sanitario e di quello psicologico è presente una distribuzione relativamente omogenea tra le diverse fasce d'età, con una presenza significativa di giovani-adulti (dai 20 ai 49 anni). Al contrario, il supporto socio-amministrativo è fortemente polarizzato sulle fasce d'età più alte, con oltre il 43% dei beneficiari appartenenti alla fascia 50-59 anni che hanno usufruito di questo servizio. L'appartamento di crisi invece è stato utilizzato esclusivamente da due fasce d'età: 50-59 anni (75%) e 20-29 anni (25%), indicando criticità abitative concentrate in fasi di vita specifiche.

Se invece si osserva l'**utilizzo dei tipi di supporto in base al genere** (Grafico App. 8), si comprende che tra tutti gli uomini l'89,7% ha utilizzato il supporto sanitario, seguito da quello socio-amministrativo (65,5%).

Nel caso delle donne invece sono stati utilizzati nella stessa misura il supporto sanitario e quello psicologico (entrambi all'88,9%), con una richiesta di supporto socio-amministrativo molto inferiore rispetto agli uomini (44,4%). L'utilizzo dell'Appartamento di crisi è quasi identico tra i due generi (10-11%).

Per quanto concerne invece l'**utilizzo dei tipi di supporto in base alle fasce d'età** (Grafico App. 9), il **supporto sanitario** è l'unico servizio richiesto dal 100% degli utenti nelle fasce d'età centrali (20-49 anni), mentre il supporto psicologico raggiunge il suo apice tra i 60-69 anni (83,3%), mentre diminuisce drasticamente tra i 49 anni (42,9%). Il supporto socio-amministrativo mostra una crescita costante con l'avanzare dell'età, culminando nel 100% della fascia 50-59 anni. L'utilizzo dell'appartamento di crisi presenta un picco rilevante nella fascia 70-79 anni (50%), segnalando una vulnerabilità abitativa nella terza età.

Infine, anche nel caso della **percezione della qualità della propria vita** e del **modo di pensare a essa** si possono fare delle considerazioni in relazione al genere e all'età dei beneficiari (anche in questo caso i grafici sono presenti nell'Appendice – p. 83).

Per quanto riguarda la percezione di miglioramento della propria vita **in base al genere** (Grafico App. 10), tra tutte le donne il 44,4% dichiara un «Significativo miglioramento» della propria vita e il 33,3% un «Leggero miglioramento» da quando hanno conosciuto OZ Vagus (77,7% in totale). Analogamente, il 75,5% degli uomini dichiara di percepire un significativo o un leggero miglioramento. La percentuale di chi non riscontra alcun cambiamento è leggermente più alta tra gli uomini (24,1%) rispetto alle donne (22,2%).

## D.1 L'IMPATTO PERCEPITO DAGLI UTENTI

### OZ VAGUS (Bratislava – Slovacchia)

Se si considerano le **fasce d'età** (Grafico App. 12), è presente una **correlazione positiva tra l'avanzare dell'età e una percezione positiva** della propria qualità della vita. I beneficiari più giovani e i giovani adulti (20-49 anni) percepiscono in generale un miglioramento (ad esempio, l'80% della fascia 20-29 anni nota un «Leggero miglioramento»). La fascia 40-49, però, è l'unica in cui la maggioranza (57,1%) non dichiara cambiamenti. Tra le fasce d'età più alte (50-79 anni) si rileva un netto incremento del benessere percepito, infatti la percezione di «Significativo miglioramento» passa dal 50% (50-59 anni) al 75% nella fascia 70-79 anni.

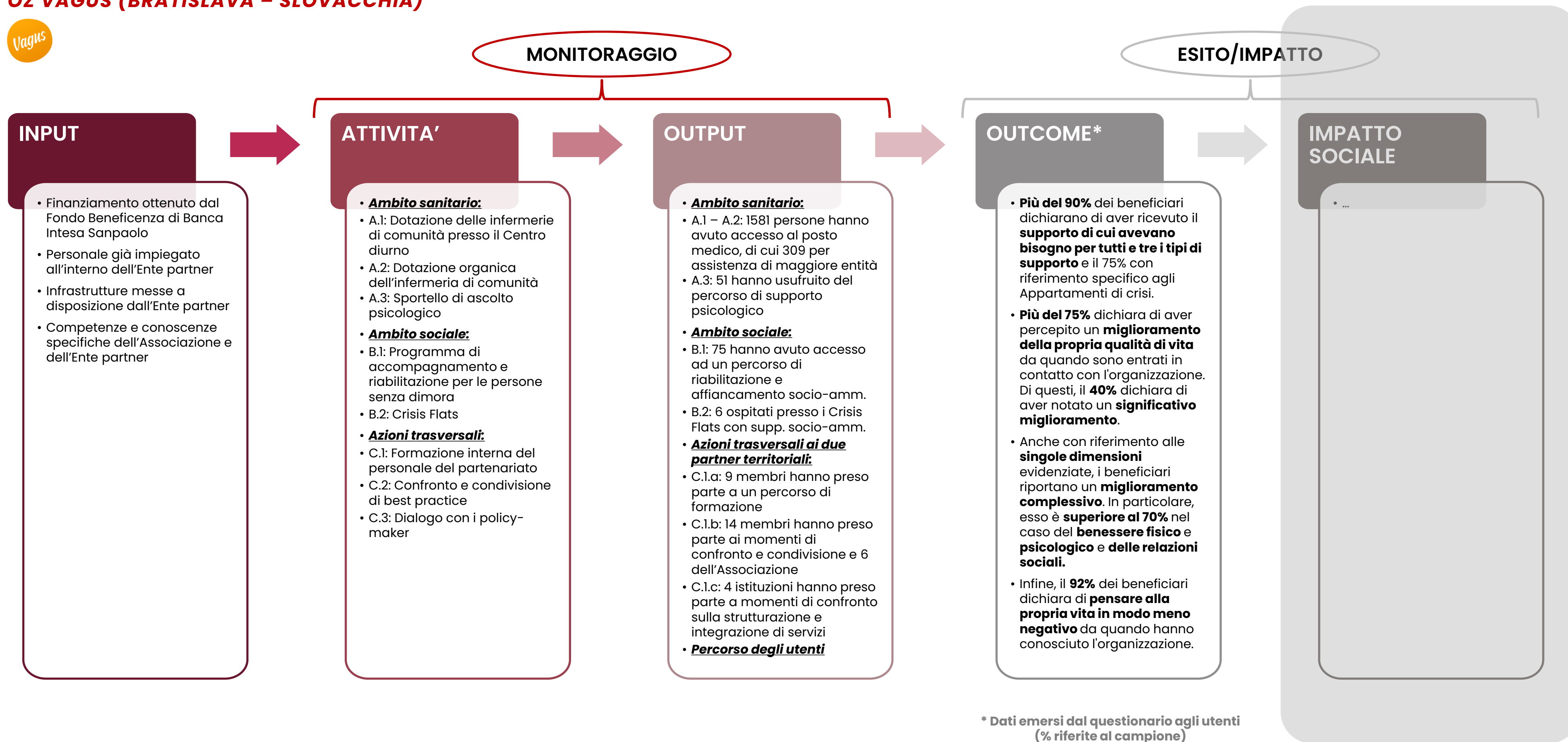
Per quanto riguarda il **modo di pensare alla propria vita (meno negativo) in base al genere** (Grafico App. 11), le donne mostrano un significativo cambiamento nel modo di pensare: il 66,7% infatti dichiara di pensare in modo "Completamente" meno negativo alla propria vita. Tra gli uomini invece il cambiamento è più graduale: la maggioranza (62,1%) risponde «Molto», ma emerge una piccola percentuale che dichiara «Per niente» (3,4%) che è invece assente tra le beneficiarie donne.

Infine, in relazione alle **fasce d'età** (Grafico App. 13), a partire dai 60 anni il 100% dei beneficiari dichiara di pensare in maniera «completamente» o «molto» meno negativa alla propria vita (50% per entrambe le fasce 60-69 e 70-79). La fascia 20-29 e quella 40-49 presentano invece le percentuali più alte di chi sente di non pensare in modo molto meno negativo alla propria vita (rispettivamente 20% e 14,3%). La fascia 30-39 mostra un segnale positivo con il 100% di risposte positive divise tra «Completamente» (33,3%) e «Molto» (66,7%).



# La catena del valore dell'Impatto Sociale di "Bridges of Change" | Outcome

## OZ VAGUS (BRATISLAVA – SLOVACCHIA)

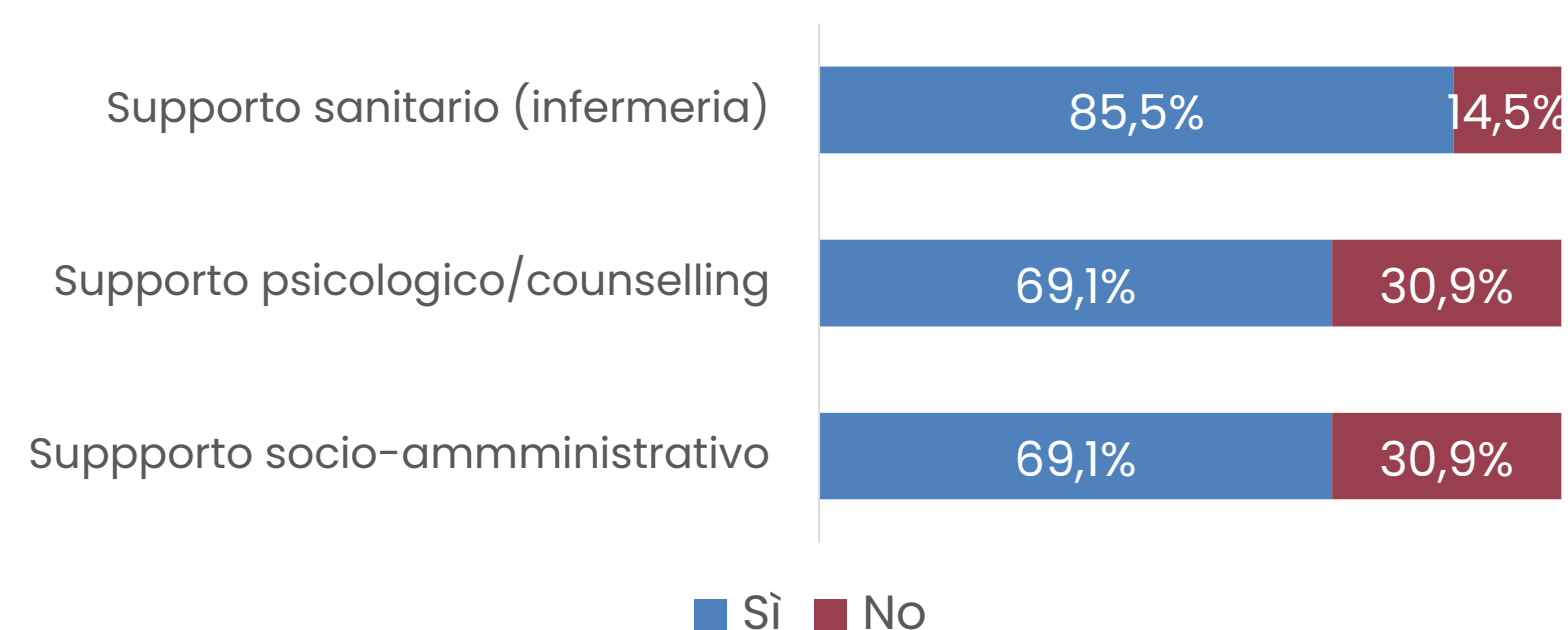


## D.1 L'IMPATTO PERCEPITO DAGLI UTENTI

### KRALJI ULICE (Lubiana – Slovenia)

Nel contesto sloveno, per quanto riguarda i **tipi di supporto** di cui hanno usufruito i beneficiari (Grafico 24), è importante ricordare che presso Kralji ulice i servizi offerti sono 3 anziché 4, in quanto non è previsto l'appartamento di crisi. Tra i 3 tipi di supporto presenti, anche qui (in maniera simile a OZ Vagus) quello che è stato maggiormente utilizzato è stato il **supporto sanitario (infermeria)**, di cui ha beneficiato l'85,5% dei beneficiari. In base alla percentuale di utilizzo, al secondo posto compaiono a pari merito il **supporto psicologico/counseling** e quello **socio-amministrativo**, utilizzati entrambi dal 69,1% dei beneficiari.

Grafico 24 - Tipi di supporto di cui i beneficiari hanno usufruito nel 2025 presso Kralji ulice



La Tabella 3 mostra le diverse **combinazioni** in cui sono stati utilizzati i **tipi di supporto**. Il 40% dei beneficiari ha utilizzato assieme tutti e tre i tipi di supporto offerti l'organizzazione.

Tab. 3: Tipi di supporto utilizzati dai beneficiari di Kralji ulice nelle loro combinazioni.

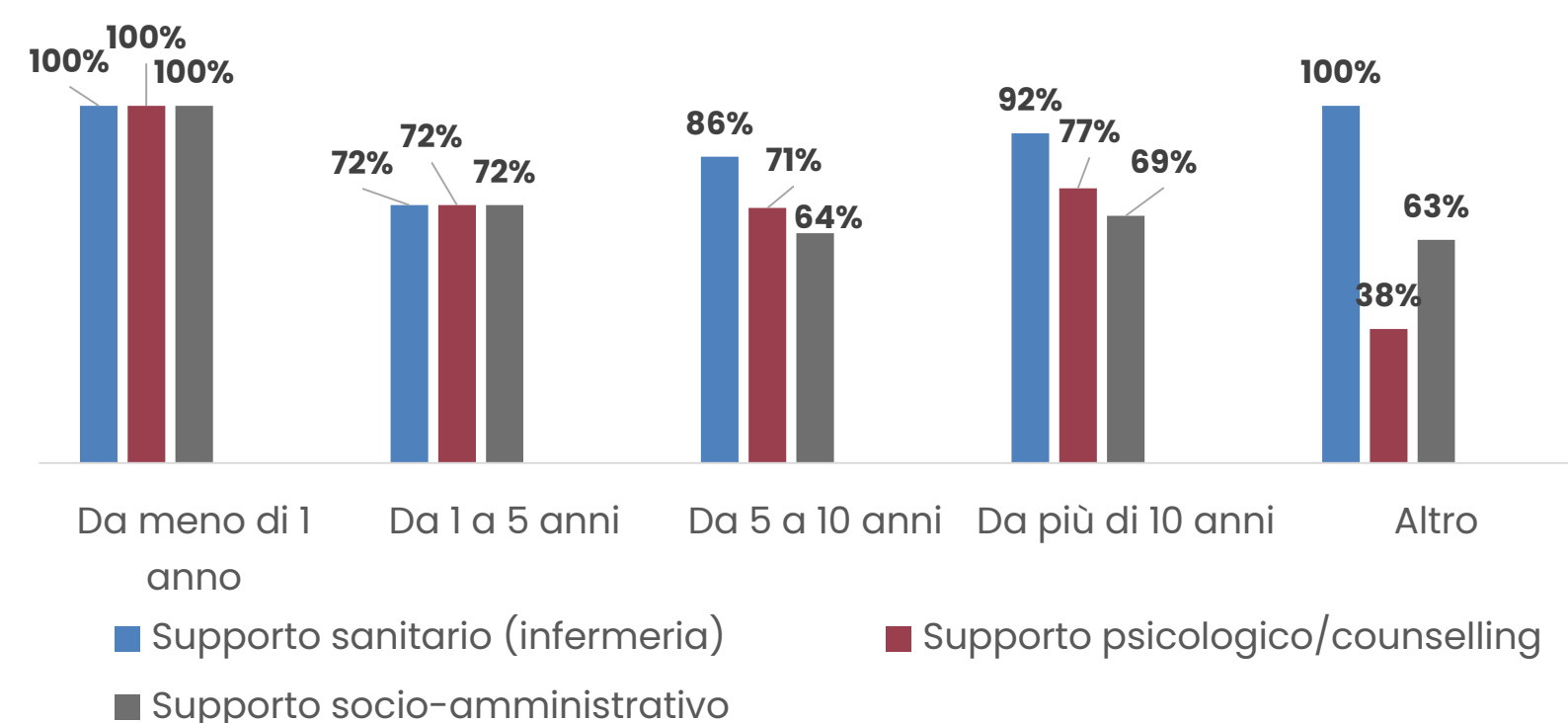
Combinazioni dei tipi di supporto di cui i beneficiari hanno usufruito nel 2025 presso Kralji ulice			Percentuali di beneficiari che hanno usufruito delle diverse combinazioni dei tipi di supporto presso Kralji ulice nel 2025
Supporto sanitario (infermeria)	Supporto psicologico/counseling	Supporto socio-amministrativo	
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	40,0%
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20,0%
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	14,5%
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10,9%
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	9,1%
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	5,5%
<b>Totale complessivo</b>			100%

## D.1 L'IMPATTO PERCEPITO DAGLI UTENTI

### KRALJI ULICE (Lubiana – Slovenia)

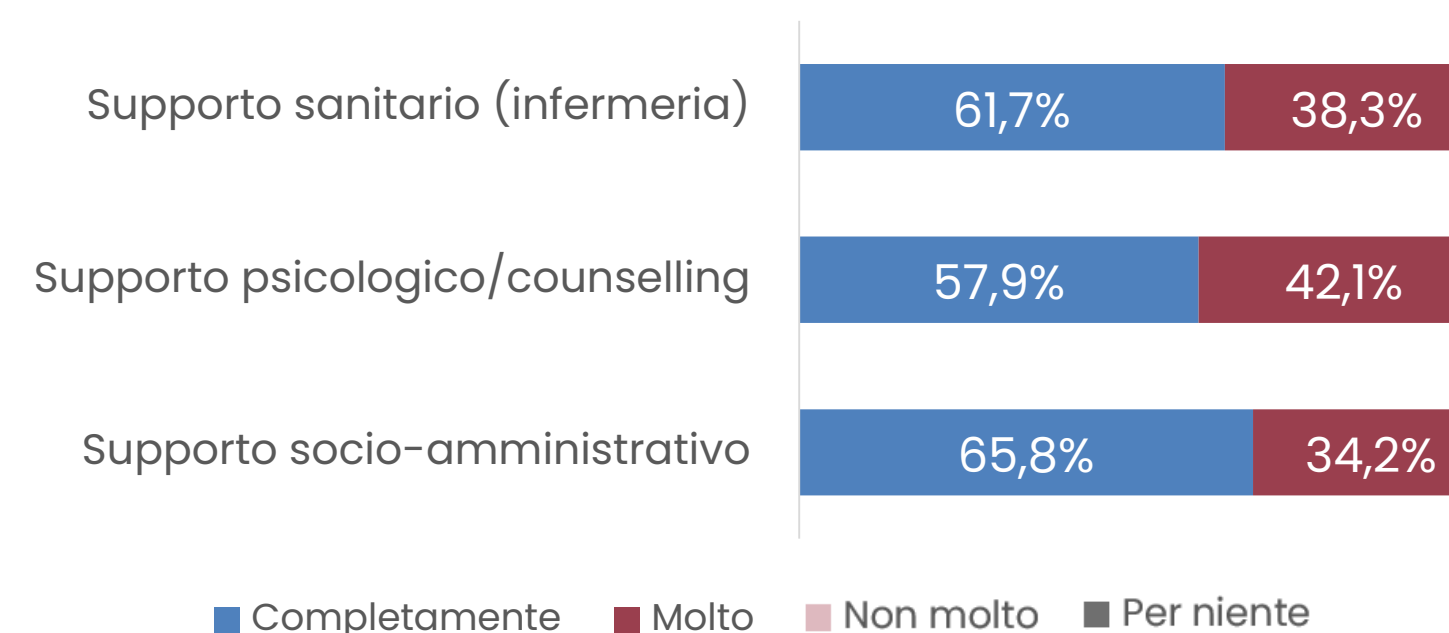
L'utilizzo dei diversi tipi di supporto varia in base agli **anni da cui i beneficiari vivono senza dimora** (Grafico 25). Il **supporto sanitario** risulta costantemente il più utilizzato, infatti è utilizzato dal 72% di coloro che vivono senza dimora da 1 a 5 anni fino al 100% di coloro che vivono senza dimora da meno di un anno o che hanno una dimora. Il supporto psicologico/counseling e quello socio-amministrativo sono utilizzati dal 100% di coloro che vivono senza dimora da meno di un anno, a indicare la forte necessità di tutte le forme di supporto disponibili da parte di chi vive in questa condizione da poco tempo. Vengono utilizzati allo stesso modo del supporto sanitario da coloro che sono senza dimora da 1 a 5 anni (72% in tutti e 3 i casi), mentre vengono utilizzati da meno persone tra coloro che vivono senza dimora da più di 5 anni.

Grafico 25 - Utilizzo di ciascun tipo di supporto in base al periodo da cui i beneficiari vivono senza dimora



Attraverso il questionario è stato misurato anche se i beneficiari **ritengono di aver effettivamente ricevuto il tipo di supporto di cui necessitano**, in base ai servizi di cui hanno usufruito (Grafico 26). Per tutti i servizi, i beneficiari dichiarano di aver ricevuto il supporto di cui avevano bisogno rispondendo **«completamente»** oppure **«molto»**.

Grafico 26 - Percezione di aver ricevuto il supporto di cui i beneficiari di Kralji ulice avevano bisogno in base ai servizi di cui hanno usufruito



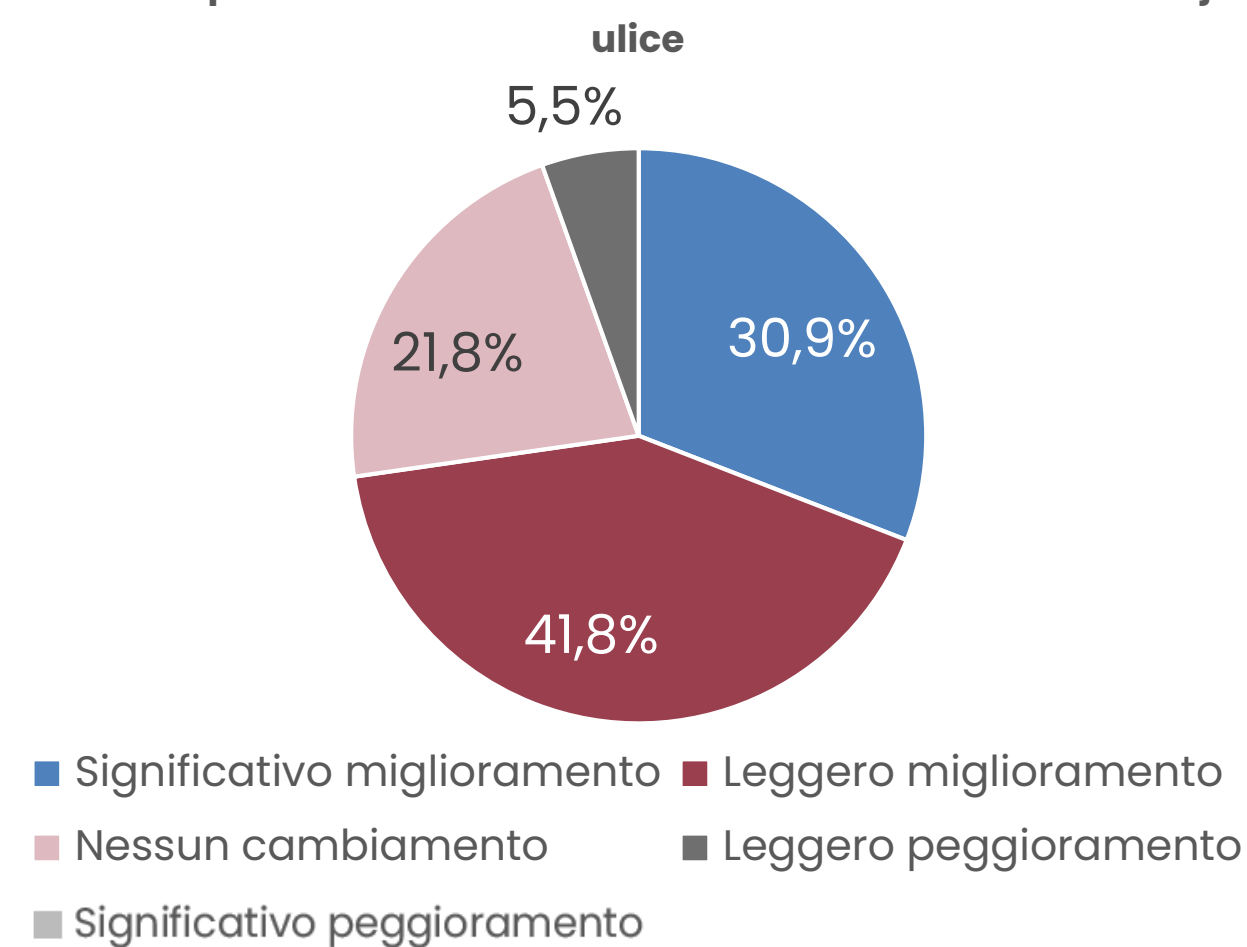
È stata analizzata poi la **percezione della qualità della propria vita** da quando i beneficiari hanno iniziato a usufruire dai tipi di supporto offerti tramite il progetto (Grafico 27). Rispetto a questo ambito, i dati mostrano uno **scenario generalmente positivo**.

## D.1 L'IMPATTO PERCEPITO DAGLI UTENTI

### KRALJI ULICE (Lubiana – Slovenia)

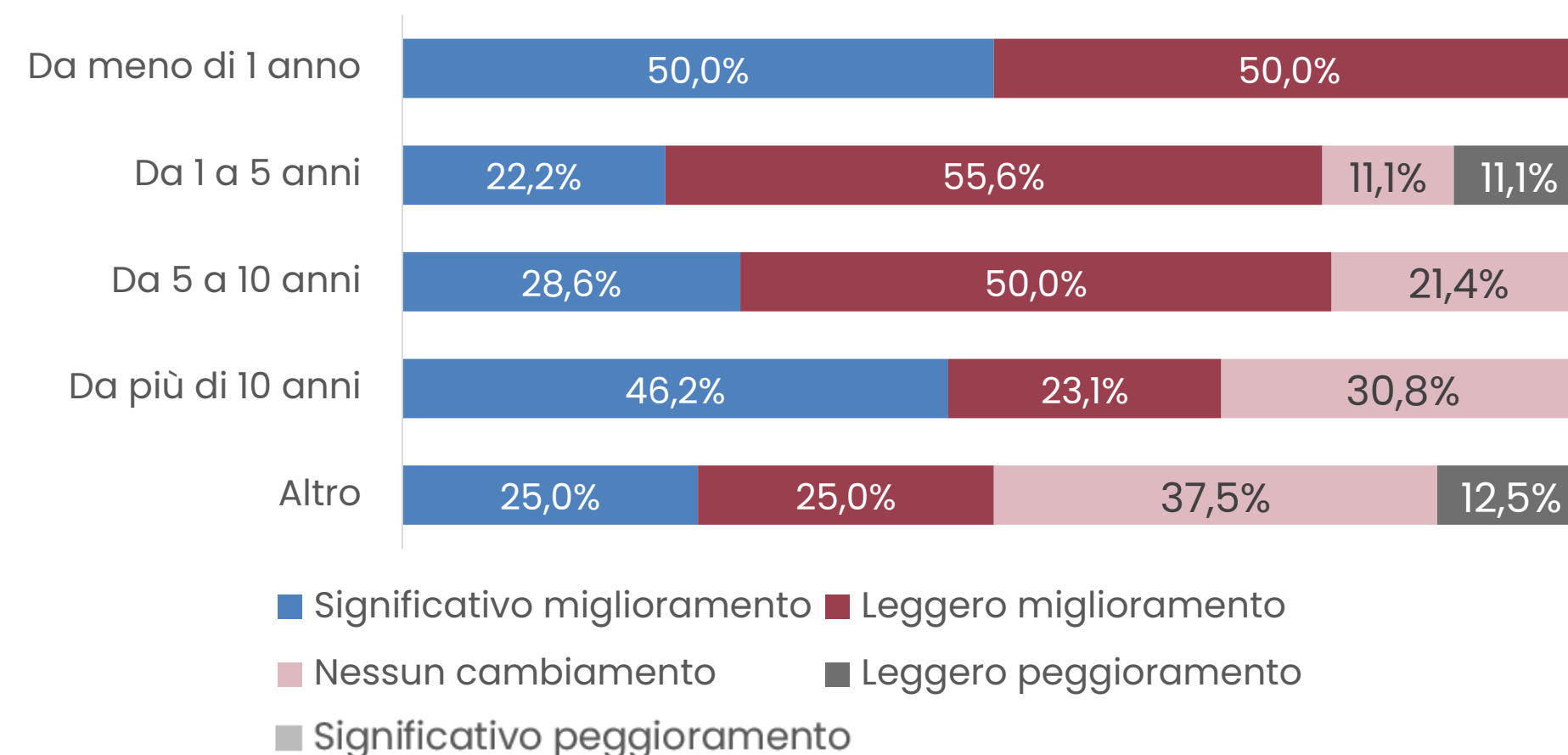
Il 30,9% dichiara di percepire un significativo miglioramento, il 41,8% un leggero miglioramento (quindi in totale quasi 3 beneficiari su 4 danno un riscontro molto positivo), mentre il 21,8% dichiara di non notare alcun cambiamento. Tuttavia, alcuni beneficiari dichiarano di percepire un leggero peggioramento nella loro qualità della vita (5,5%, pari a 3 persone).

Grafico 27 - Percezione di miglioramento della propria qualità di vita da quando i beneficiari sono entrati in contatto con Kralji ulice



In relazione agli **anni da cui i beneficiari vivono senza dimora** (Grafico 28), notano un significativo **miglioramento** soprattutto coloro che vivono in questa condizione da meno di un anno (50%) o da più di 10 anni (46,2%). Le percentuali di coloro che percepiscono un «leggero miglioramento» sono comunque significative in diversi gruppi (ad esempio, 50% tra coloro che vivono senza dimora da meno di un anno e da 5 a 10 anni, 55,6% tra coloro che vivono in questa condizione da 1 a 5 anni). Tuttavia, ci sono percentuali abbastanza elevate di chi non percepisce **nessun cambiamento** tra tutti eccetto coloro che vivono senza dimora da meno di un anno.

Grafico 28 - Percezione di miglioramento della propria qualità di vita in base agli anni da cui i beneficiari vivono senza dimora

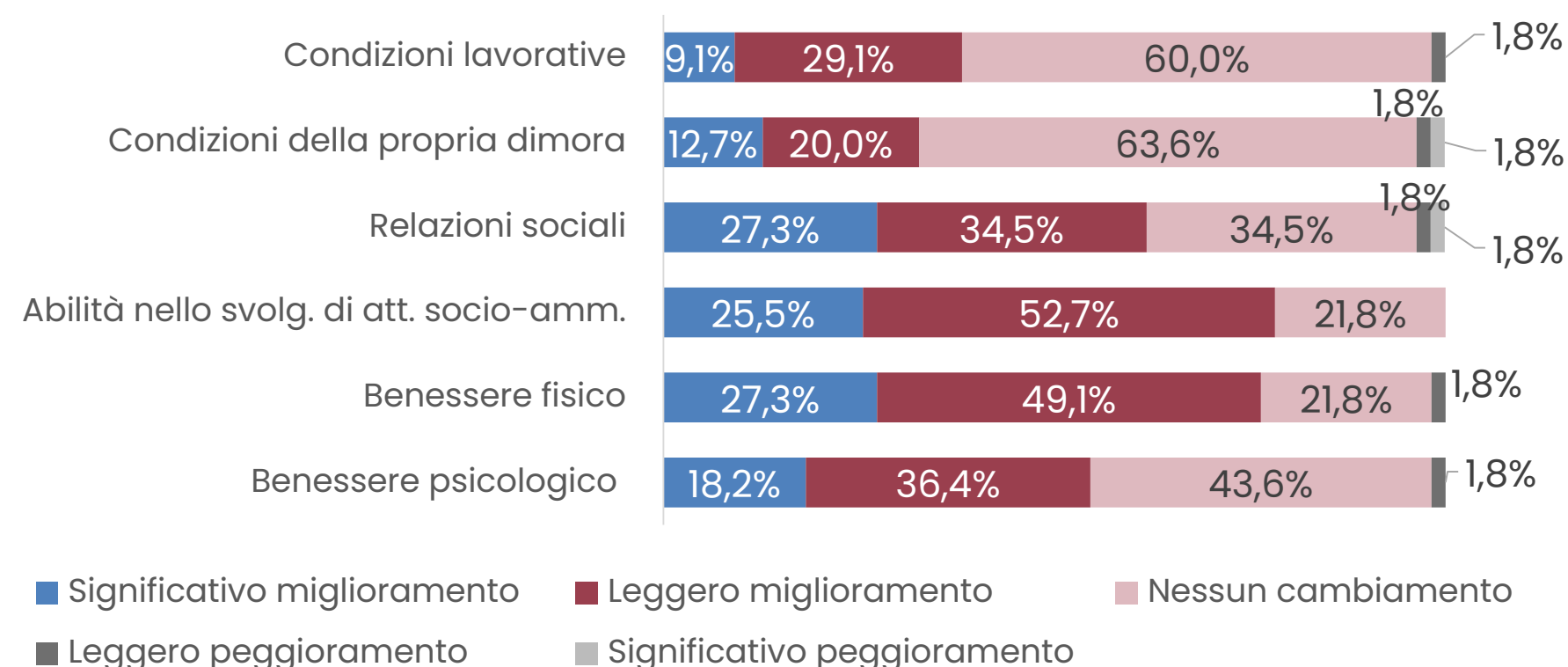


## D.1 L'IMPATTO PERCEPITO DAGLI UTENTI

### KRALJI ULICE (Lubiana – Slovenia)

Se si considerano i **diversi aspetti della vita** che sono stati considerati per verificare la percezione di miglioramento dei beneficiari, si possono notare alcune differenze, proprio in base alle diverse dimensioni (Grafico 29).

**Grafico 29 – Percezione di miglioramento nei seguenti ambiti della propria vita, da quando i beneficiari sono entrati in contatto con Kralji ulice:**

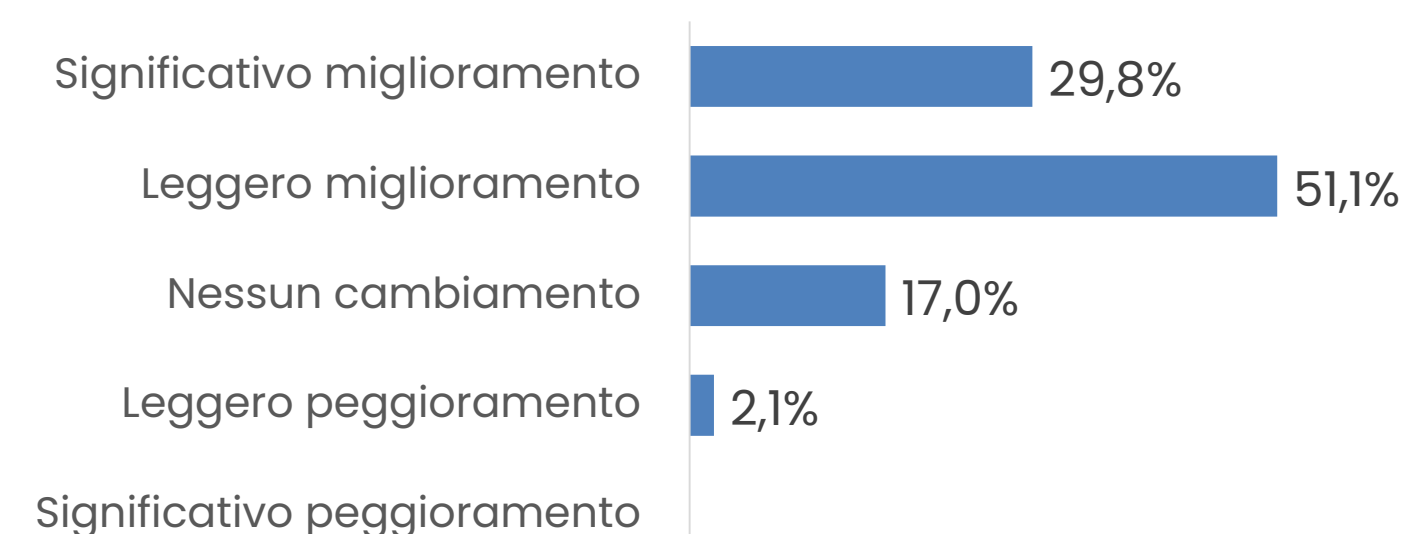


La percezione di **miglioramento** sembra essere elevata soprattutto per quanto riguarda le abilità socio-amministrative e il benessere fisico, che registrano rispettivamente per il 78,2% e il 76,4% di risposte di significativo o leggero miglioramento. Si riscontra un miglioramento anche nelle relazioni sociali e nel benessere psicologico, sebbene con percentuali più moderate che si attestano rispettivamente tra il 61,8% e il 54,6%.

Al contrario, le condizioni strutturali legate al lavoro e alla dimora appaiono come percepite meno positivamente, con oltre il 60% dei beneficiari che non rileva cambiamenti sostanziali. I peggioramenti (leggeri o significativi), invece, sono quasi inesistenti, limitati a una quota marginale dell'1,8% per quasi ogni ambito della qualità della vita analizzato.

Considerate queste differenze, è opportuno fare delle analisi più puntuali sulle **single dimensioni** della qualità della vita che sono state prese in esame. Una dimensione centrale riguardante la qualità della propria vita è il **benessere fisico** (Grafico 30). Tra i beneficiari che hanno usufruito del supporto sanitario (infermeria), la maggior parte ha riscontrato un significativo (28,9%) o un leggero **miglioramento** (51,1%), mentre il 17% non ha rilevato nessun cambiamento. Solo il 2,1% ha notato un leggero peggioramento da quando è entrato/a in contatto con Kralji ulice.

**Grafico 30 – Percezione del miglioramento del proprio benessere fisico tra i beneficiari che hanno usufruito del supporto sanitario (infermeria)**

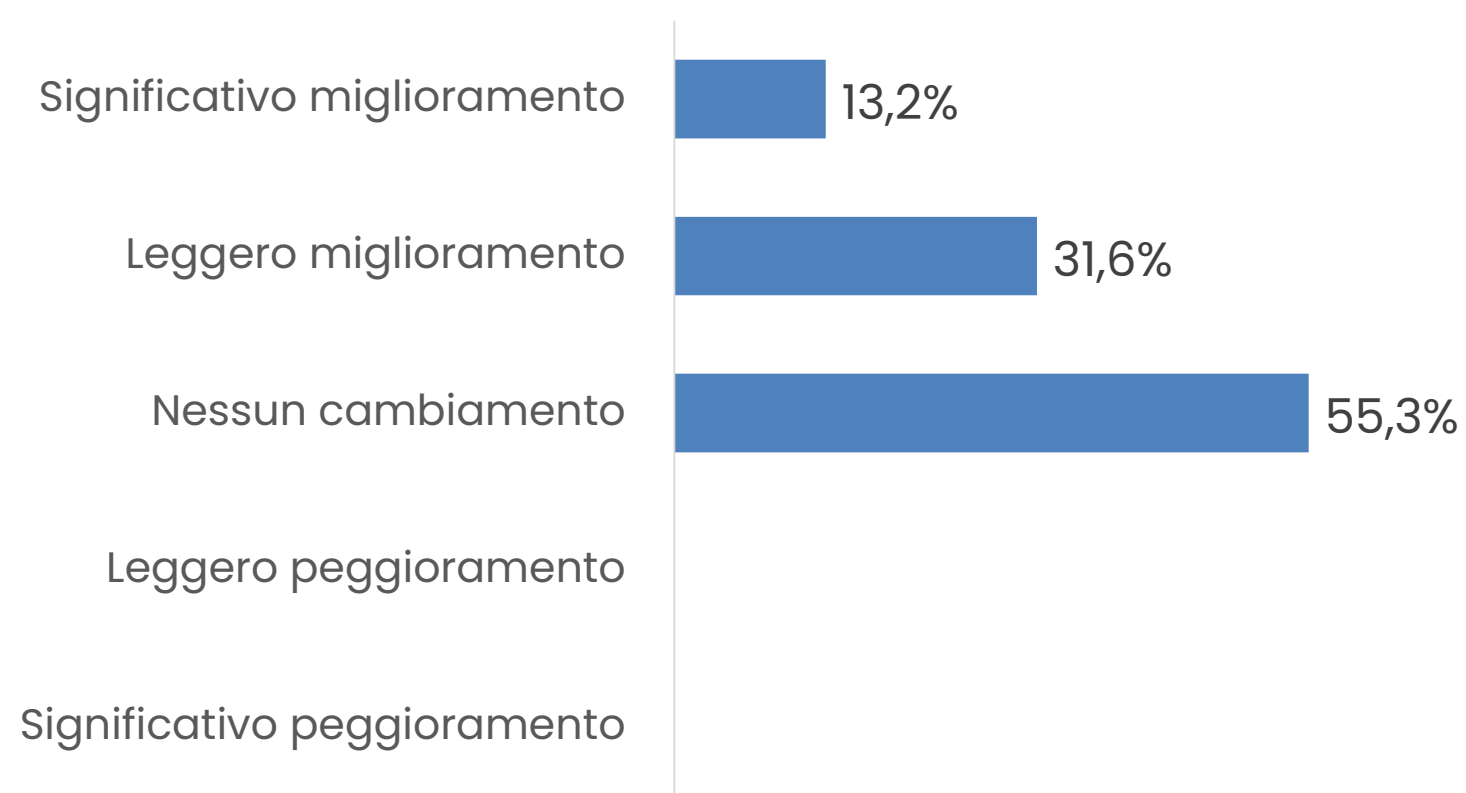


## D.1 L'IMPATTO PERCEPITO DAGLI UTENTI

### KRALJI ULICE (Lubiana – Slovenia)

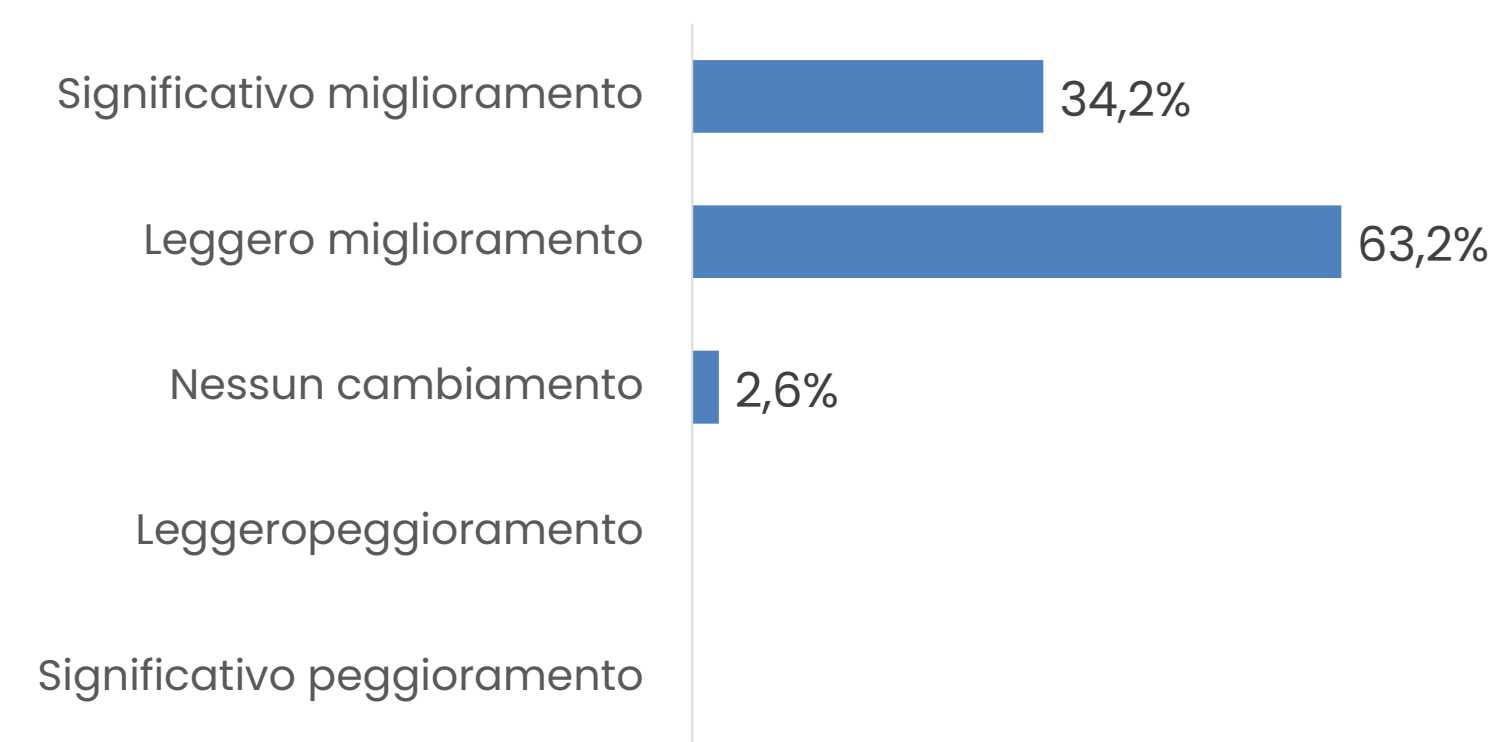
Un'ulteriore dimensione che è stata presa in esame è rappresentata dalle **condizioni lavorative** (Grafico 31). Tra i beneficiari che hanno usufruito del supporto socio-amministrativo, le condizioni lavorative sono largamente percepite come **migliori** da quando è avvenuto il primo contatto con Kralji ulice. In particolare, il 34,2% dichiara di aver percepito un significativo miglioramento e il 63,2% afferma di aver notato un leggero miglioramento, per un totale di 97,4% risposte molto positive.

**Grafico 31 - Percezione del miglioramento delle proprie condizioni lavorative tra i beneficiari che hanno usufruito del supporto socio-amministrativo**



Inoltre, un altro aspetto rilevante è dato dall'**abilità di svolgere attività socio-amministrative** (Grafico 32). Se si considerano ancora coloro che hanno ricevuto supporto socio-amministrativo, rispetto alla percezione delle proprie abilità nello svolgimento di attività socio-amministrative si può notare che più della metà (55,3%) dei beneficiari non ha rilevato **nessun cambiamento**. Tuttavia, la restante parte (44,8%) afferma di percepire un miglioramento (leggero o significativo), mentre non sono state dichiarate percezioni di peggioramento.

**Grafico 32 - Percezione del miglioramento delle proprie abilità nello svolgimento di attività socio-amministrative tra i beneficiari che hanno usufruito del supporto socio-amministrativo**



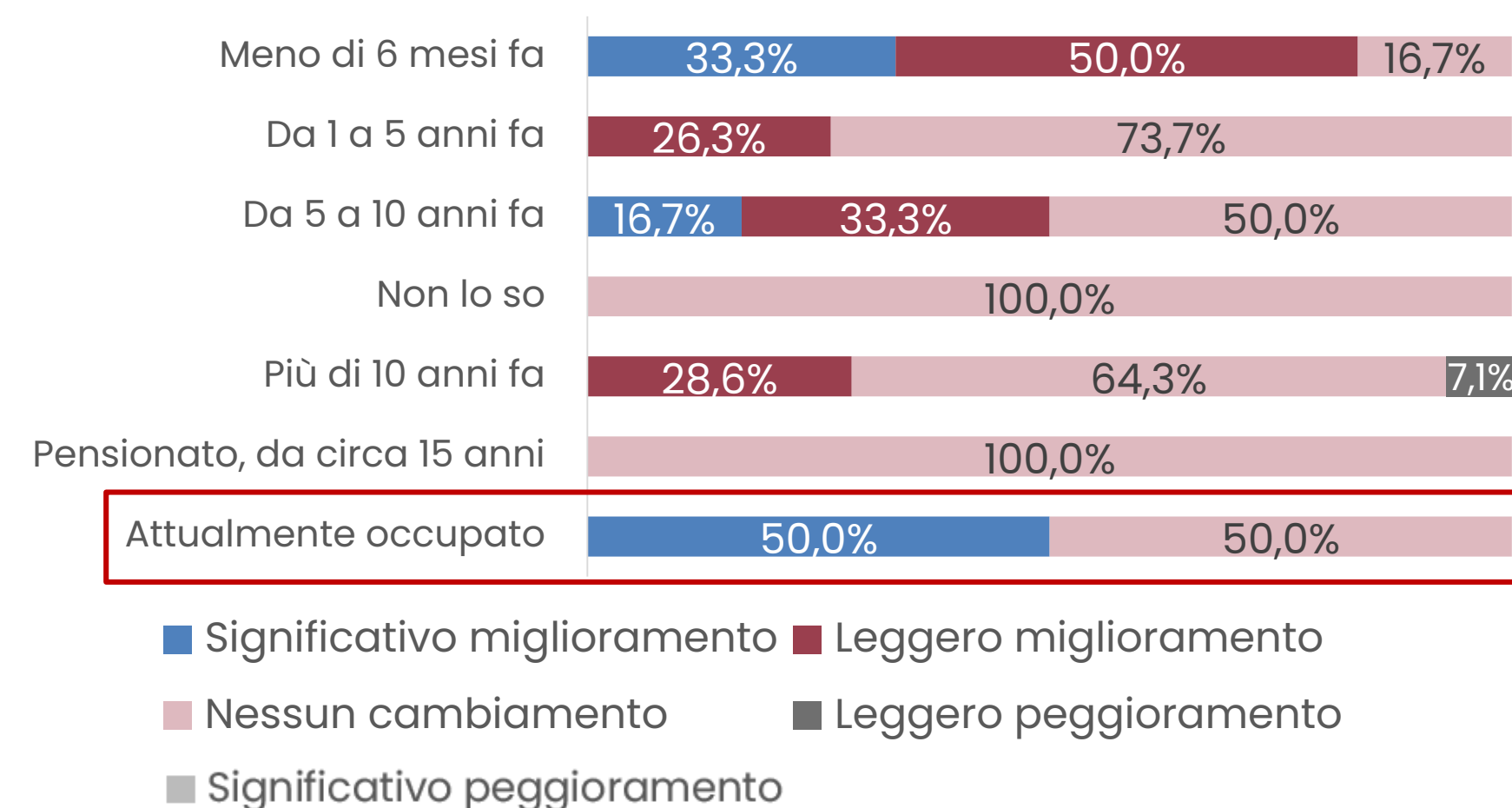
## D.1 L'IMPATTO PERCEPITO DAGLI UTENTI

### KRALJI ULICE (Lubiana – Slovenia)

In relazione alla percezione di miglioramento delle proprie **condizioni lavorative potenziali**, se si considera il **periodo in cui è terminata l'ultima esperienza professionale** dei beneficiari (Grafico 33) si può notare che la percezione del miglioramento delle condizioni lavorative **varia in base al tempo trascorso dall'ultima esperienza professionale**. Tra coloro che hanno smesso di lavorare più recentemente (meno di 6 mesi), prevalgono valutazioni di leggero (50%) o significativo miglioramento (33,3%). Per quanto riguarda le altre categorie, invece, le percentuali di chi non ha percepito nessun cambiamento sono alte (73,7% tra chi non lavora più da 1 a 5 anni, 50% tra chi ha terminato l'ultima esperienza lavorativa da 5 a 10 anni fa e 64,3% tra chi non lavora da più di 10 anni). In queste categorie la percentuale di coloro che rilevano un leggero miglioramento è più ridotta ma comunque significativa (attorno al 30%).

Alcuni **beneficiari** però dichiarano di essere **attualmente occupati**, tra questi la **metà** ha rilevato un significativo **miglioramento** delle proprie **condizioni lavorative effettive**, l'altra **metà nessun cambiamento**.

**Grafico 33 - Percezione del miglioramento delle proprie condizioni lavorative in base al periodo in cui è terminata l'ultima esperienza professionale**

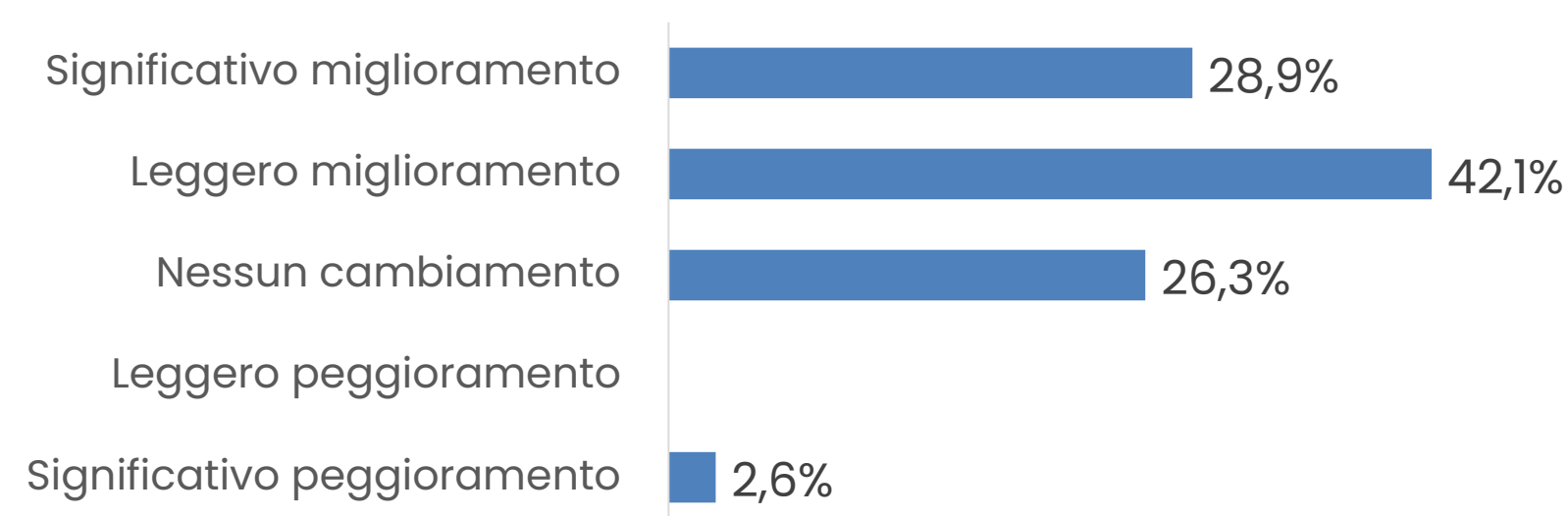


## D.1 L'IMPATTO PERCEPITO DAGLI UTENTI

### KRALJI ULICE (Lubiana – Slovenia)

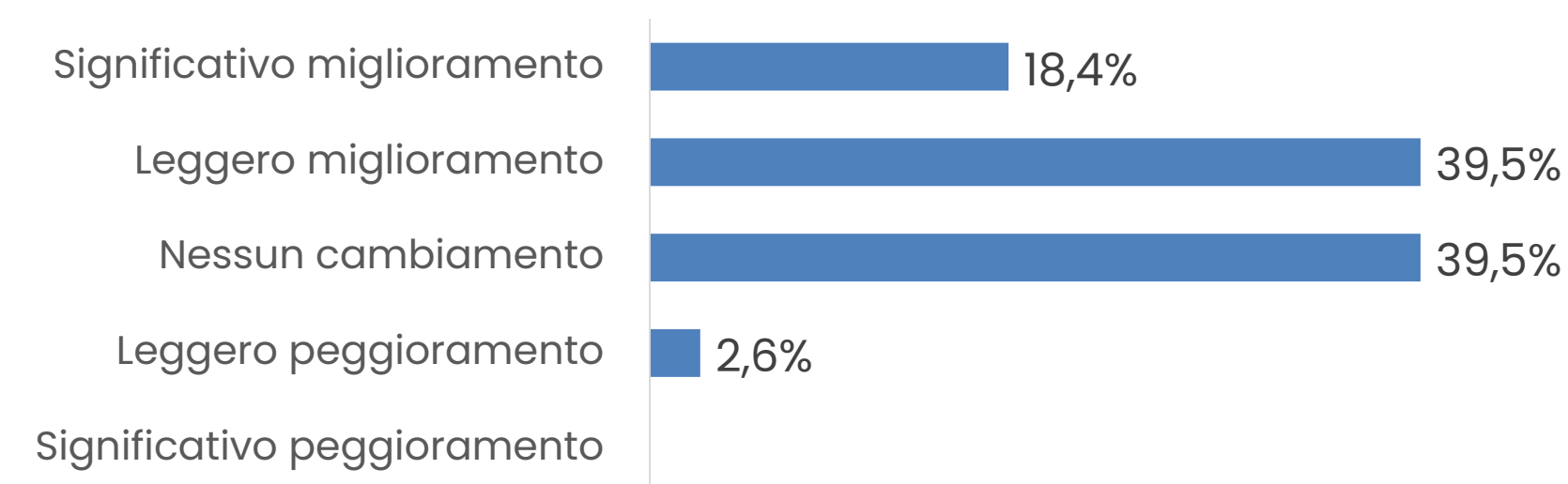
Un'altra variabile importante riguarda le **relazioni sociali** (Grafico 34). A questo proposito, il 71% dei beneficiari che hanno usufruito del supporto psicologico e/o del servizio di counseling ha notato un **miglioramento** leggero o significativo, il 26,3% nessun cambiamento e solo il 2,6% un significativo peggioramento (rispetto a quest'ultimo punto, andrebbe considerata con cautela la validità del dato).

**Grafico 34 - Percezione del miglioramento delle proprie relazioni sociali tra i beneficiari che hanno usufruito del supporto psicologico/counseling**



Inoltre, è stato considerato il **benessere psicologico** (Grafico 35). Tra coloro che hanno beneficiato del supporto psicologico e/o del servizio di counseling, la maggioranza ha rilevato un **miglioramento** da quando è entrata in contatto con Kralji ulice, pari al 57,9% in totale (miglioramento leggero o significativo). Tuttavia, il 39,5% non ha percepito nessun cambiamento e una percentuale ridotta (2,6%) ha riscontrato un leggero peggioramento.

**Grafico 35 - Percezione del miglioramento del proprio benessere psicologico tra i beneficiari che hanno usufruito del supporto psicologico/counseling**



Un'altra variabile importante per comprendere come si sentono i beneficiari è data dal proprio **benessere mentale**, che si è deciso di analizzare attraverso il **modo che hanno di pensare alla propria vita**, in particolare se in **maniera negativa**<sup>4</sup> oppure no (Tabella 4).

<sup>4</sup> Tenuto conto delle caratteristiche degli utenti, la domanda «Da quando hai conosciuto l'organizzazione, hai iniziato a pensare alla tua vita in modo *meno negativo*?» è stata formulata in questi termini, poiché si è ritenuto che enfatizzare un modo «più positivo» di pensare alla propria vita sarebbe risultato poco adeguato e potenzialmente stigmatizzante, considerando le condizioni di forte vulnerabilità in cui si trovano le persone senza dimora.

## D.1 L'IMPATTO PERCEPITO DAGLI UTENTI

### KRALJI ULICE (Lubiana – Slovenia)

Da quando hanno conosciuto Kralji ulice, i beneficiari dichiarano di pensare alla loro vita in maniera **completamente meno negativa** rispetto a prima nel 12,7% dei casi e **molto meno negativa** nel 47,3% dei casi, indicando che in generale dopo essere entrati in contatto con l'organizzazione tendono a pensare meno negativamente alle loro condizioni di vita. Tuttavia, il 30,9% dichiara di non pensare molto in maniera meno negativa alla propria vita, mentre il 9,1% rileva di non pensare per niente in modo meno negativo a essa.

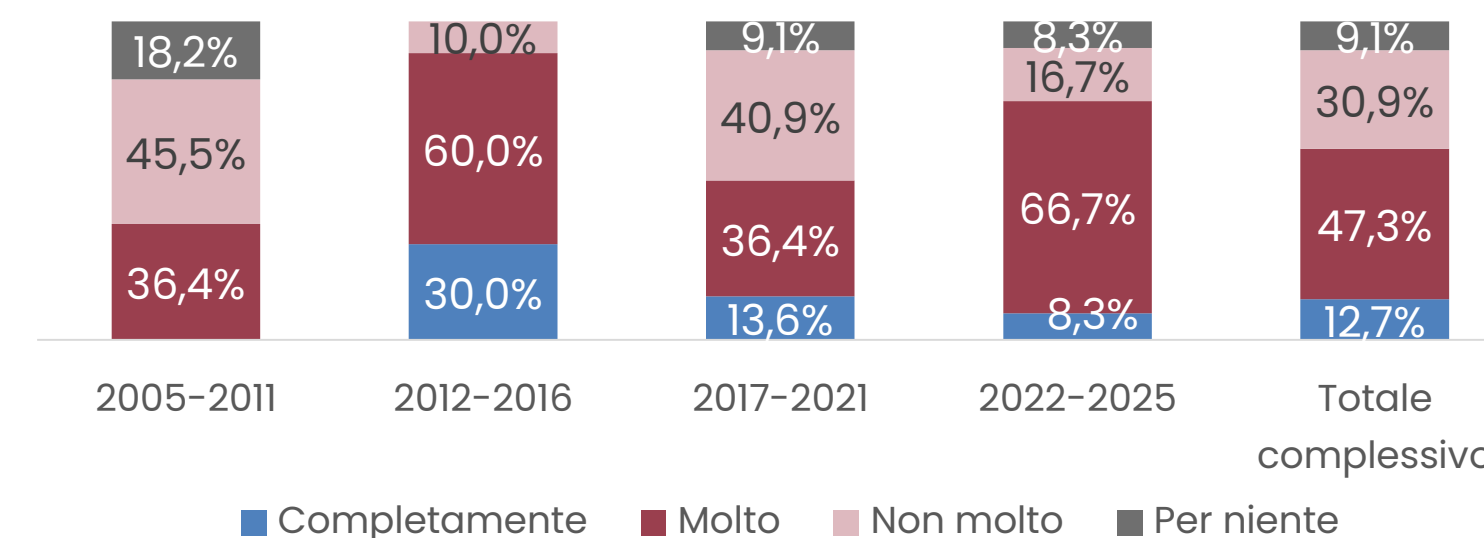
Tab. 4: Modo di pensare alla propria vita (meno negativo) da quando i beneficiari sono entrati in contatto con Kralji ulice.

Da quando hai conosciuto Kralji ulice, hai iniziato a pensare alla tua vita in modo meno negativo?	Percentuale di risposta dei beneficiari
Completamente	12,7%
Molto	47,3%
Non molto	30,9%
Per niente	9,1%
<b>Totale</b>	<b>100,0%</b>

Questo aspetto può essere indagato anche in base al **periodo** in cui i beneficiari hanno avuto il **primo contatto con Kralji ulice**, evidenziato nel Grafico 36. In relazione al periodo in cui sono entrati in contatto per la prima volta con l'organizzazione, è possibile notare che in generale i beneficiari hanno iniziato a pensare in maniera **meno negativa** alla propria vita.

Tuttavia, tra coloro che sono entrati in contatto con l'organizzazione diversi anni fa, tra il 2005 e il 2011, una percentuale rilevante dichiara di non aver iniziato a pensare in modo meno negativo alla propria vita (45,5%), così come il 40,9% di coloro che hanno conosciuto l'organizzazione tra il 2017 e il 2021. Se si considera il totale complessivo, il 60% afferma di pensare alla propria vita in maniera meno negativa.

Grafico 36 - Modo di pensare alla propria vita (meno negativo) in base al periodo in cui è venuto il primo contatto dei beneficiari con Kralji ulice



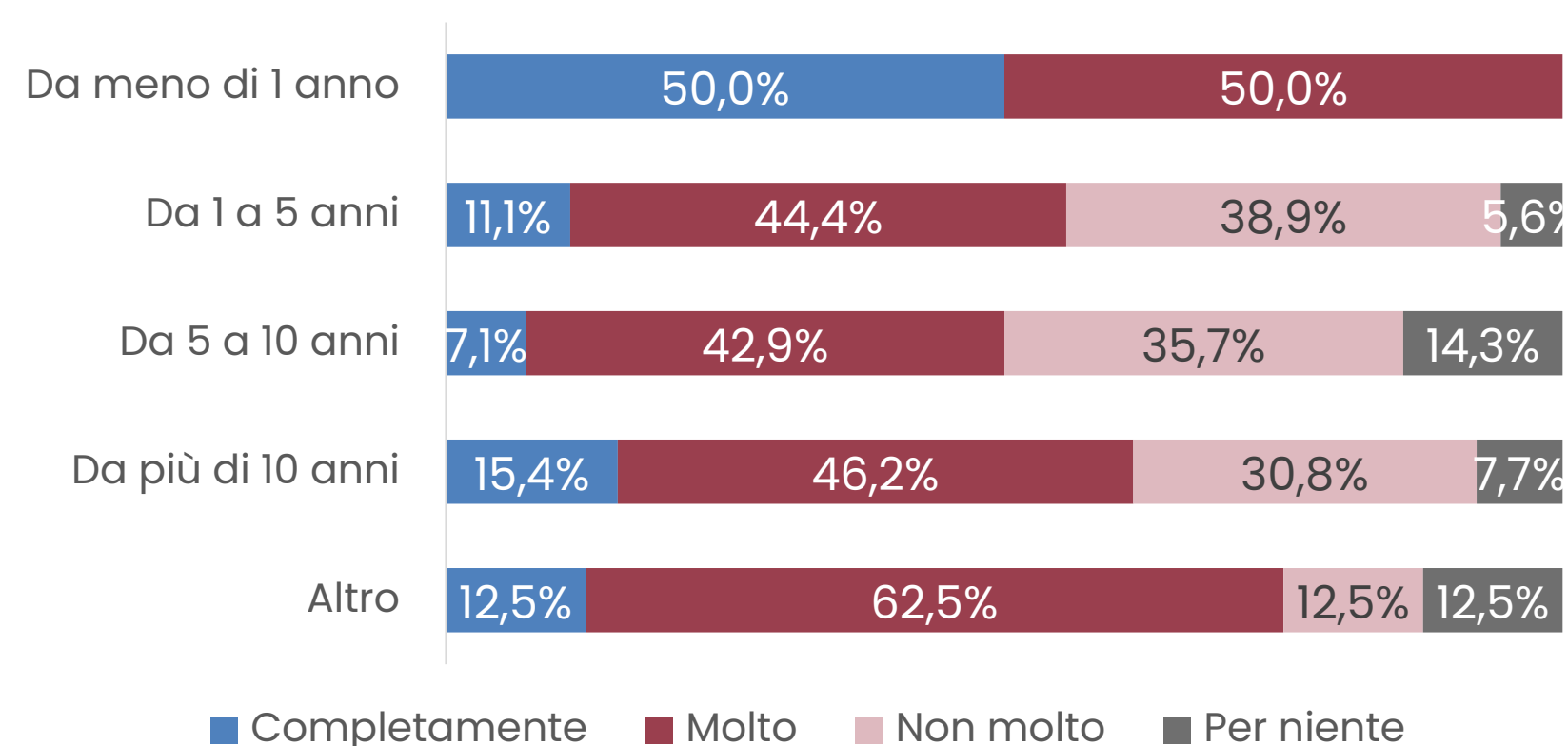
È opportuno considerare questo dato in relazione agli **anni da cui i beneficiari vivono senza dimora** (Grafico 37). Tra coloro che vivono senza dimora **da meno anni** prevalgono **valutazioni più positive**: tra i beneficiari che sono senza dimora da meno di un anno il 50% dichiara di pensare alla propria vita in maniera completamente meno negativa e il 50% in modo molto meno negativo.

## D.1 L'IMPATTO PERCEPITO DAGLI UTENTI

### KRALJI ULICE (Lubiana – Slovenia)

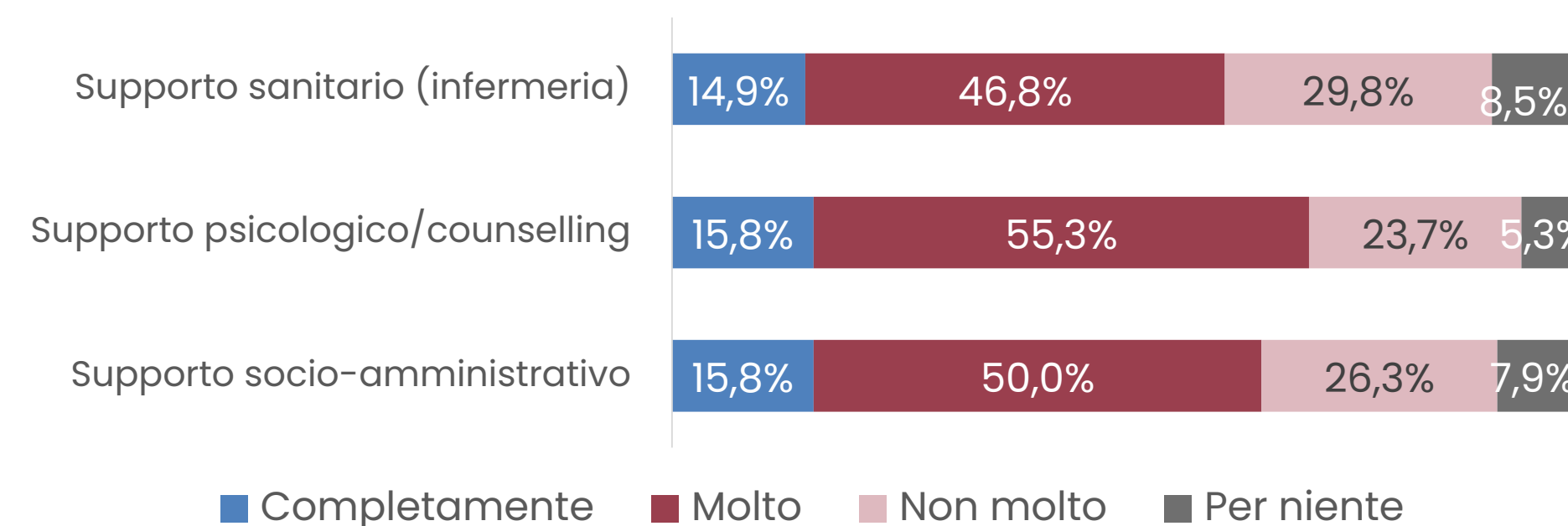
All'aumentare del numero di anni da cui i beneficiari vivono senza dimora diminuisce la percentuale di coloro che pensano alla propria vita in modo completamente o molto meno negativo e aumenta quella di coloro che affermano di non pensare molto alla propria vita meno negativamente. Percentuali più basse riguardano coloro che non pensano per niente alla loro vita in maniera meno negativa, presenti in tutte le categorie tra che tra i beneficiari che vivono senza dimora da meno di un anno.

Grafico 37 - Modo di pensare alla propria vita (meno negativo) in base al numero di anni da cui i beneficiari vivono senza dimora



È opportuno considerare anche come è cambiato il modo di pensare alla propria vita in relazione ai **servizi di cui i beneficiari hanno usufruito** (Grafico 38). Per tutti i servizi prevalgono **valutazioni positive**, con un'elevata incidenza soprattutto delle risposte "molto" (tra il 46 e 55%) e alcune risposte «completamente» (attorno al 15%). Ci sono però percentuali significative in tutti e 3 i servizi di beneficiari che dichiarano di non aver pensato molto in maniera meno negativa alla loro vita (tra il 23 e il 30%) e in alcuni casi di non aver pensato per niente meno negativamente alla propria vita (tra il 5 e il 9%). Nel complesso, comunque, l'accesso ai servizi risulta associato a un miglioramento del modo di pensare alla propria vita.

Grafico 38 - Modo di pensare alla propria vita (meno negativo) dai beneficiari che hanno usufruito dei seguenti servizi:



## D.1 L'IMPATTO PERCEPITO DAGLI UTENTI

### KRALJI ULICE (Lubiana – Slovenia)

Successivamente, sono state considerate le variabili dell'età e del genere per approfondire l'**utilizzo dei servizi** (i grafici descritti in questo paragrafo sono stati inseriti in Appendice – p. 85).

Rispetto alle **fasce d'età** dei beneficiari **in base al servizio utilizzato**, si può notare dal Grafico App. 19 che la fascia **40-49** anni è la più rappresentata in assoluto, costituendo circa la metà dei beneficiari in ogni categoria (tra il 47 e il 53%). Le persone più giovani (30-39) e quelle più anziane (70-79) mostrano invece i tassi di utilizzo più bassi. I beneficiari tra i 50 e i 59 anni, invece, hanno utilizzato i servizi in maniera abbastanza omogenea (ogni servizio è stato utilizzato tra il 23 e il 27% da beneficiari in questa fascia d'età).

Per quanto concerne il **genere** dei beneficiari **in base al servizio utilizzato**, dal Grafico App. 20 emerge una **netta prevalenza maschile** in tutti i settori, con il picco massimo nel supporto socio-amministrativo (81,6%) e nel supporto psicologico (73,7%), mentre il supporto sanitario vede la partecipazione femminile più alta tra le tre categorie (31,9%). Il fatto che siano prevalentemente gli uomini ad aver effettuato l'accesso ai diversi servizi è coerente con la prevalenza di beneficiari uomini rispetto alle donne che vengono accolti dall'organizzazione.

Rispetto all'utilizzo dei **tipi di supporto in base alle fasce d'età**, si osserva nel Grafico App. 21 che il supporto sanitario raggiunge il 100% di utilizzo nelle fasce 60-69 e 70-79 anni, mentre il supporto psicologico/counseling tocca il suo massimo (83,3%) nella fascia 30-39 e 50-59. Il supporto socio-amministrativo è invece costante tra i 30 e i 60 anni.

Per quanto riguarda l'utilizzo dei **tipi di supporto in base al genere**, è evidente dal Grafico App. 22 che gli uomini presentano un utilizzo bilanciato tra supporto sanitario (80%) e socio-amministrativo (77,5%), mentre il 70% ha utilizzato il supporto psicologico/counseling. Le donne, invece, hanno beneficiato tutte del supporto sanitario (100%), a fronte di un ricorso inferiore al supporto psicologico (66,7%) e socio-amministrativo (46,7%).

Infine, anche nel caso della **percezione della qualità della propria vita** e del **modo di pensare a essa** si possono fare delle considerazioni in relazione al genere e all'età dei beneficiari (anche in questo caso i grafici sono presenti nell'Appendice – p. 86).

Per quanto concerne il la **percezione di miglioramento della qualità della propria vita in relazione all'età** (Grafico App. 23), la fascia **50-59** anni è quella che percepisce il maggior beneficio complessivo dal contatto con l'organizzazione, con il 75% di miglioramento dichiarato. Tuttavia, anche tra i beneficiari più giovani (30-39 anni) c'è una chiara percezione di miglioramento: infatti, il 66,7% afferma di avere una percezione leggermente migliore della propria vita rispetto a prima dell'avvenuto contatto con Kralji ulice. Tuttavia, la percezione di **nessun cambiamento** è abbastanza significativa tra tutte le categorie, fino ad arrivare al 50% tra i più anziani (70-79 anni).

## D.1 L'IMPATTO PERCEPITO DAGLI UTENTI

### KRALJI ULICE (Lubiana – Slovenia)

Se si considera il la **percezione di miglioramento della qualità della propria vita in base al genere** (Grafico App. 24), sia gli uomini che le donne riportano una percezione della propria vita **migliore** da quando sono entrati/e in contatto con Kralji ulice. Tuttavia, il 77,5% degli uomini dichiara un miglioramento (significativo o leggero) contro il 60% delle donne. Inoltre, sono più le donne (33,3%) degli uomini (17,5%) a non percepire nessun cambiamento.

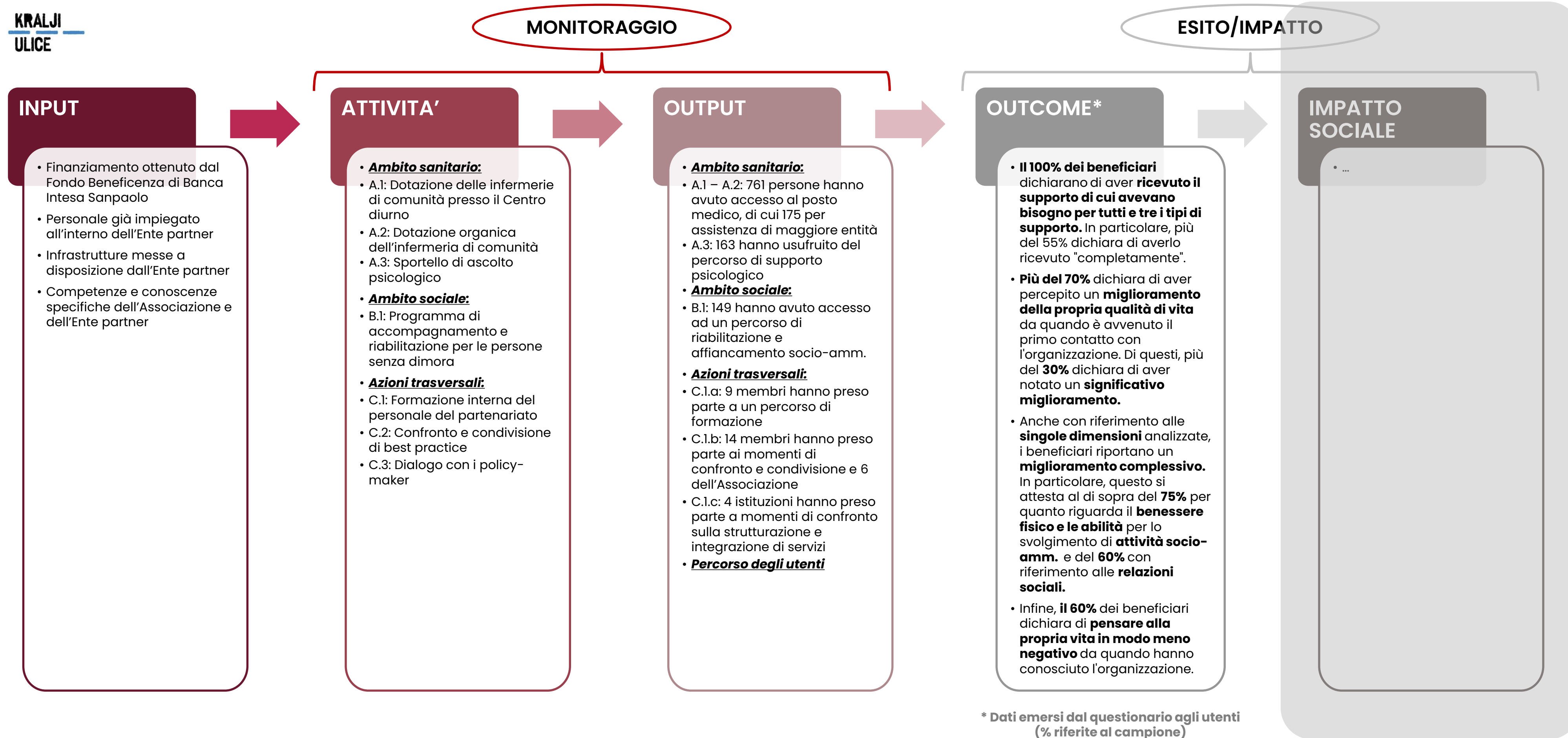
Rispetto al **modo di pensare alla vita (meno negativo) in base al genere** (Grafico App. 25), questo è meno negativo tra le **donne**, con il 66,7% che dichiara di pensare alla propria vita in modo "molto" o "completamente" meno negativo, contro il 57,5% degli uomini. Tuttavia, una percentuale significativa sia di donne (20%) che di uomini (35%) dichiara di non pensare molto meno negativamente alla propria vita e/o per niente (tra il 7 e il 14% per i due generi).

Per quanto riguarda il modo di pensare alla propria vita **in base all'età** (Grafico App. 26), il cambiamento più favorevole si registra nella fascia **60-69** anni, dove la totalità dei rispondenti (100%) afferma di pensare alla propria in maniera meno negativa. Tra le persone più anziane (70-79 anni), metà dichiara di pensare alla propria vita in maniera molto meno negativa, mentre l'altra metà dichiara di non pensare molto meno negativamente alla propria vita. In tutte e tre le fasce più giovani la maggioranza dichiara di pensare alla propria vita meno negativamente, ma ci sono comunque percentuali rilevanti di chi non pensa molto meno negativamente alla propria vita (tra il 25 e il 40%) e/o per niente (tra il 10 e il 17% nella fascia 40-59 anni).



# La catena del valore dell'Impatto Sociale di "Bridges of Change" | Outcome

## KRALJI ULICE (LUBIANA – SLOVENIA)



## D.2 L'IMPATTO PERCEPITO DAGLI OPERATORI

### Inquadramento metodologico

Tenuto conto dell'innovatività della proposta di intraprendere un percorso di valutazione dell'impatto sociale per l'ente capofila e per i due partner territoriali, si è scelto di affrontare l'analisi dell'impatto attraverso una articolazione in **più step**, finalizzati alla condivisione e alla messa a sistema degli elementi caratterizzanti.

Già nel corso della prima annualità, attraverso le **interviste** condotte con gli operatori, sono state poste domande specifiche al fine di raccogliere riflessioni e indicazioni preliminari in merito ai potenziali impatti del progetto. Successivamente, durante l'**incontro laboratoriale** svoltosi a Bratislava, agli stessi operatori è stato richiesto di definire in modo più puntuale gli obiettivi di impatto, cercando di metterli in relazione con gli altri «blocchi» della catena del valore dell'impatto sociale.

Entrambe le attività sono risultate funzionali per raggiungere **due finalità**:

1. da un lato, la progressiva costruzione di una **cultura organizzativa orientata all'impatto**;
2. dall'altro, lo **sviluppo di competenze operative** negli operatori, finalizzate all'individuazione degli impatti generati in relazione agli obiettivi progettuali.

In questo quadro, la somministrazione finale del questionario ha consentito, valorizzando il lavoro preparatorio svolto nelle fasi precedenti, di rilevare in modo più consapevole e strutturato le percezioni degli operatori rispetto agli impatti effettivamente ottenuti nei confronti dei beneficiari.

**La lettura congiunta delle percezioni restituisce un quadro complessivo e completo degli impatti ottenuti.**

Le **sotto-dimensioni** riportate all'interno della dimensione "L'IMPATTO PERCEPITO DAGLI OPERATORI" fanno riferimento agli **impatti potenziali in termini di cambiamenti osservabili**, riguardanti **sia** gli **obiettivi di salute** (Risultati/impatti attesi sul grado di benessere/ di qualità della vita / di condizione di salute dei destinatari delle attività in termini di riduzione del bisogno / rischio sia in termini di obiettivi di sistema) **sia** gli **obiettivi di sistema** (Risultati/impatti attesi sul sistema dei servizi in termini di miglioramenti organizzativi e/o di azioni strumentali al miglioramento dei servizi):

#### Slovacchia



- a. Miglioramento della salute psicofisica
- b. Stabilizzazione della percezione della propria condizione
- c. Stabilizzazione della continuità assistenziale
- d. Sviluppo del network

#### Slovenia



- a. Miglioramento della salute fisica
- b. Stabilizzazione della continuità assistenziale
- c. Sviluppo del network
- d. Aumento dell'empowerment
- e. Miglioramento dell'integrazione socio-sanitaria

**Come riportato in letteratura, l'impatto sociale è osservabile nel lungo periodo. Pertanto, quanto qui riportato rappresenta una prima valutazione di esito del progetto come passo iniziale verso la valutazione dell'impatto.**

## D.2 L'IMPATTO PERCEPITO DAGLI OPERATORI

### OZ VAGUS (Bratislava – Slovacchia)



#### a. Miglioramento della salute psicofisica

Si registra un radicale **cambiamento nell'accessibilità alle cure**, segnando il passaggio da una medicina d'urgenza a una **presa in carico programmata**. Il progetto ha agito come leva critica per **superare l'impasse burocratico e amministrativo** legato ai debiti assicurativi pregressi, una barriera che rendeva di fatto "quasi impossibile" ottenere appuntamenti medici e generava un circolo vizioso di esclusione sanitaria.

Grazie a questo intervento di mediazione e copertura, si è passati da una situazione di invisibilità clinica all'**emersione del "sommerso sanitario"**. Sono state identificate tempestivamente diagnosi gravi e croniche precedentemente ignorate o sottovalutate, permettendo l'avvio di percorsi terapeutici salvavita prima che la situazione precipitasse.

La **presenza** combinata e sinergica **dell'infermeria interna, dei medici volontari e del supporto psicologico** ha generato un **miglioramento complessivo della qualità della vita**, riducendo drasticamente la frequenza delle crisi acute e dei ricoveri d'urgenza. Si è così garantita una continuità assistenziale stabile anche a chi, per logiche di mercato o amministrative, era precedentemente tagliato fuori dal sistema pubblico di tutela.

#### b. Stabilizzazione della percezione della propria condizione

L'impatto sociale si definisce attraverso la creazione di uno **"spazio di decompressione" fisico e mentale**. L'offerta integrata di **alloggi di emergenza** e supporto sanitario ha fornito quella sicurezza e stabilità necessarie per **ridurre l'ansia** della sopravvivenza quotidiana. Questo ha generato un punto di partenza funzionale indispensabile: la **stabilizzazione temporanea** ha permesso agli utenti di distogliere l'attenzione dall'urgenza immediata (il reperimento di cibo e riparo) per concentrarsi finalmente sulle cause profonde e sistemiche della loro condizione.

Si osserva quindi una riattivazione della capacità progettuale e dell'autodeterminazione: **curare il corpo e avere un tetto sicuro** hanno smesso di essere bisogni irraggiungibili per diventare **prerequisiti abilitanti**. Solo soddisfacendo questi bisogni primari è stato possibile per gli utenti uscire dall'isolamento e rivendicare attivamente il diritto al sostegno sociale, ricostruendo passo dopo passo la propria autonomia.

## D.2 L'IMPATTO PERCEPITO DAGLI OPERATORI

### OZ VAGUS (Bratislava – Slovacchia)

#### c. Stabilizzazione della continuità assistenziale

Si rileva il **superamento strutturale del vincolo economico**, che agiva come principale determinante negativo per l'accesso ai farmaci e alle cure specialistiche. Il progetto ha colmato efficacemente il divario per quella specifica fascia di utenza che, pur possedendo formalmente un accesso teorico al sistema sanitario, si trovava nell'impossibilità pratica di fruirne a causa dell'indigenza. Ci si riferisce a persone spesso costrette a un drammatico trade-off di sopravvivenza: dover scegliere quotidianamente se destinare le poche risorse disponibili all'acquisto di cibo o al pagamento di ticket e farmaci salvavita.

Di fronte a questa scelta forzata, la salute veniva sistematicamente sacrificata, portando all'aggravamento delle patologie. Attraverso il meccanismo del **rimborso diretto dei farmaci e la gestione assistita del debito pregresso**, il progetto ha interrotto questa spirale di abbandono, ottenendo la garanzia sostanziale del diritto alla salute. Si è così trasformata una condizione di morosità passiva (in cui l'utente è visto dal sistema solo come un debitore insolvente) in una presa in carico attiva e responsabile, dove l'ostacolo finanziario viene rimosso per lasciare spazio alla **priorità clinica e terapeutica**.

#### d. Sviluppo del network

Oltre alla maturazione della consapevolezza nei clienti, si registra un **potenziamento significativo del capitale relazionale e della reputazione dell'organizzazione**. Il progetto ha agito come catalizzatore per stringere contatti operativi e alleanze strategiche con numerosi **professionisti sanitari esterni**, gettando ponti di dialogo prima inesistenti e riducendo la storica frammentazione tra il settore sociale e quello sanitario.

Sebbene la sostenibilità futura di queste collaborazioni rimanga una sfida aperta ("è discutibile se continuerà" senza il framework del progetto), **l'impatto immediato** è stato definito **"enorme in senso positivo"**. Esso rappresenta un **precedente virtuoso** che ha dimostrato la fattibilità dell'integrazione, segnando un avanzamento culturale nella disponibilità dei medici a trattare pazienti con background complessi e abbattendo, almeno in questa fase operativa, le resistenze e i pregiudizi istituzionali.

## D.2 L'IMPATTO PERCEPITO DAGLI OPERATORI

**KRALJI ULICE (Lubiana – Slovenia)**



### a. Miglioramento della salute fisica

L'analisi delle evidenze conferma che l'intervento agisce in modo determinante su condizioni patologiche gravi e complesse – quali ferite croniche, epatite C non trattata e crisi di salute mentale concomitanti – che, in assenza di questo presidio, verrebbero ignorate fino al punto di non ritorno. Si delinea un netto passaggio strategico dalla gestione dell'emergenza alla **stabilizzazione del quadro clinico**: viene introdotto e applicato un concetto forte di **prevenzione** terziaria. L'intervento, infatti, non si limita a curare il sintomo, ma agisce per evitare esiti drammatici e invalidanti, prevenendo complicazioni irreversibili come la sepsi o la necessità di amputazioni, frequenti in chi vive in strada senza accesso alle medicazioni.

Questo approccio si traduce concretamente in un **recupero dell'autonomia funzionale e in una drastica riduzione della sofferenza fisica quotidiana**. Il sollievo dal dolore cronico e la guarigione delle ferite non sono solo traguardi medici, ma **fattori che liberano risorse mentali ed emotive**: l'utente, non più assorbito totalmente dalla gestione del dolore o della malattia, recupera la lucidità necessaria per pensare al futuro. La stabilità clinica viene dunque descritta dagli operatori come il prerequisito indispensabile per acquisire una **"maggiore sicurezza sociale"**: senza il ripristino dell'integrità fisica, ogni tentativo di inclusione lavorativa o abitativa risulterebbe fragile e inefficace

### b. Stabilizzazione della continuità assistenziale

Emerge con forza la funzione strategica di mediazione attiva e accompagnamento. Il modello operativo implementato supera la tradizionale logica del semplice "invio" (referral) burocratico per abbracciare un **approccio di presa in carico globale**: gli operatori non si limitano a fornire indirizzi o appuntamenti, ma accompagnano fisicamente gli utenti all'interno delle strutture sanitarie. Questa presenza funge da "ammortizzatore" tra la rigidità delle istituzioni e la fragilità dell'utenza, gestendo i rinvii complessi e fornendo una consulenza costante per aiutare la persona a riconoscere e validare il proprio bisogno di aiuto.

Questo metodo di **"tutoraggio sanitario"** riduce drasticamente il tasso di abbandono (drop-out), colmando il vuoto che spesso si crea tra la prenotazione e l'effettiva presentazione alla visita. La presenza di un operatore di fiducia rassicura l'utente, decodifica il linguaggio medico e garantisce che le cure vengano effettivamente ricevute e comprese. L'impatto operativo di questa dinamica è talmente profondo che la figura dell'infermiere è definita ormai imprescindibile: non più solo un tecnico sanitario, ma un punto di riferimento stabile e un ponte indispensabile per l'accesso ai diritti.

## D.2 L'IMPATTO PERCEPITO DAGLI OPERATORI

**KRALJI ULICE (Lubiana – Slovenia)**



### c. Sviluppo del network

Il progetto ha innescato una trasformazione profonda, generando un impatto sistemico che va oltre i risultati immediati sui singoli beneficiari. Ha fornito alle istituzioni locali la prova tangibile che la **multidimensionalità dell'intervento** – ovvero l'integrazione stretta e operativa tra competenze sanitarie e lavoro sociale – non è un'opzione facoltativa, ma rappresenta l'unica strategia efficace ed economicamente sostenibile per affrontare la complessità della grave emarginazione. Questa opera di sensibilizzazione non è rimasta su un piano teorico, ma si è radicata nell'evidenza empirica dei risultati: le istituzioni hanno potuto osservare come la capacità del servizio di restituire salute fisica si traduca immediatamente in un recupero della dignità umana e in una riduzione dei costi sociali e sanitari d'emergenza. Tale presa di coscienza ha prodotto un risultato concreto e fondamentale: **le istituzioni locali finanzieranno strutturalmente la prosecuzione delle attività.**

Questa scelta garantisce la continuità operativa dell'infermeria e di tutti i servizi connessi (supporto psicologico, mediazione, *housing*), sancendo definitivamente l'evoluzione dell'iniziativa: non più un "progetto sperimentale a termine" o una misura tampone, ma una **risorsa stabile, riconosciuta e indispensabile** all'interno della rete del welfare territoriale.

### d. Aumento dell'empowerment

Il progetto ha lavorato attivamente sulla ricostruzione del **patto fiduciario tra l'individuo e il sistema dei servizi**. Si è intervenuti per sanare una frattura profonda, maturata in anni in cui gli utenti hanno storicamente subito rifiuto, burocrazia escludente e discriminazione, trasformando un rapporto spesso conflittuale e difensivo in una nuova alleanza terapeutica basata sull'ascolto e sull'accoglienza incondizionata.

L'impatto sociale ultimo risiede nella **mitigazione dell'emarginazione estrema**: in questo processo, curare il corpo diventa il mezzo strumentale e simbolico per restituire all'individuo la percezione profonda di essere "degnò" di cura, attenzione e tempo. L'atto medico, eseguito con rispetto, spezza il circolo vizioso dell'auto-esclusione e della vergogna, contrastando lo stigma interiorizzato che spesso paralizza chi vive in strada. Questo radicale cambio di paradigma restituisce piena "agency" (capacità di agire) alla persona: l'utente smette di percepirsi come un "caso disperato" o un oggetto passivo di assistenza ai margini della società, per riscoprire la propria identità di soggetto titolare di diritti. Da questa nuova consapevolezza scaturisce una rinnovata proattività: la persona non attende più passivamente l'emergenza, ma inizia a cercare aiuto, a pianificare il proprio benessere e a investire nuovamente nel proprio futuro.

## D.2 L'IMPATTO PERCEPITO DAGLI OPERATORI

**KRALJI ULICE (Lubiana – Slovenia)** 

### e. Miglioramento dell'integrazione socio-sanitaria

Le evidenze raccolte fanno osservare un'evoluzione qualitativa nel rapporto tra l'organizzazione e il sistema sanitario pubblico, anche in confronto alla precedente annualità. Non si assiste soltanto a un aumento della collaborazione operativa (scambio di informazioni, appuntamenti), ma all'attivazione di un processo di sensibilizzazione reciproca.

Nello specifico, si rilevano i seguenti cambiamenti strutturali:

- **Incremento della permeabilità istituzionale:** si osserva una riduzione significativa delle barriere d'ingresso presso le strutture mediche esterne. Grazie al ruolo di "mediatore accreditato" svolto dall'organizzazione (Kralji ulice), che agisce come garante dell'utente, si è registrata una maggiore apertura da parte di ospedali e specialisti, superando le logiche di rifiuto o di dimissione precoce spesso associate a questa utenza.
- **Miglioramento della consapevolezza professionale:** il progetto ha generato un impatto educativo verso l'esterno, favorendo un aumento della comprensione delle dinamiche della grave emarginazione da parte del personale sanitario pubblico. Questo ha portato a una progressiva destrutturazione dello stigma e dei pregiudizi che storicamente ostacolavano la presa in carico.

- **Consolidamento dell'inclusione sistemica:** si è passati da una gestione emergenziale e frammentata a una integrazione più stabile dei gruppi vulnerabili nei percorsi di cura ordinari. La presenza dell'infermiere e degli operatori ha legittimato i bisogni sanitari dei senza dimora, trasformandoli da "invisibili" a pazienti con pari dignità di trattamento all'interno del sistema pubblico.

## APPROFONDIMENTO: ESEMPIO DI BUONA PRATICA E DI OPPORTUNITÀ DI MIGLIORAMENTO

### OZ VAGUS (Bratislava – Slovacchia)



#### BUONA PRATICA

##### Descrizione del caso

Una beneficiaria che era stata rilasciata dal carcere aveva intrapreso un percorso di counseling. Era senza dimora, si asteneva dall'uso di droghe e desiderava cambiare la propria vita. Tuttavia, il dolore, che stava diventando sempre più intenso, le impediva di lavorare.

##### Cambiamenti osservabili: cosa ha funzionato

- Aumento della motivazione;
- Miglioramento della qualità della vita (miglioramento delle proprie condizioni, in particolare di vita personale e sociale);
- Possibilità di accedere ad altri strumenti previsti dalle politiche sociali.

##### Azioni intraprese

- Assistenza sanitaria: indagini mediche raccomandate da un medico volontario dell'ambulatorio di OZ Vagus (ecografia addominale in quanto la beneficiaria in passato aveva avuto un tumore al rene, visite specialistiche ortopediche e una radiografia), con successiva diagnosi di artrosi e indicazione di un intervento di protesi dell'anca;
- Lavoro sociale di presa in carico:
  - grazie agli accertamenti, è stata trovata una sistemazione in una struttura di accoglienza, dove l'utente potrà affrontare l'operazione e proseguire con le fasi successive;
  - avvio della procedura per il riconoscimento della pensione di invalidità e di altri benefici di sostegno derivanti dal grave stato di salute della beneficiaria;
  - coinvolgimento in attività comunitarie di gruppo.

#### OPPORTUNITÀ DI MIGLIORAMENTO

##### Descrizione del caso

Una beneficiaria aveva problemi di dipendenza e desiderava richiedere una pensione di invalidità, che rappresentava il suo bisogno principale. Tuttavia, mostrava chiari segni di difficoltà psichiatriche, di cui lei stessa era consapevole. È riuscita pertanto a sottoporsi a una visita psichiatrica, durante la quale le è stata diagnosticata una psicosi tossica ed è stata raccomandata l'astinenza. Tuttavia, la beneficiaria non ha voluto intraprendere il percorso di astinenza e non ha proseguito con ulteriori colloqui di counseling per individuare un'altra soluzione. Inizialmente ha iniziato a partecipare agli incontri con minore frequenza e sotto l'effetto dell'alcol, mentre successivamente non era più in grado di comunicare in modo razionale e costruttivo. Pertanto, non sono stati avviati ulteriori interventi sanitari né ulteriori passi. L'utente continua a frequentare il centro (il contatto quindi c'è ancora), ma usufruisce solo dei servizi di base.

##### Cambiamenti osservabili: cosa avrebbe potuto funzionare

- La beneficiaria non era davvero pronta all'astinenza e la sua motivazione primaria derivava dal miglioramento della sua situazione sociale, non dal suo stato di salute;
- La presa in carico secondo le capacità del centro non è stato sufficiente a garantire progressi nella cura delle sue dipendenze.

##### Possibili azioni da intraprendere

- Maggiore focus sul sostegno della motivazione della beneficiaria al miglioramento della propria salute;
- Maggiore focus e continuità nel lavoro con l'utente sul tema della dipendenza;
- Maggiore comunicazione con lo psichiatra in un'ottica di cooperazione.



## APPROFONDIMENTO: ESEMPIO DI BUONA PRATICA E DI OPPORTUNITÀ DI MIGLIORAMENTO

### KRALJI ULICE (Lubiana – Slovenia)



#### BUONA PRATICA

##### Descrizione del caso

La beneficiaria aveva una dipendenza da sostanze e a causa delle iniezioni praticate alle gambe le si erano sviluppate ampie ferite agli arti inferiori, che arrivavano fino all'osso. I chirurghi di Lubiana volevano procedere con l'amputazione sopra il ginocchio di entrambe le gambe, ma siamo riusciti a trovare un chirurgo che l'ha presa in carico senza dover ricorrere all'amputazione.

##### Cambiamenti osservabili: cosa ha funzionato

- Migliore connessione tra gli utenti e le istituzioni sanitarie e in generale esperienze più positive con le istituzioni sanitarie;
- Guarigione delle ferite;
- Trattamento dell'epatite C;
- Maggiore attenzione alle patologie croniche e acute;
- Maggiore riconoscimento di Kralji ulice da parte delle istituzioni sanitarie;
- Numero più elevato di visite mediche generali e specialistiche completate.

##### Azioni intraprese

- Nel caso specifico, prima del ricovero ospedaliero: cura delle ferite, organizzazione del supporto sociale, dell'assicurazione sanitaria e della terapia con metadone (supporto completo fino all'ingresso in ospedale);
- In generale, promozione della salute:
  - Istituzione di un ambulatorio presso il centro diurno Kralji ulice;
  - Acquisto di materiale sanitario e attrezzature mediche;
  - Accompagnamento a visite mediche generali e specialistiche;
  - Attivazione di collegamenti con medici di medicina generale e altre istituzioni sanitarie competenti;
  - counseling di prossimità (in strada);
  - Programmazione degli appuntamenti e gestione delle prescrizioni e dei rinvii;
  - Gestione di lesioni e patologie acute e croniche (ad es. medicazione);
- Collaborazione con altre organizzazioni non governative.

#### OPPORTUNITÀ DI MIGLIORAMENTO

##### Descrizione del caso

Un beneficiario era senza dimora e dormiva all'aperto nei pressi del centro diurno. Si è fortemente indebolito e non riusciva più a muoversi, rifiutando costantemente l'aiuto degli operatori.

##### Cambiamenti osservabili: cosa avrebbe potuto funzionare

- Aumentando il tempo trascorso con il beneficiario, senza cercare sempre ed esclusivamente di invitarlo al centro diurno, lo stesso avrebbe potuto acquisire maggiore consapevolezza della propria condizione.

##### Possibili azioni da intraprendere

- Trascorrere più tempo con il beneficiario sul posto, prestando maggiore attenzione al fatto che sta perdendo forza perché non si muove.

## D.3 BARRIERE DA SUPERARE E POTENZIAMENTI NECESSARI

Le testimonianze degli operatori del progetto evidenziano una serie di criticità endogene ed esogene che ostacolano il pieno raggiungimento degli obiettivi e la completa soddisfazione dei bisogni dei senza dimora:

### Carenza di alloggi



Uno dei bisogni insoddisfatti più evidenti è la mancanza di alloggi disponibili per i senza dimora. Sebbene il progetto offra alloggi di crisi e appartamenti a lungo termine, la domanda supera l'offerta. La carenza di alloggi rende difficile per i senza dimora accedere a un ambiente stabile e sicuro, fondamentale per affrontare altri problemi come la salute fisica e mentale.

### Difficoltà di accesso ai servizi sanitari



Nonostante il progetto offra servizi infermieristici e supporto psicologico, l'accesso ai servizi sanitari di base rimane complesso per molti senza dimora. La mancanza di assicurazione sanitaria, le lunghe liste d'attesa e le difficoltà economiche rappresentano ostacoli significativi. La situazione è aggravata dalla mancanza di strutture adeguate per i senza dimora malati che non necessitano di ricovero ospedaliero.

### Carenza di risorse umane e materiali



La carenza di personale qualificato, in particolare di assistenti sociali, limita la capacità del progetto di raggiungere un maggior numero di persone e di offrire un supporto più completo.

### Potenziamento dell'integrazione socio-sanitaria



Il progetto di integrazione, pur offrendo supporto per la ricerca di lavoro e alloggio, evidenzia la necessità di un sostegno più strutturato e a lungo termine. Mancano opportunità lavorative adatte alle esigenze specifiche dei senza dimora, come lavori protetti o tirocini formativi. Inoltre, la mancanza di un supporto continuo nel percorso di integrazione lavorativa rende difficile per i senza dimora mantenere un impiego stabile.

### Carenza di formazione specifica



Gli operatori del progetto sottolineano la necessità di una formazione specifica su temi come la gestione dei conflitti, la comunicazione con i clienti aggressivi, il lavoro con persone in lutto e la creazione di un ambiente di lavoro sicuro. Una formazione adeguata consentirebbe agli operatori di migliorare la qualità del servizio offerto e di affrontare le sfide specifiche del lavoro con i senza dimora in modo più efficace.

### Cambiamento sistemico



Le testimonianze raccolte evidenziano come la mancanza di servizi adeguati per i senza dimora sia un problema sistemico che richiede un approccio più ampio e innovativo da parte delle istituzioni.

### Sovraccarico di lavoro e gestione documentale



Il personale risulta frequentemente sovraccarico, soprattutto a causa dell'elevata mole di documentazione amministrativa da gestire. Questa criticità sottrae tempo prezioso alle attività di assistenza diretta, penalizzando l'efficacia operativa.

### Pregiudizi istituzionali verso gli utenti



Permangono atteggiamenti stigmatizzanti da parte di alcuni enti sanitari nei confronti degli utenti, considerati più come soggetti problematici che come pazienti con necessità specifiche. Tale visione ostacola l'efficace collaborazione e il raggiungimento degli obiettivi progettuali.

## D.3 BARRIERE DA SUPERARE E POTENZIAMENTI NECESSARI

Dal punto di vista dell'**inquadramento metodologico**, l'analisi delle barriere presentata in questa sezione si basa sui materiali raccolti durante la **giornata laboratoriale** e sulla successiva sistematizzazione interna dei dati. L'**approccio partecipativo** ha consentito di **individuare** non solo gli **ostacoli percepiti** dalle organizzazioni coinvolte, ma anche le **risorse disponibili** e le **strategie** potenzialmente attivabili. In questo quadro, la classificazione delle barriere rappresenta un passaggio fondamentale per la definizione delle priorità di intervento, distinguendo tra ostacoli strutturali del sistema, difficilmente superabili nel breve termine, e sfide operative affrontabili nel medio periodo, su cui concentrare risorse e pianificazione strategica.

Le **barriere** emerse sono state **classificate** secondo:

- la **natura dell'ostacolo** (strutturale, organizzativa, culturale);
- il **grado di superabilità**, distinguendo tra barriere non direttamente superabili dal progetto e barriere su cui il progetto può realisticamente intervenire nel breve e medio periodo.

### 1. BARRIERE STRUTTURALI DI SISTEMA (non direttamente superabili)

Una delle principali barriere emerse riguarda la **carenza strutturale di personale medico**, riscontrata in entrambi i contesti nazionali coinvolti, seppur con specificità tra Slovenia e Slovacchia. Tale carenza si traduce in **lunghe liste d'attesa**, che ostacolano l'accesso tempestivo ai servizi sanitari per la popolazione target del progetto. Si tratta di un **vincolo di natura sistemica**, non affrontabile direttamente attraverso le azioni progettuali, in quanto legato alle dinamiche dei sistemi sanitari nazionali, alle politiche di reclutamento e alla disponibilità complessiva di professionisti qualificati.

Il progetto dimostra tuttavia una chiara consapevolezza di questo limite strutturale e individua alcune **azioni di mitigazione**, tra cui il **rafforzamento delle collaborazioni** con altri attori del sistema socio-sanitario, l'**ottimizzazione dei percorsi di presa in carico** e l'attivazione di **azioni di advocacy istituzionale** basate su dati empirici raccolti sul campo.

In questo quadro, sono state individuate **ulteriori barriere** di carattere contestuale, rispetto alle quali l'organizzazione dispone di un  **margine di manovra limitato o nullo nel breve-medio termine**. La loro conoscenza risulta tuttavia essenziale per l'adattamento delle strategie operative e per una gestione realistica delle aspettative. Tra queste emergono la **necessità di un cambiamento sistemico**, la **presenza di pregiudizi istituzionali** nei confronti degli utenti, la **carenza di alloggi** e le **criticità nella gestione documentale**, legate a requisiti normativi esterni non modificabili.

### 2. BARRIERE ORGANIZZATIVE E CULTURALI SUPERABILI

Accanto ai vincoli strutturali, l'analisi ha evidenziato un insieme di **barriere organizzative e culturali** che, pur essendo significative, risultano **parzialmente o pienamente superabili** grazie alle risorse interne già presenti nel progetto. Queste barriere sono particolarmente rilevanti perché **incidono direttamente sulla qualità dell'intervento, sulla sostenibilità del team e sull'impatto sociale complessivo**.

Queste barriere rappresentano le **principali aree di intervento strategico per l'organizzazione**. Sono sfide che, sebbene complesse, possono essere affrontate attraverso una pianificazione mirata, l'ottimizzazione delle risorse e lo sviluppo di nuove competenze.

## D.3 BARRIERE DA SUPERARE E POTENZIAMENTI NECESSARI

### 2.A Difficoltà di accesso ai servizi sanitari

Descrizione	Analisi SWOT		Possibili strategie (Metaplan)
	Punti di forza	Punti di debolezza	
<p>Nel contesto sloveno emerge in modo specifico una difficoltà di accesso ai servizi sanitari per la popolazione target. Tale criticità non è riconducibile unicamente alla <b>carenza di personale medico</b>, ma piuttosto alla <b>complessità dei percorsi di accesso</b>, alla <b>frammentazione dei servizi</b> e alla <b>difficoltà di orientamento</b> all'interno del sistema sanitario. Questa barriera incide direttamente sulla tempestività della presa in carico e rischia di ridurre l'efficacia complessiva degli interventi, soprattutto per i beneficiari più vulnerabili.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Presenza di organizzazioni con forte conoscenza del territorio</li> <li>• Esperienza nella presa in carico di gruppi vulnerabili</li> <li>• Capacità di accompagnamento e mediazione con i servizi</li> <li>• Buona cooperazione con i servizi sanitari</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Percorsi di accesso complessi e poco chiari</li> <li>• Frammentazione tra servizi sanitari e sociali</li> <li>• Limitata formalizzazione dei referral</li> <li>• Lunghe liste d'attesa</li> <li>• Carenza di operatori sanitari</li> <li>• Qualità del trattamento/approccio</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Stabilire una <b>collaborazione strutturata</b> con i centri sanitari regionali e con le farmacie per estendere i punti di contatto sul territorio</li> <li>• Avviare un'attività di <b>advocacy istituzionale</b> e incontri in presenza con ministeri e comuni per dimostrare l'impatto economico e sociale del lavoro</li> </ul>
	Opportunità	Minacce	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rafforzamento dell'integrazione socio-sanitaria</li> <li>• Collaborazioni strutturate con centri sanitari e servizi territoriali</li> <li>• Ruolo di mediazione del progetto come "ponte" tra beneficiari e sistema</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ritardi nell'accesso alle cure</li> <li>• Abbandono dei percorsi di trattamento</li> <li>• Privatizzazione del sistema sanitario</li> <li>• Aumento delle disuguaglianze di accesso</li> <li>• Mancanza di interesse per la cooperazione</li> </ul>	

## D.3 BARRIERE DA SUPERARE E POTENZIAMENTI NECESSARI

### 2.B Potenziamento dell'integrazione socio-sanitaria

Descrizione	Analisi SWOT		Possibili strategie (Metaplan)
	Punti di forza	Punti di debolezza	
<p>In entrambi i contesti analizzati emerge una <b>difficoltà</b> nel garantire un'<b>integrazione strutturata e continuativa</b> tra servizi sanitari e sociali, con effetti quali <b>percorsi</b> di presa in carico <b>frammentati, duplicazioni di interventi o vuoti assistenziali</b>. Il rafforzamento dell'integrazione socio-sanitaria si configura pertanto come un imperativo strategico, poiché l'assenza di una collaborazione strutturata con i partner esterni genera <b>colli di bottiglia operativi</b> che compromettono l'efficacia del lavoro interno. La costruzione di reti rappresenta quindi una condizione necessaria per assicurare una presa in carico completa ed efficace, soprattutto in presenza di bisogni complessi che richiedono un <b>approccio multidisciplinare</b>.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Esperienza consolidata nel lavoro con gruppi emarginati</li> <li>• Collaborazioni già attive, seppur informali</li> <li>• Capacità di lavorare in rete e scambiare buone pratiche</li> <li>• Approccio multidisciplinare e condivisione delle conoscenze</li> <li>• Collaborazione già avviate con alcune strutture sanitarie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Collaborazioni non sempre formalizzate</li> <li>• Scarsa condivisione sistematica delle informazioni</li> <li>• Coordinamento dipendente da iniziative individuali</li> <li>• Carenza di interesse da parte del personale sanitario</li> <li>• Carenza di personale (professionisti sanitari e assistenti sociali)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Strutturare e ampliare la rete</b> attraverso la collaborazione con altre ONG e servizi pubblici per creare percorsi di cura integrati e condivisi.</li> <li>• <b>Formalizzare le alleanze istituzionali</b> organizzando incontri in presenza con ministeri, comuni e istituzioni sanitarie per costruire fiducia e accordi operativi.</li> </ul>
	Opportunità	Minacce	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Formalizzazione di partnership con servizi sanitari e sociali</li> <li>• Integrazione del progetto nel sistema territoriale</li> <li>• Rafforzamento del ruolo di advocacy istituzionale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Percorsi di cura discontinui</li> <li>• Riduzione dell'efficacia degli interventi</li> <li>• Sovraccarico dei singoli servizi</li> <li>• Differenze di approccio tra professionisti e servizi</li> <li>• Normativa che rende impossibile alcune forme di cooperazione</li> </ul>	

## D.3 BARRIERE DA SUPERARE E POTENZIAMENTI NECESSARI

### 2.C Carenza di risorse e limitato accesso alla formazione continua del personale

Descrizione	Analisi SWOT		Possibili strategie (Metaplan)
	Punti di forza	Punti di debolezza	
<p>La <b>limitazione dei fondi</b> destinati alla formazione, unita alla <b>mancaanza di tempo</b> per partecipare ad attività formative a causa dell'<b>elevato carico di lavoro</b>, rappresenta una barriera rilevante allo sviluppo delle competenze del personale sanitario e socio-sanitario. Queste criticità incidono sulla capacità del progetto di:</p> <p>a) aggiornare le competenze del team;                      b) adattarsi a nuove esigenze sanitarie complesse;                      c) mantenere elevati standard qualitativi nel medio-lungo periodo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Presenza di personale senior con competenze consolidate</li> <li>• Pratiche già attive di formazione interna e apprendimento tra pari</li> <li>• Forte orientamento del team alla qualità e all'impatto sociale</li> <li>• Capacità di raccolta e utilizzo di evidenze empiriche</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Carico di lavoro elevato</li> <li>• Limitata disponibilità di risorse economiche per formazione esterna</li> <li>• Formazione non sempre strutturata in modo sistematico</li> <li>• Personale sovraccarico</li> <li>• Remunerazione economica non sufficiente</li> <li>• Lavoro mentalmente difficile / estenuante</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mitigare la carenza immediata <b>coinvolgendo operatori sanitari in pensione</b> come personale volontario per sfruttare l'esperienza senior e alleggerire il carico.</li> <li>• <b>Istituzionalizzare la conoscenza interna</b> tramite un programma di formazione del personale sui temi rilevanti, guidato dai membri senior.</li> <li>• Favorire il coinvolgimento di professionisti futuri attraverso la <b>presentazione</b> delle attività <b>nelle università</b> specializzate per attrarre tirocinanti e neolaureati.</li> <li>• Utilizzare la <b>"data science"</b> e la <b>rendicontazione accurata</b> per attirare nuovi sponsor e bandi pubblici, garantendo la sostenibilità finanziaria dell'accesso ai servizi</li> </ul>
	Opportunità	Minacce	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Riduzione del lavoro amministrativo non essenziale</li> <li>• Collaborazioni con partner e reti professionali</li> <li>• Scambio di buone pratiche a livello nazionale e internazionale</li> <li>• Coinvolgimento in attività universitarie per avvicinare la natura del lavoro agli studenti</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rischio di burnout</li> <li>• Progressivo impoverimento delle competenze</li> <li>• Riduzione della qualità percepita dei servizi</li> <li>• Perdita di informazioni a causa del coinvolgimento di più attori</li> </ul>	



## D.3 BARRIERE DA SUPERARE E POTENZIAMENTI NECESSARI

### 2.D Stigma e qualità dell'approccio verso i beneficiari

Descrizione	Analisi SWOT		Possibili strategie (Metaplan)
	Punti di forza	Punti di debolezza	
<p>In alcuni contesti emerge la presenza di stigma nei confronti dei beneficiari, insieme a una qualità dell'approccio non sempre omogenea tra operatori. Questa barriera ha una <b>natura</b> prevalentemente <b>culturale e relazionale</b> e può incidere negativamente sull'esperienza degli utenti e sull'efficacia complessiva degli interventi.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Approccio progettuale basato su evidenze</li> <li>• Risultati positivi documentati sul benessere e l'autostima degli utenti</li> <li>• Forte orientamento all'inclusione sociale</li> <li>• Esperienze consolidate di lavori di comunità</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Resistenze individuali al cambiamento</li> <li>• Approcci professionali non sempre uniformi</li> <li>• Carenza di formazione specifica su stigma e relazione d'aiuto</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rafforzamento di una <b>cultura condivisa dell'approccio</b>, rendendo i valori di inclusione e rispetto parte integrante dell'identità del progetto e sostenendoli attraverso formazione mirata e momenti di riflessione interna.</li> <li>• <b>Coinvolgimento della comunità e comunicazione al pubblico.</b></li> </ul>
	Opportunità	Minacce	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Formazione specialistica su counseling e approccio centrato sulla persona</li> <li>• Rafforzamento del ruolo degli assistenti sociali</li> <li>• Comunicazione dei risultati positivi come leva di cambiamento culturale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Discontinuità nell'esperienza degli utenti</li> <li>• Riduzione della fiducia nei servizi</li> <li>• Riproduzione di dinamiche di esclusione</li> </ul>	

## D.3 BARRIERE DA SUPERARE E POTENZIAMENTI NECESSARI

### 2.E Sovraccarico e rischio di burnout

Descrizione	Analisi SWOT		Possibili strategie (Metaplan)
	Punti di forza	Punti di debolezza	
<p>L'elevato carico di lavoro, in particolare legato alla <b>gestione documentale</b> e agli <b>adempimenti amministrativi</b>, insieme alla <b>pressione operativa costante</b>, espone il personale a un rischio concreto di <b>burnout</b>, con effetti sulla qualità dell'assistenza, sulla ritenzione del personale e sul tempo dedicato ai beneficiari. Il <b>sovraccarico</b>, aggravato dalla complessità dei processi e dalla carenza di risorse materiali e finanziarie, <b>compromette la sostenibilità a lungo termine</b>. In tale contesto, l'ottimizzazione dei processi e la diversificazione delle fonti di finanziamento risultano indispensabili per preservare l'efficacia degli interventi.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Team motivato e con forte senso di missione</li> <li>• Basso turnover del personale</li> <li>• Buona capacità di adattamento organizzativo</li> <li>• Forte orientamento alla qualità dell'intervento</li> <li>• Promozione dell'equilibrio tra vita lavorativa e privata</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sovraccarico operativo</li> <li>• Ruoli talvolta sovrapposti</li> <li>• Scarso tempo per pianificazione e riflessione</li> <li>• Eccessivo carico amministrativo</li> <li>• Sottrazione di tempo alle attività ad alto valore sociale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Assicurare la <b>stabilità finanziaria</b> attraverso la <b>ricerca attiva di nuovi finanziamenti</b> sostenibili nel settore pubblico e l'espansione verso altri potenziali sponsor</li> <li>• Trasformare la raccolta dati da onere a strumento efficiente attraverso l'implementazione di un sistema dedicato, riducendo il lavoro amministrativo.</li> </ul>
	Opportunità	Minacce	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Digitalizzazione e semplificazione dei processi</li> <li>• Rafforzamento del supporto amministrativo</li> <li>• Coinvolgimento di operatori sanitari senior in pensione</li> <li>• Riorganizzazione interna dei carichi di lavoro</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Burnout</li> <li>• Riduzione della qualità dei servizi</li> <li>• Perdita di personale chiave</li> <li>• Forte domanda di servizi</li> <li>• Casi sociali complessi</li> </ul>	

## D.4 CONTINUITÀ E SOSTENIBILITÀ PER IL MANTENIMENTO DELL'IMPATTO DEL PROGETTO NEL LUNGO TERMINE

Sulla base dell'analisi condotta, è possibile delineare un **quadro strategico** fondato su **quattro assi d'intervento** interdipendenti, progettati per garantire la sostenibilità e massimizzare l'impatto del progetto nel lungo termine:

### A. INTEGRAZIONE SISTEMICA DEL PROGETTO NEL SISTEMA SOCIO-SANITARIO

Per passare da progetto a componente stabile del sistema socio-sanitario, la strategia deve focalizzarsi su un'**azione di advocacy mirata**. L'obiettivo è ottenere un **riconoscimento istituzionale** che si traduca in **finanziamenti stabili** e in un'integrazione operativa. Ciò si concretizzerà nell'organizzazione di **incontri in presenza con ministeri e istituzioni sanitarie** e nella creazione di un **dialogo strutturato con le istituzioni politiche**. L'uso strategico dei dati raccolti servirà a dimostrare il valore pubblico e il ritorno sociale dell'investimento nel progetto.

### B. RAFFORZAMENTO DELLE RISORSE UMANE

**Il capitale umano è l'asset principale.** Per affrontare la carenza strutturale di personale e valorizzare le competenze interne, il piano prevede azioni su più fronti. La strategia prioritaria è il **coinvolgimento di operatori sanitari in pensione come personale volontario**, per mobilitare la loro esperienza nel tutoraggio e alleggerire il carico operativo. Parallelamente, verrà istituzionalizzato un **programma di formazione continua** guidato dal personale senior e si attiveranno **collaborazioni con le università** per attrarre nuovi talenti, con un focus sulla formazione specialistica per assistenti sociali.

### C. OTTIMIZZAZIONE DELL'EFFICIENZA OPERATIVA

Per massimizzare l'impatto e ridurre il sovraccarico del personale, è **imperativo intervenire sui processi interni**. La strategia si concentra su un processo di **semplificazione e digitalizzazione** volto a una drastica **riduzione del lavoro amministrativo**. L'implementazione di un nuovo sistema per la gestione dei dati è l'intervento chiave per trasformare la raccolta dati da onere a risorsa strategica, liberando tempo prezioso che il personale potrà dedicare all'interazione diretta con gli utenti e alla cura.

### D. COMUNICAZIONE, ADVOCACY E RACCOLTA FONDI

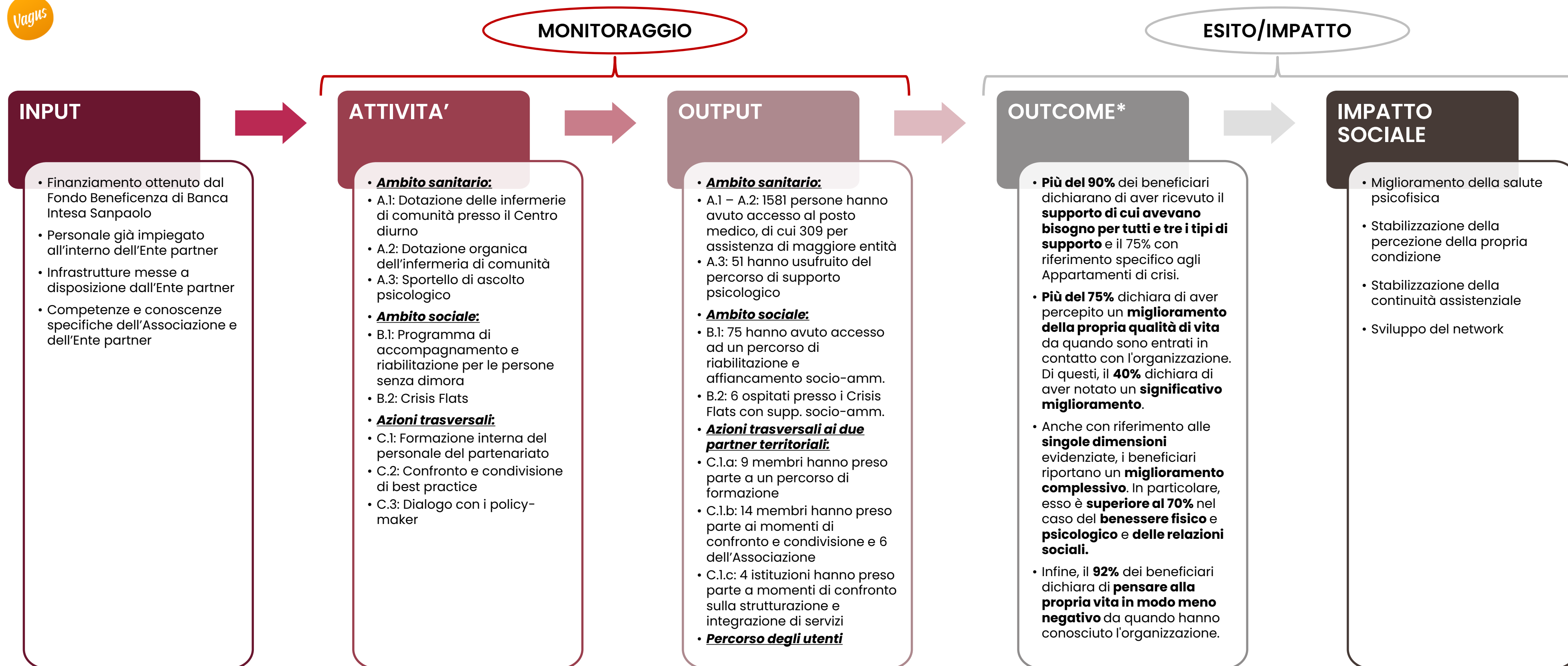
Una strategia di comunicazione integrata è fondamentale per trasformare il progetto in un modello riconosciuto e sostenuto. L'azione si svilupperà su due binari: da un lato, il **coinvolgimento della comunità attraverso social media e discussioni pubbliche** per sensibilizzare l'opinione pubblica; dall'altro, la **diversificazione delle fonti di finanziamento** tramite **campagne di raccolta fondi** mirate e la ricerca di **partnership con nuovi sponsor** del settore privato e filantropico. L'obiettivo è costruire una solida base di sostegno economico e sociale.



Questi quattro assi strategici costituiscono una *roadmap* completa per il futuro, un piano integrato che guida l'organizzazione verso il superamento delle sfide attuali e il raggiungimento di un nuovo livello di impatto e sostenibilità.

# La catena del valore dell'Impatto Sociale di "Bridges of Change" | Impatto

## OZ VAGUS (BRATISLAVA – SLOVACCHIA)



\* Dati emersi dal questionario agli utenti (% riferite al campione)



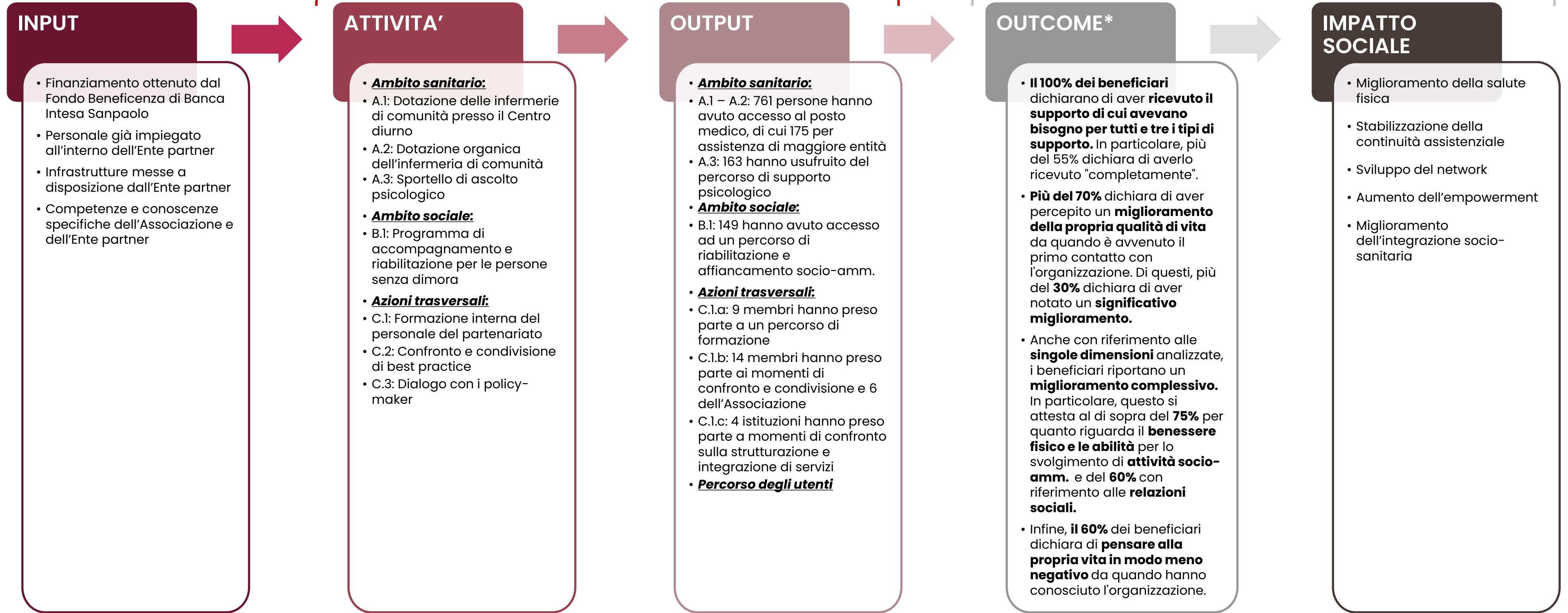
# La catena del valore dell'Impatto Sociale di "Bridges of Change" | Impatto

## KRALJI ULICE (LUBIANA – SLOVENIA)



MONITORAGGIO

ESITO/IMPATTO



\* Dati emersi dal questionario agli utenti (% riferite al campione)

## 4. Conclusioni

Il progetto *Bridges of Change* si colloca in un contesto caratterizzato da una **crescente multidimensionalità dei bisogni delle persone senza dimora**, in particolare quelli socio-sanitari, e da una **strutturale complessità** caratterizzante i **sistemi pubblici nel fornire risposte integrate, continuative e accessibili**. In questo scenario, la seconda annualità progettuale ha rappresentato non solo una fase di prosecuzione delle attività avviate, ma un passaggio cruciale di consolidamento, apprendimento e rafforzamento degli esiti generati nel corso del biennio.

I dati e le informazioni raccolte grazie alle attività di monitoraggio e valutazione evidenziano come il progetto abbia progressivamente superato una logica prevalentemente emergenziale, strutturandosi come un **intervento capace di incidere sui percorsi di vita dei beneficiari** e sulle modalità di presa in carico delle persone senza dimora nei contesti urbani di Bratislava e Lubiana. La **combinazione di assistenza sanitaria, supporto psicologico e accompagnamento socio-amministrativo**, integrata da azioni trasversali di formazione, scambio di buone pratiche e dialogo istituzionale, ha permesso di **costruire un modello di intervento multidimensionale, integrato e di prevenzione**.

Nel corso della seconda annualità, il progetto ha raggiunto una significativa capacità operativa, testimoniata dall'elevato numero di persone coinvolte e dalla continuità degli accessi ai servizi. Le **attività sanitarie** hanno consentito di intercettare e trattare patologie spesso croniche e trascurate, migliorando l'accesso alle cure primarie e specialistiche e contribuendo alla prevenzione dell'aggravamento delle condizioni di salute.

Allo stesso tempo, il **supporto psicologico** si è rivelato un elemento centrale nella presa in carico di persone con quadri clinici complessi, caratterizzati da dipendenze, disturbi dell'umore, traumi e isolamento sociale, offrendo uno spazio di ascolto e accompagnamento. Parallelamente, le azioni di **accompagnamento socio-amministrativo** hanno risposto a bisogni strutturali legati all'accesso ai diritti, al lavoro e all'abitazione, confermando come la condizione di homelessness non sia riconducibile a una singola fragilità, ma a un intreccio di vulnerabilità che richiede interventi coordinati e personalizzati. In questo senso, la seconda annualità ha rafforzato la capacità dei partner locali di costruire **percorsi individualizzati**, basati su una relazione di fiducia e su una **presa in carico progressiva**, adattata ai tempi e alle possibilità dei beneficiari.

Considerando il progetto nella sua dimensione biennale, emerge con chiarezza un **impatto complessivo che supera la somma dei singoli output**. *Bridges of Change* ha contribuito a generare **cambiamenti significativi** sia sul piano individuale sia su quello organizzativo e di sistema:

- **per i beneficiari**, il progetto ha rappresentato un punto di riferimento stabile e affidabile, capace di **migliorare la qualità della vita, aumentare la consapevolezza** rispetto alla propria salute e **rafforzare** le possibilità di **riattivazione sociale**. La continuità degli accessi e la ripetizione dei contatti indicano non solo un bisogno persistente, ma anche un riconoscimento del valore dei servizi offerti;

- **dal punto di vista degli operatori e delle organizzazioni partner**, invece, il progetto ha favorito un'**evoluzione delle pratiche di intervento**, orientandole sempre più verso un **approccio integrato e centrato sulla persona**. La possibilità di lavorare in modo coordinato su più dimensioni del bisogno ha **ridotto la frammentazione** degli interventi e **migliorato la capacità di rispondere** a situazioni di elevata complessità. In questo senso, il progetto ha agito come **leva di cambiamento organizzativo**, rafforzando le reti territoriali e promuovendo una visione condivisa del contrasto alla marginalità estrema;
- **a livello di comunità e di sistema**, l'impatto del progetto si manifesta nella sua **capacità di dialogare con le istituzioni** e di contribuire alla **riflessione sulle politiche di inclusione sociale e sanitaria**. Pur operando in contesti caratterizzati dall'assenza o dalla debolezza di strategie nazionali strutturate sull'homelessness, *Bridges of Change* ha dimostrato come interventi mirati, continuativi e basati su evidenze possano costituire un riferimento per lo sviluppo di modelli più efficaci e sostenibili.

Da ciò si evince come l'importanza di investire ulteriormente sul coordinamento con i servizi pubblici, sul rafforzamento delle competenze degli operatori e sulla raccolta sistematica di dati utili a monitorare gli esiti nel medio-lungo periodo rappresentino non solo ambiti di miglioramento, ma anche opportunità di sviluppo per il futuro degli esiti del progetto, tenuto conto che la **sostenibilità dell'impatto sociale** finora generato **dipende proprio dalla capacità di non disperdere le competenze acquisite e le reti costruite**.

In prospettiva, *Bridges of Change* si configura come un'esperienza capace di offrire indicazioni rilevanti per la progettazione di interventi strutturali a favore delle persone senza dimora. La sua forza risiede nella capacità di coniugare prossimità e visione sistemica, risposta ai bisogni immediati e costruzione di percorsi di autonomia, intervento locale e dialogo istituzionale. Il **mantenimento e il potenziamento di questo approccio nel medio-lungo periodo** appaiono condizioni essenziali per consolidare i risultati raggiunti e ampliare l'impatto generato. In tale contesto, **l'attuazione della roadmap** delineata per il futuro (o la capacità di attuazione della stessa), fondata sui **quattro pilastri strategici** individuati, costituirà un passaggio determinante per il mantenimento e il rafforzamento dell'impatto generato.

**In conclusione, il progetto ha dimostrato come un'azione integrata e continuativa possa incidere in modo significativo sulle condizioni di vita delle persone più vulnerabili e contribuire a un cambiamento più ampio nei sistemi di welfare locale.**

## 5. Bibliografia

Corbetta, P. (2015). La ricerca sociale: metodologia e tecniche. Le tecniche qualitative; Bologna: Il mulino.

Davies, R. and Dart, J. (2005) The 'Most Significant Change' Technique - A Guide to Its Use. <https://www.mande.co.uk/wp-content/uploads/2005/MSCGuide.pdf>.

FEANTSA (in continuo aggiornamento), Country Profile – Slovenia.

GECES. (2014). Approcci proposti per la misurazione dell'impatto sociale. Lussemburgo: Commissione Europea.

Hehenberger, L., Harling, A.-M., & Scholten, P. (2015). A practical guide to measuring and managing impact.

Inštitút pre výskum práce a rodiny (2024), Ľudia Bez Domova Sa Rátajú – Záverečná Správa Zo Sčítania Ľudí Bez Domova v Bratislave 2023.

Minto, G. (2023). La valutazione dell'impatto sociale nel Terzo Settore: inquadramento generale in Social Impact Investing; Roma: Aracne, pp. 49-88.

OECD. (1991). Principles for the Evaluation of Development Assistance. Paris: DAC Development Assistance Committee.

OECD. (2015). Policy Brief on Social Impact Measurement for Social Enterprises. [https://www.oecd.org/social/PB-SIM-Web\\_FINAL.pdf](https://www.oecd.org/social/PB-SIM-Web_FINAL.pdf).

OECD (2024), OECD Affordable Housing Database - indicator HC 3.1. Population experiencing homelessness. <https://oe.cd/ahtd>.

Perrini, F., & Vurro, C. (2013). La valutazione degli impatti sociali. Approcci e strumenti applicativi. Milano: Egea.

Zamagni, S., Venturi, P., & Rago, S. (2015). Valutare l'impatto sociale. La questione della misurazione nelle imprese sociali. Impresa Sociale.

## 6. Appendice

### Le caratteristiche socio-demografiche dei beneficiari di OZ Vagus



Grafico App. 1 - Genere dei beneficiari\_OZ Vagus

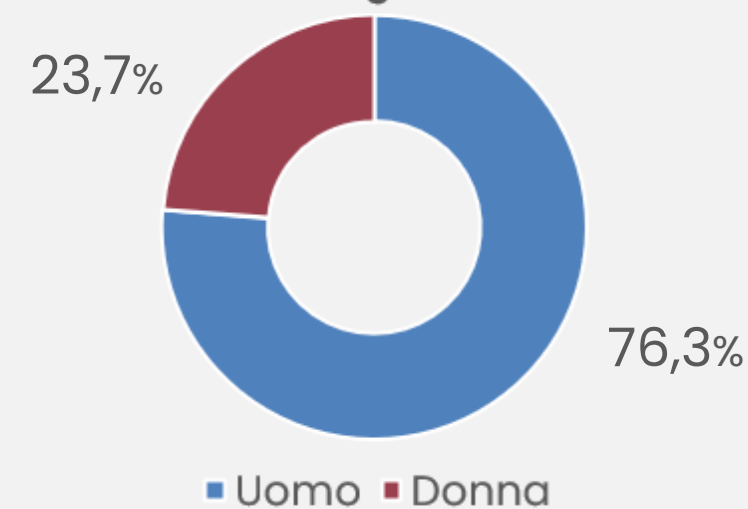


Grafico App. 2 - Fasce d'età dei beneficiari\_OZ Vagus

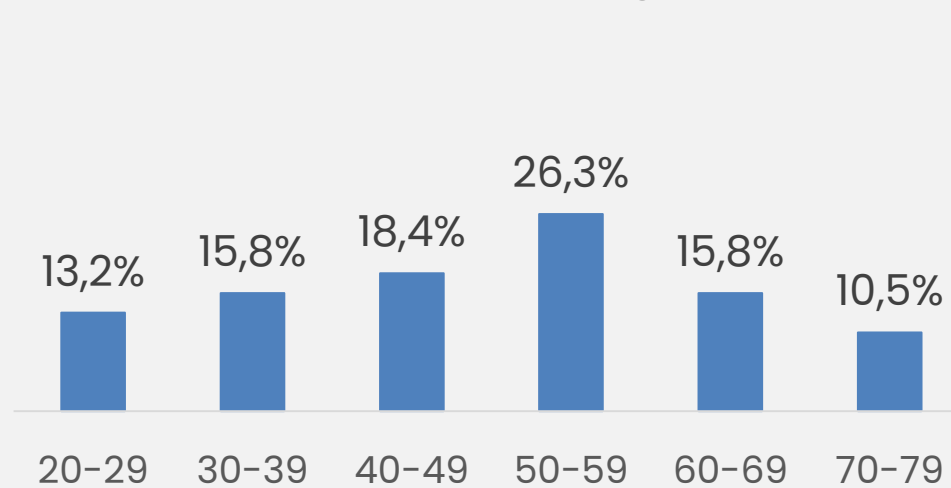
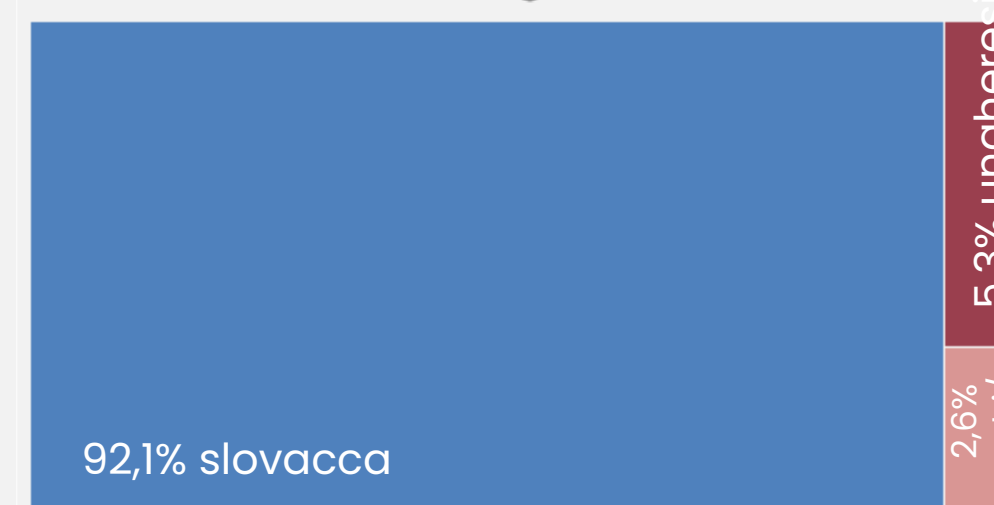


Grafico App. 3 - Nazionalità dei beneficiari\_OZ Vagus



**Tab. App. 1:** Periodo in cui i beneficiari hanno avuto il primo contatto con OZ Vagus.

Periodo in cui i beneficiari hanno avuto il primo contatto con OZ Vagus	Percentuale di beneficiari che hanno avuto il primo contatto con OZ Vagus in un determinato periodo di tempo
2012-2016	13,2%
2017-2021	50,0%
2022-2025	28,9%
Nessuna risposta	7,9%
Totale	100,0%

Grafico App. 4 - Modalità in cui i beneficiari hanno avuto il primo contatto con OZ\_Vagus

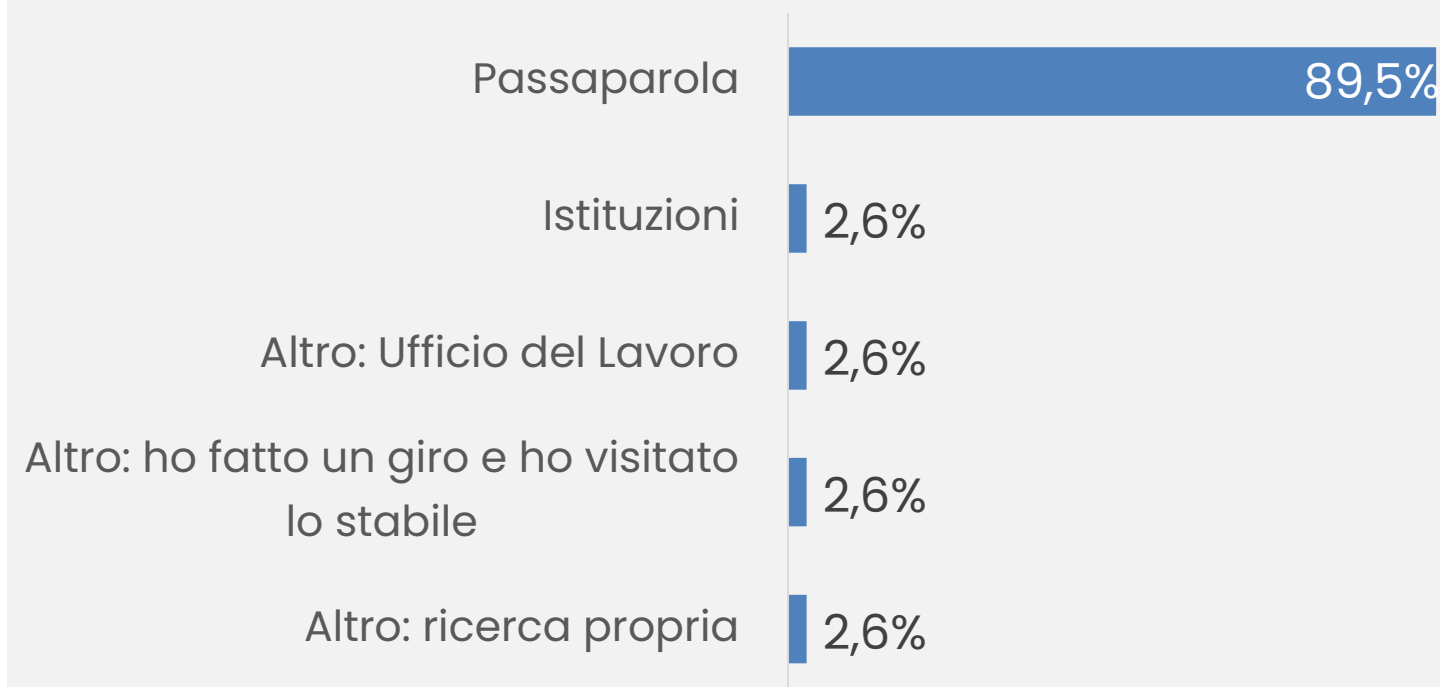
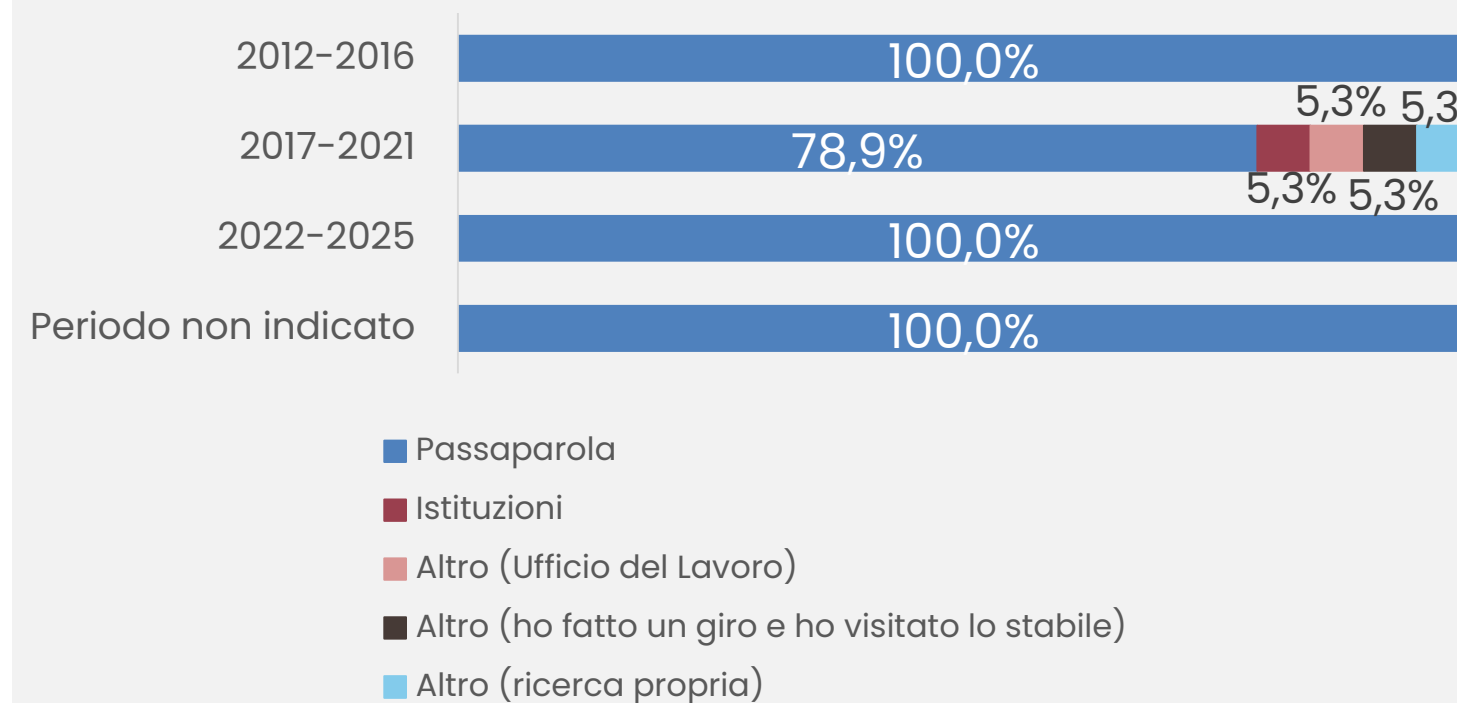
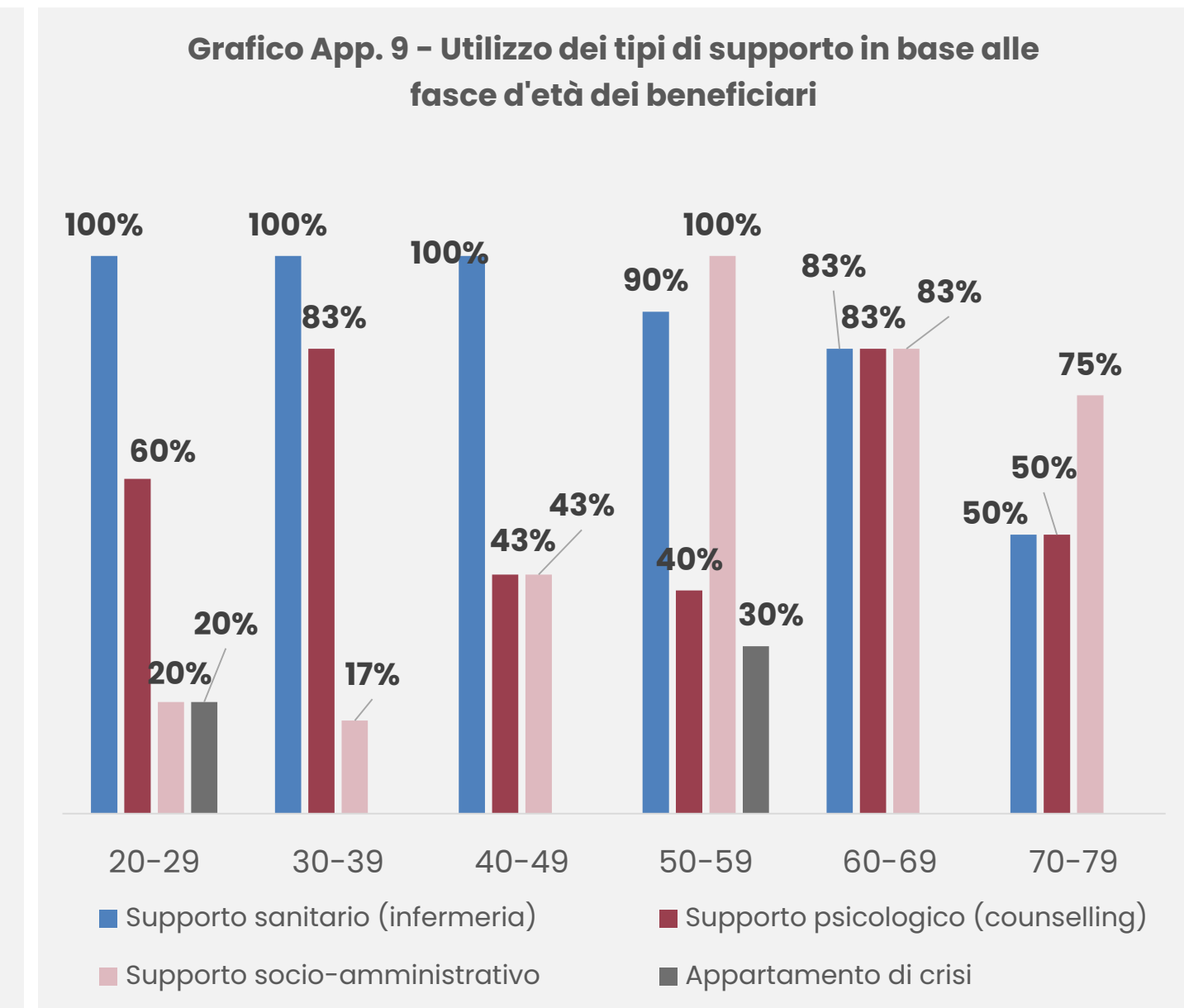
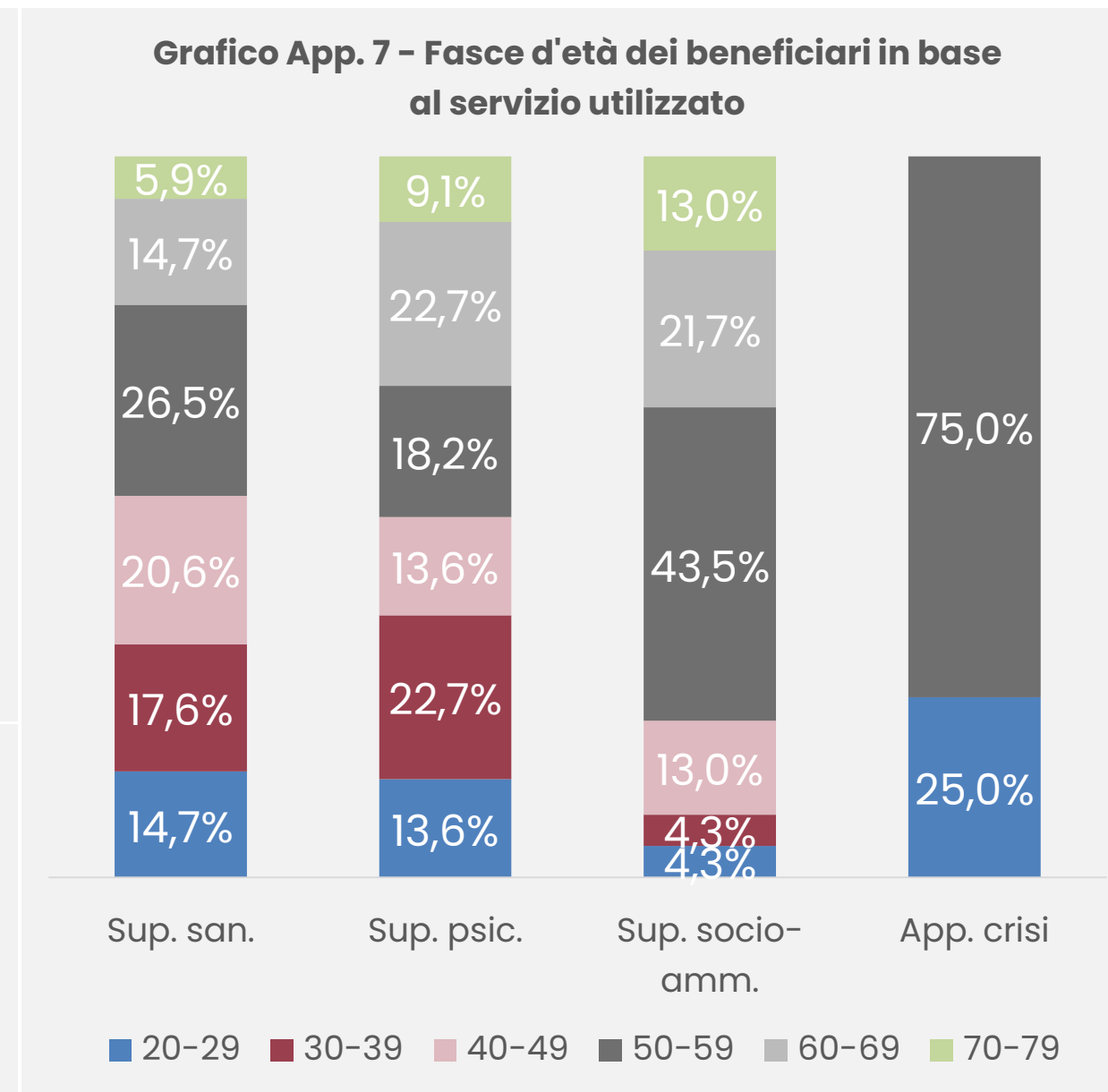
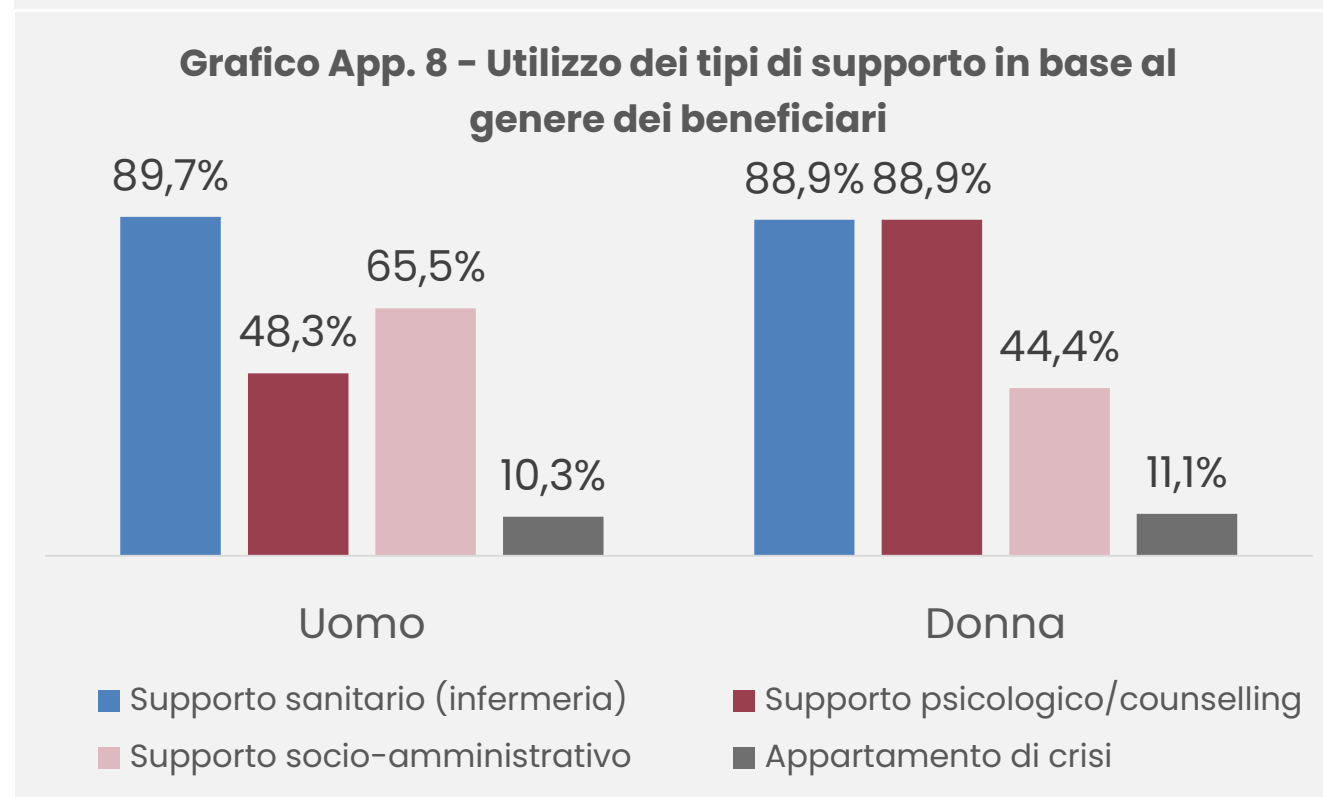
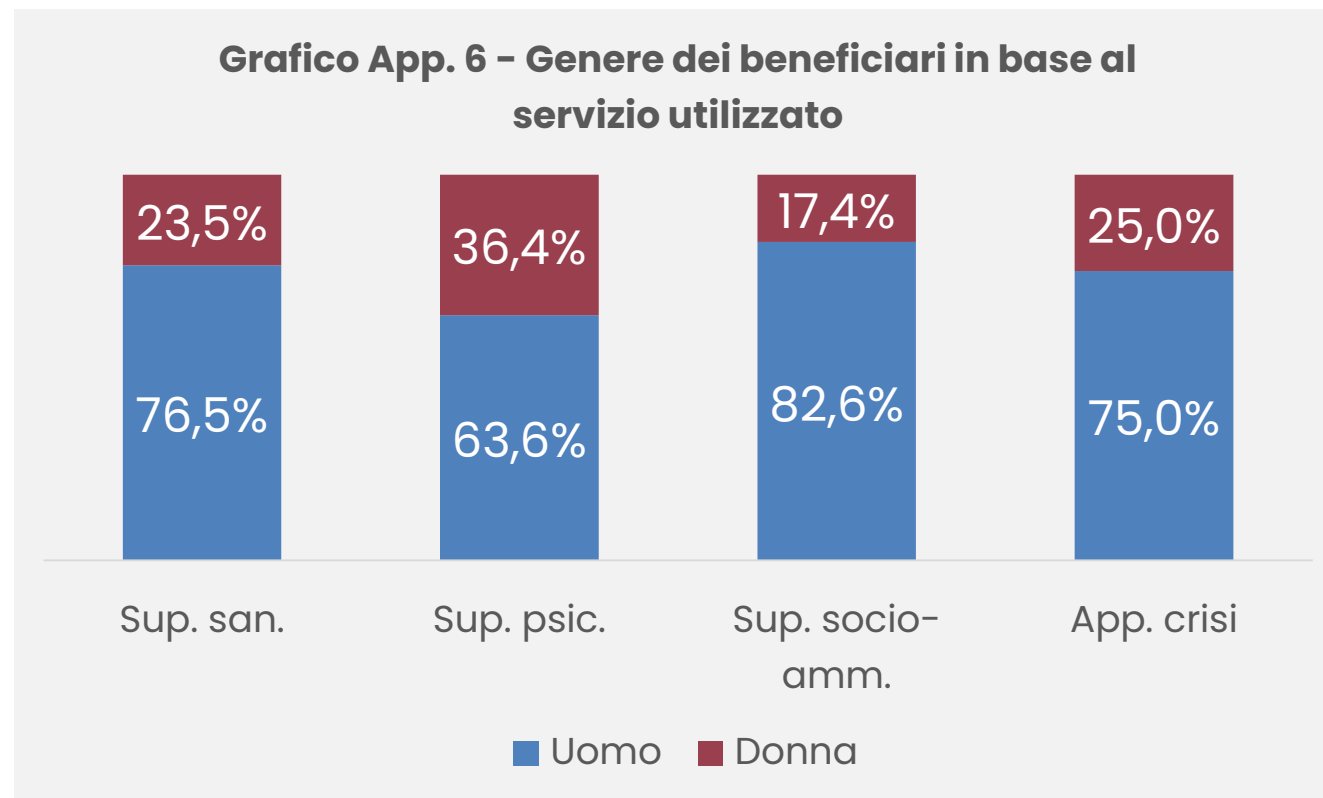


Grafico App. 5 - Modalità in cui è avvenuto il primo contatto da parte dei beneficiari con OZ Vagus in base al periodo



# 6. Appendice

## Analisi sui servizi utilizzati in relazione al genere e all'età dei beneficiari di OZ Vagus

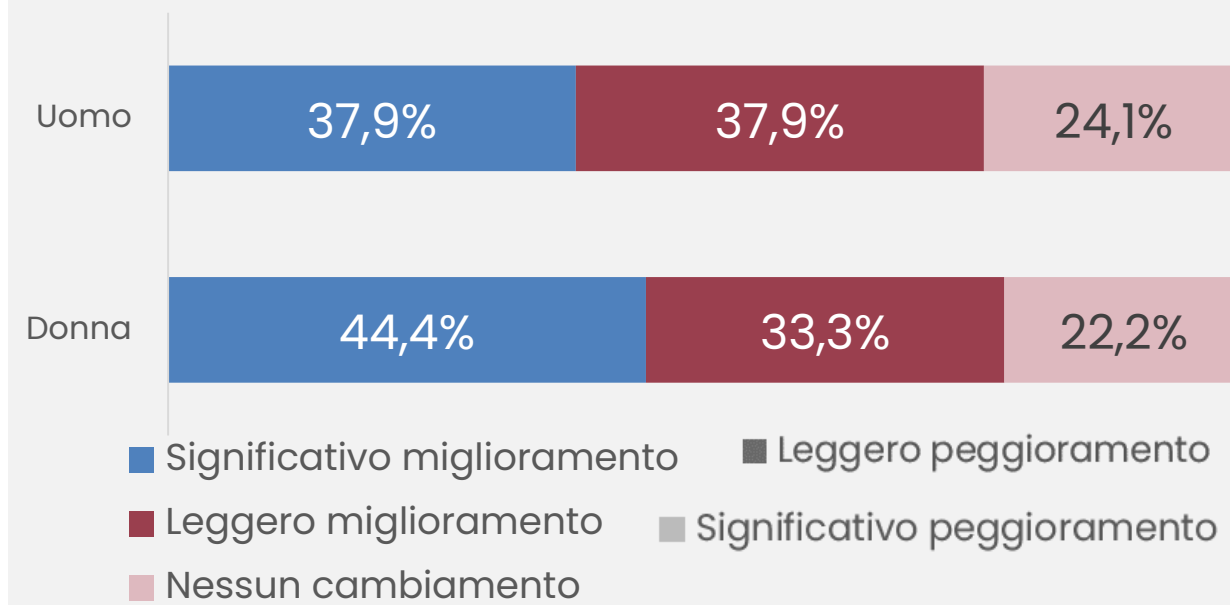


## 6. Appendice

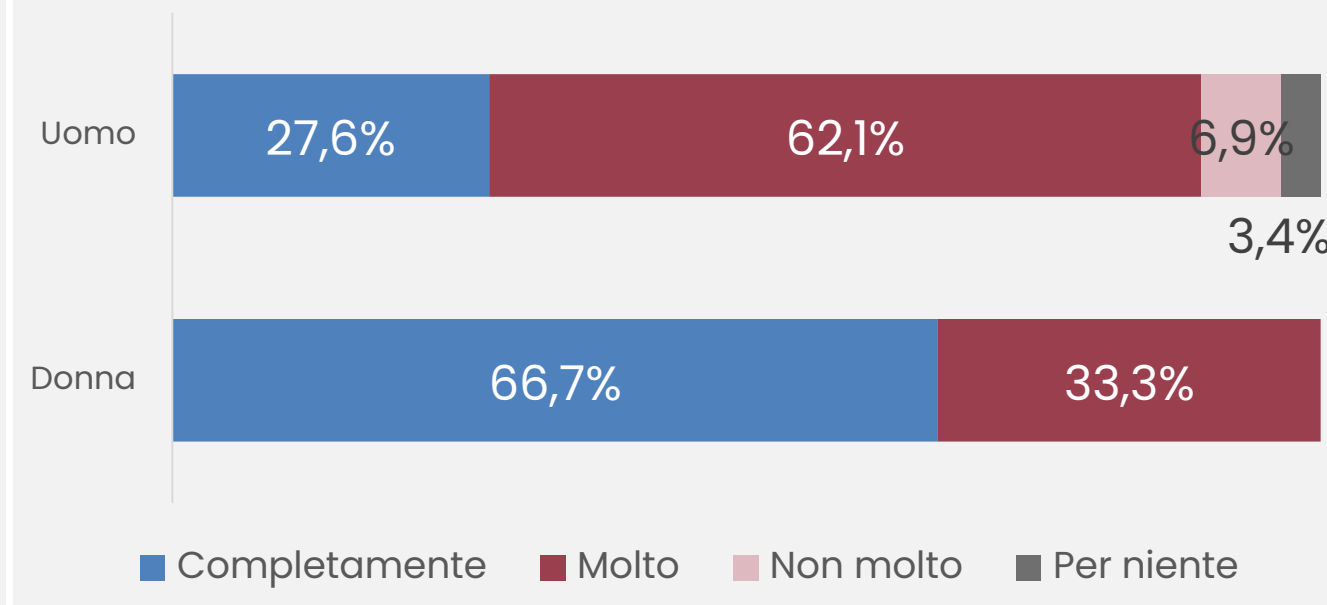
Analisi sulla qualità della vita e la percezione della propria vita in relazione al genere e all'età dei beneficiari di OZ Vagus



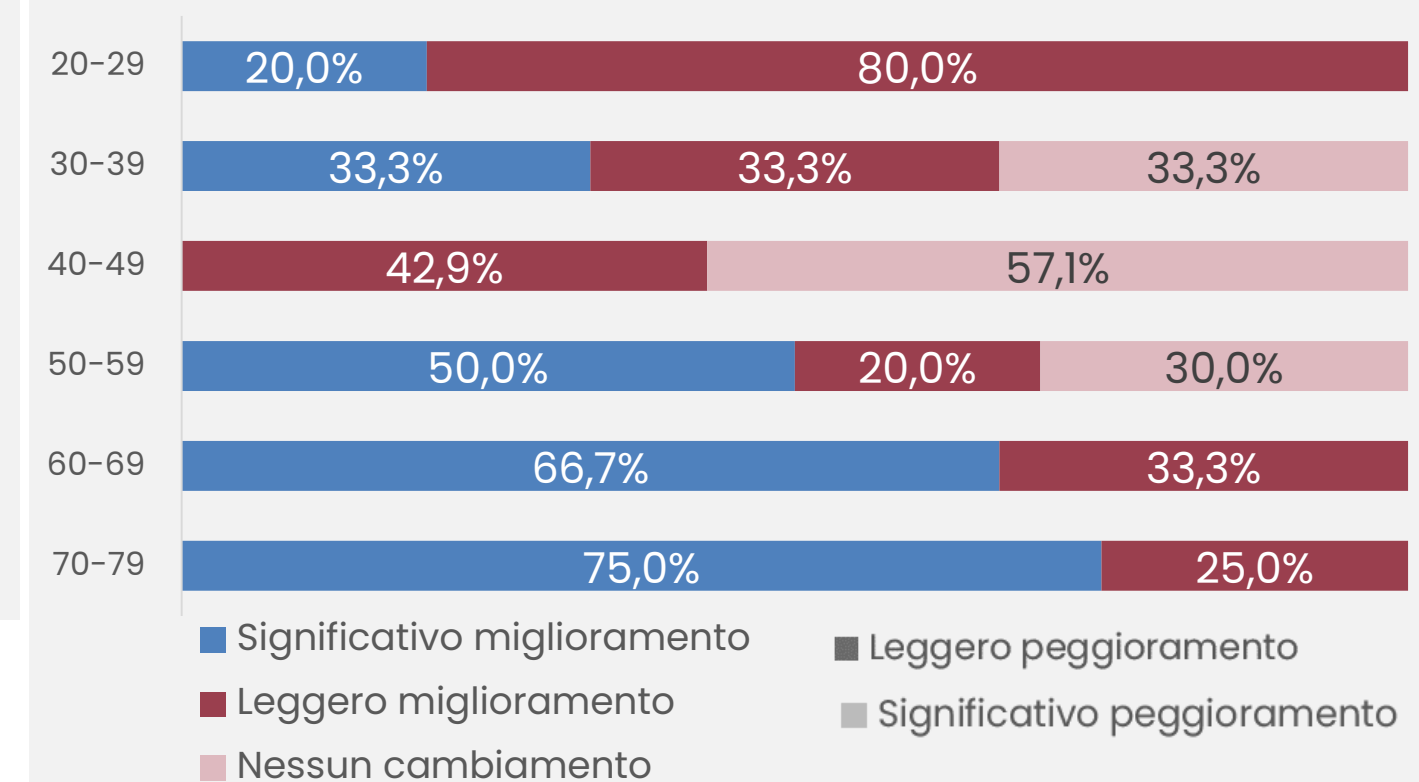
**Grafico App. 10 - Percezione di miglioramento della propria vita in base al genere**



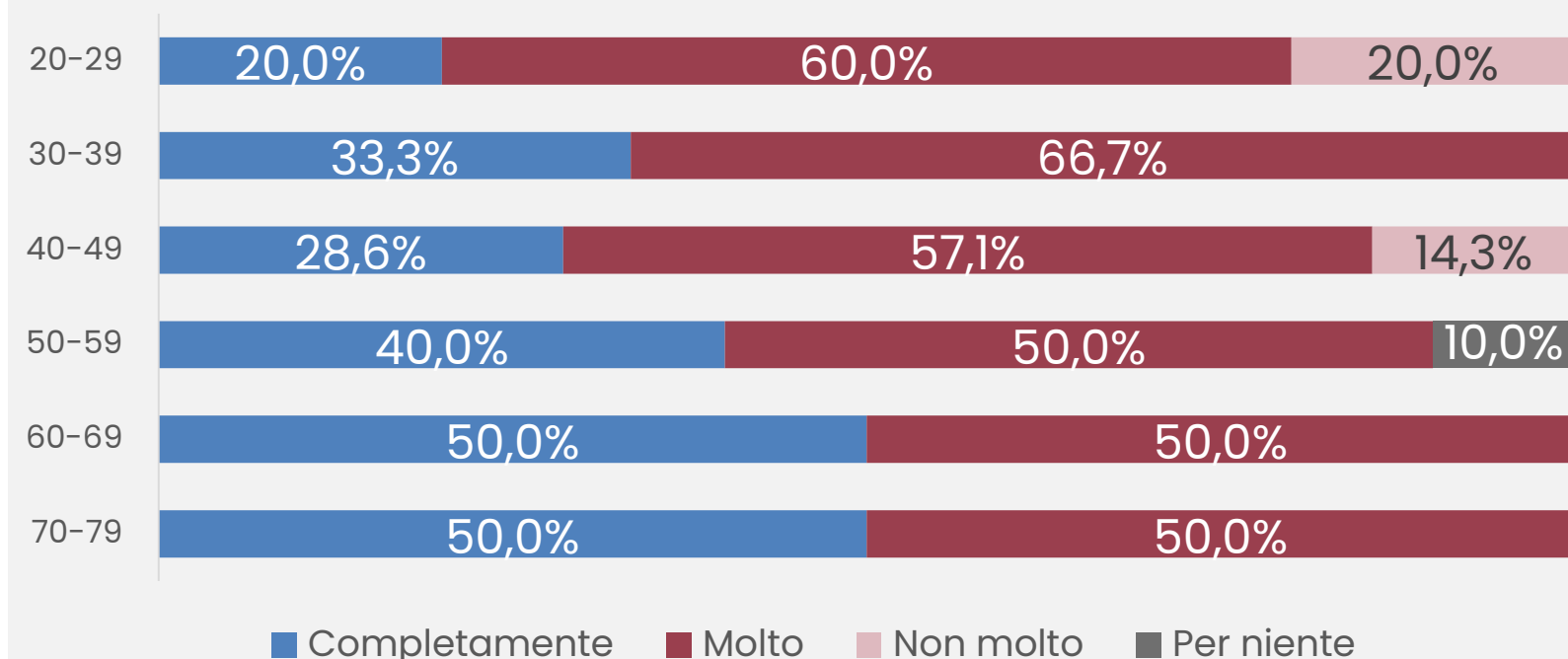
**Grafico App. 11 - Modo di pensare alla propria vita (meno negativo) in base al genere**



**Grafico App. 12 - Percezione di miglioramento della propria vita in base alle fasce d'età**

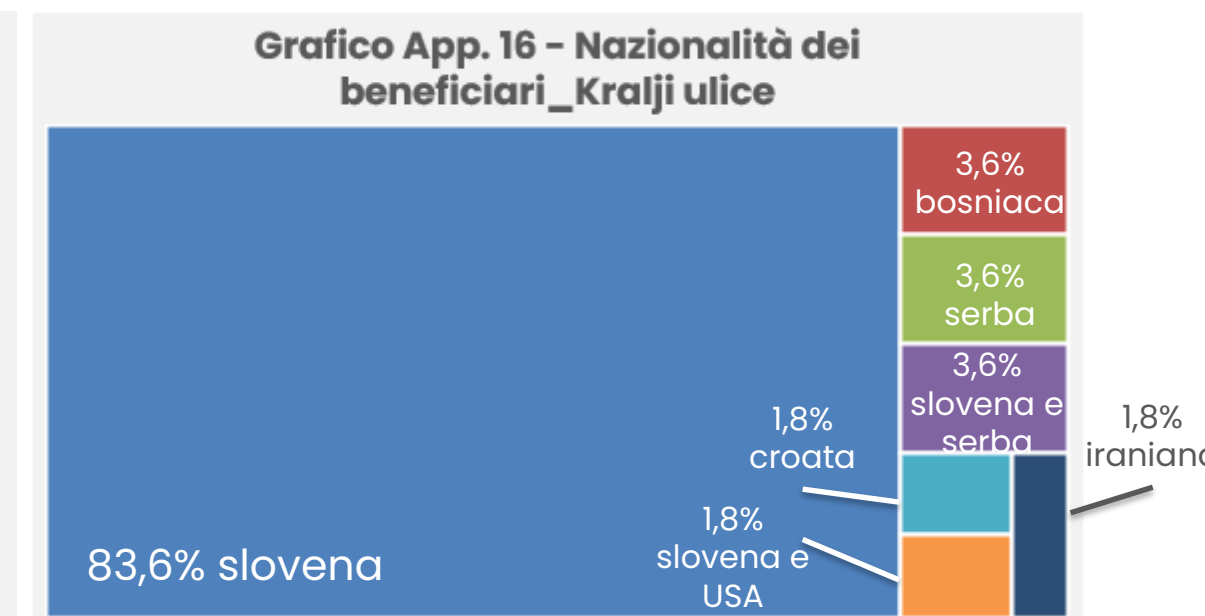
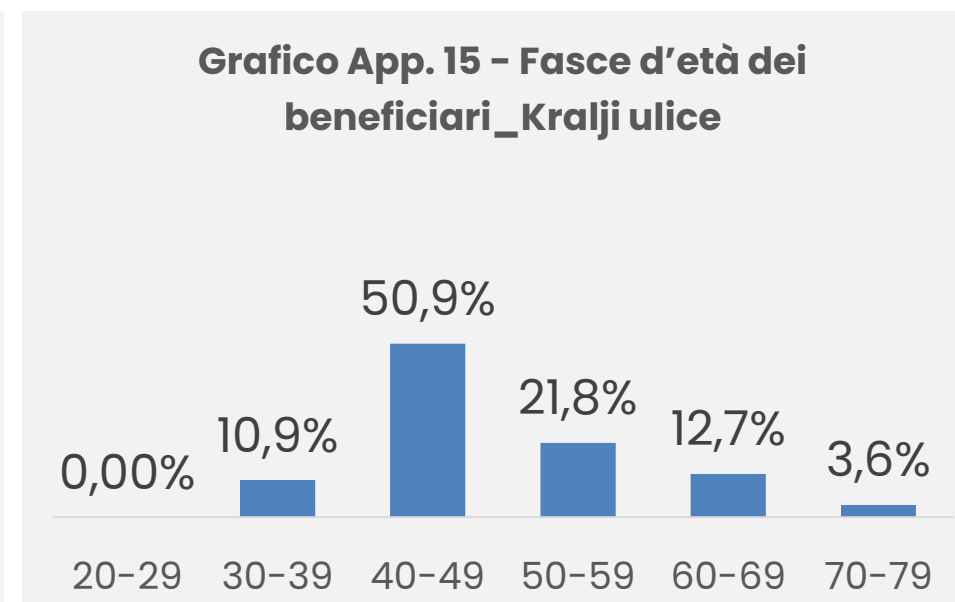
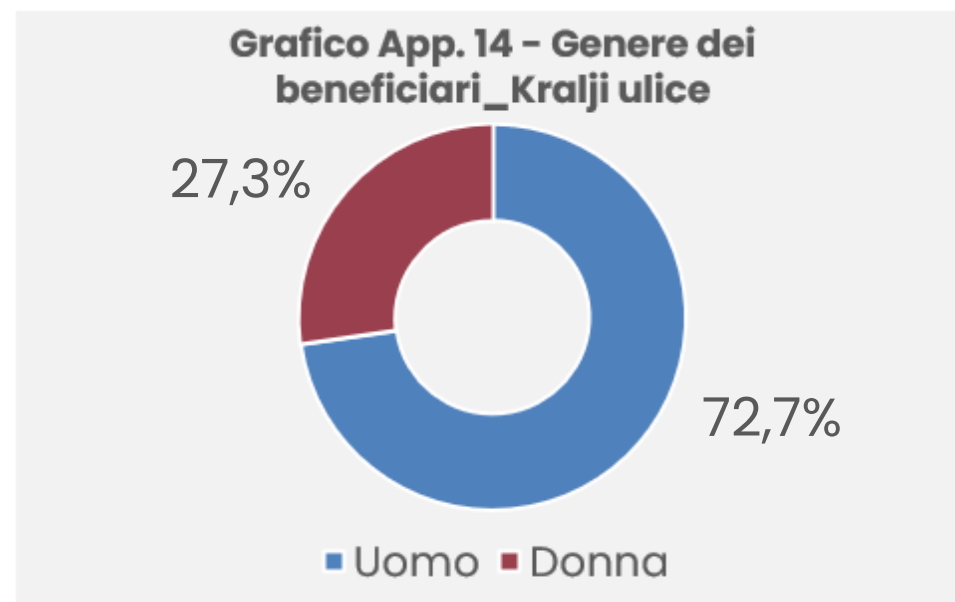


**Grafico App. 13 - Modo di pensare alla propria vita (meno negativo) in base alle fasce d'età**



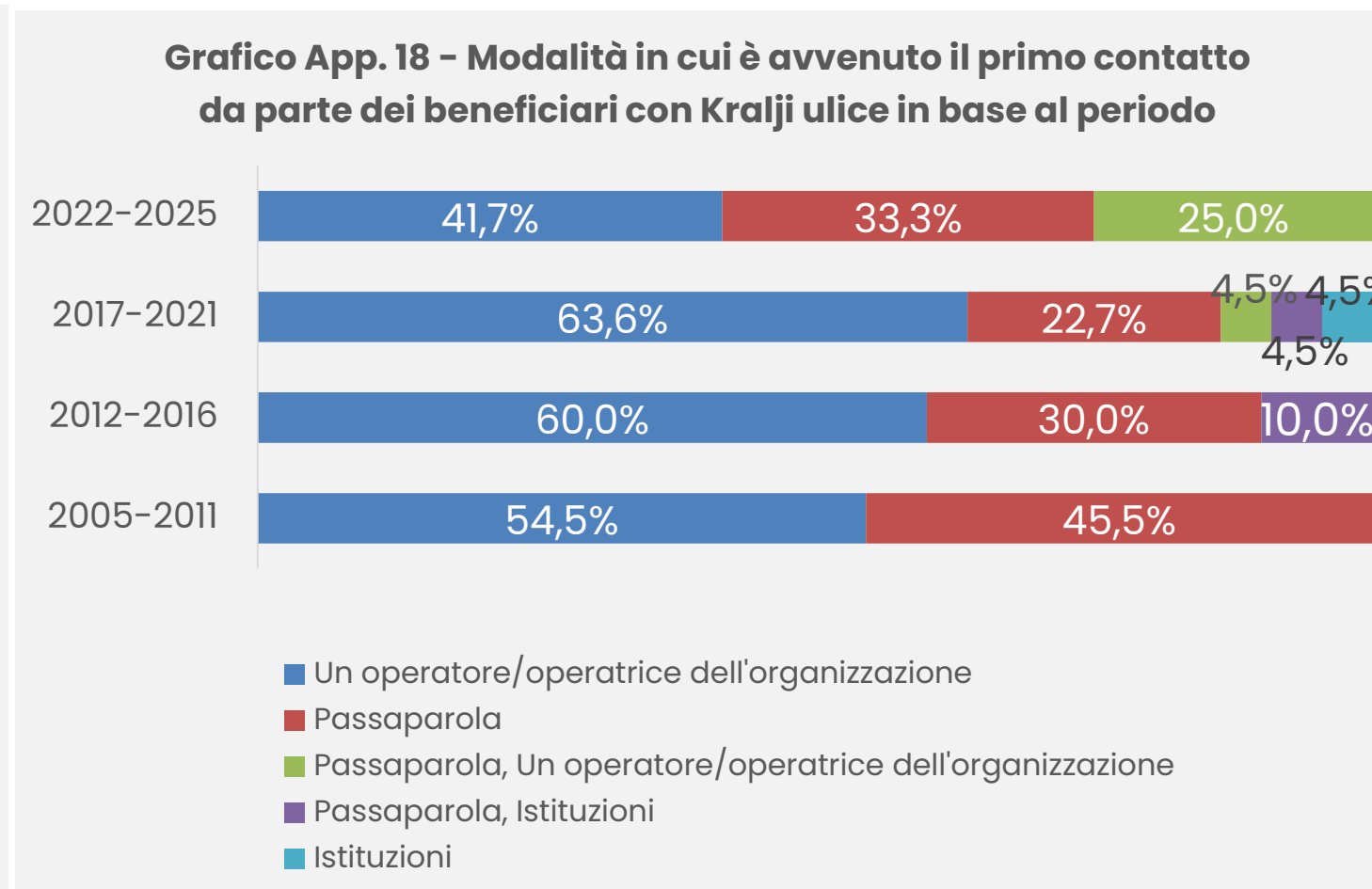
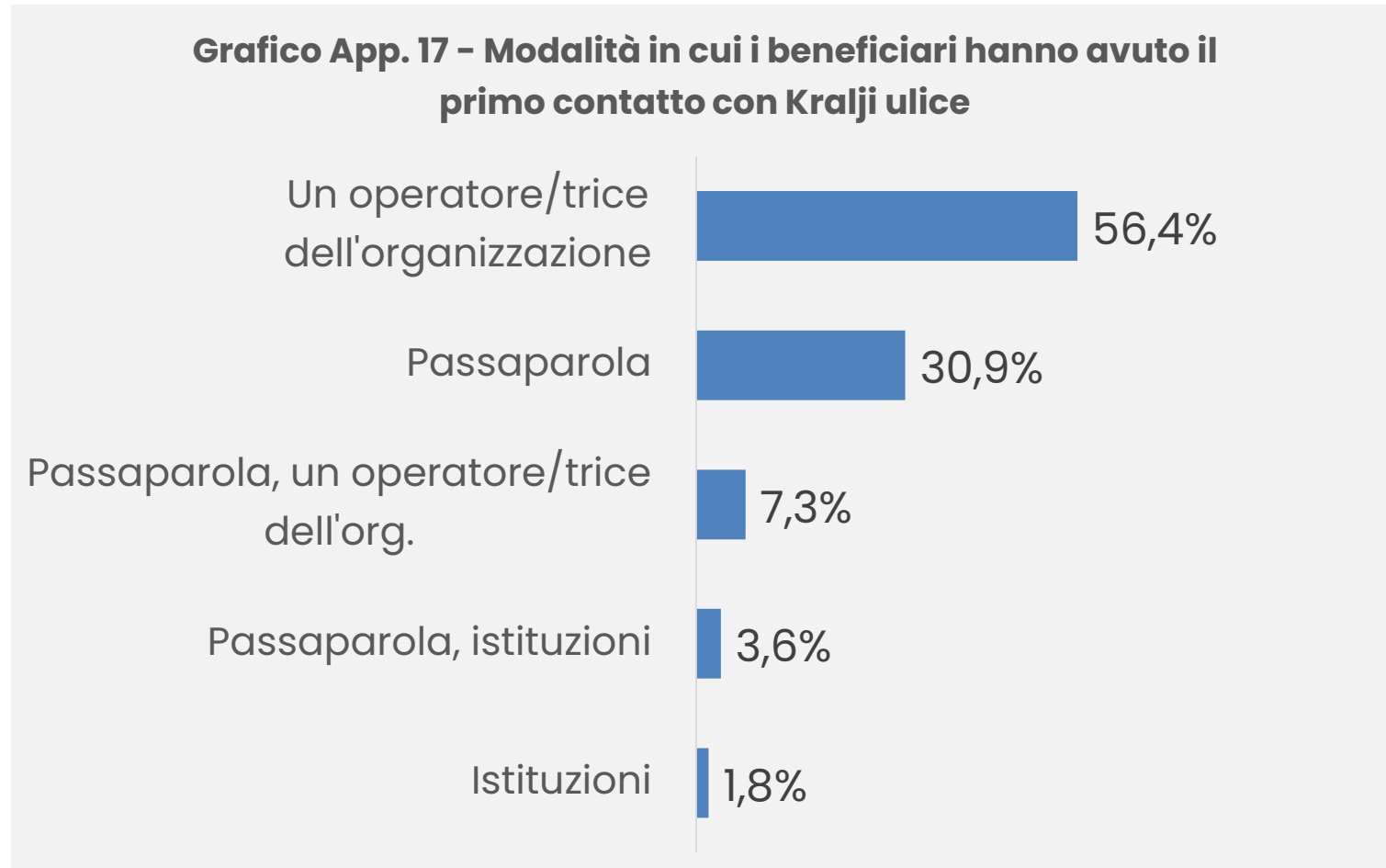
## 6. Appendice

### Le caratteristiche socio-demografiche dei beneficiari di Kralji ulice KRALJI ULICE



**Tab. App. 2:** Periodo in cui i beneficiari hanno avuto il primo contatto con Kralji ulice.

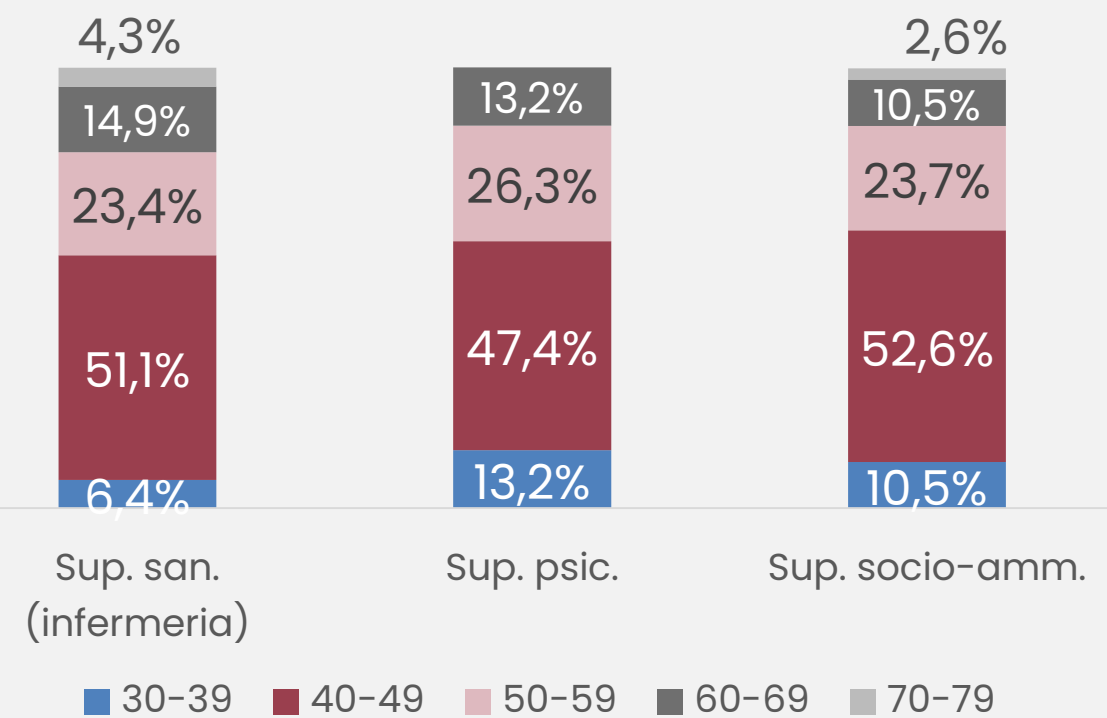
Periodo in cui i beneficiari hanno avuto il primo contatto con Kralji ulice	Percentuale di beneficiari che hanno avuto il primo contatto con Kralji ulice in un determinato periodo di tempo
2005-2011	20,0%
2012-2016	18,2%
2017-2021	40,0%
2022-2025	21,8%
Totale	100,0%



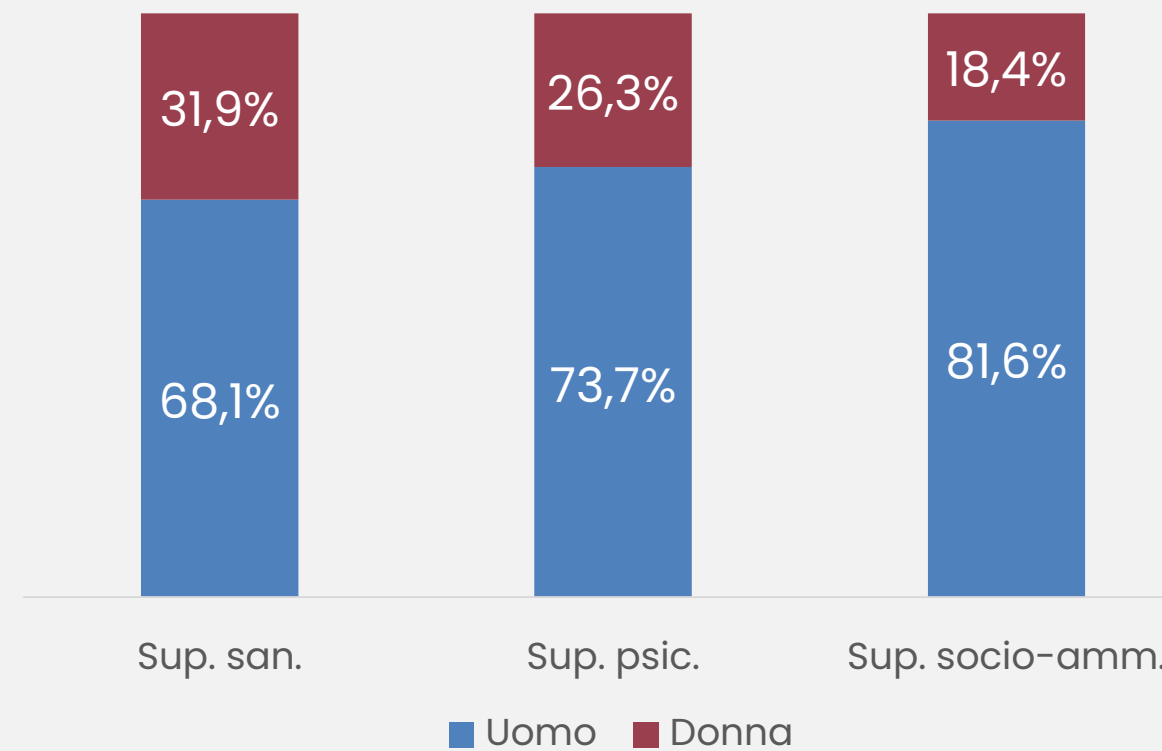
## 6. Appendice

### Analisi sui servizi utilizzati in relazione al genere e all'età dei beneficiari di Kralji ulice

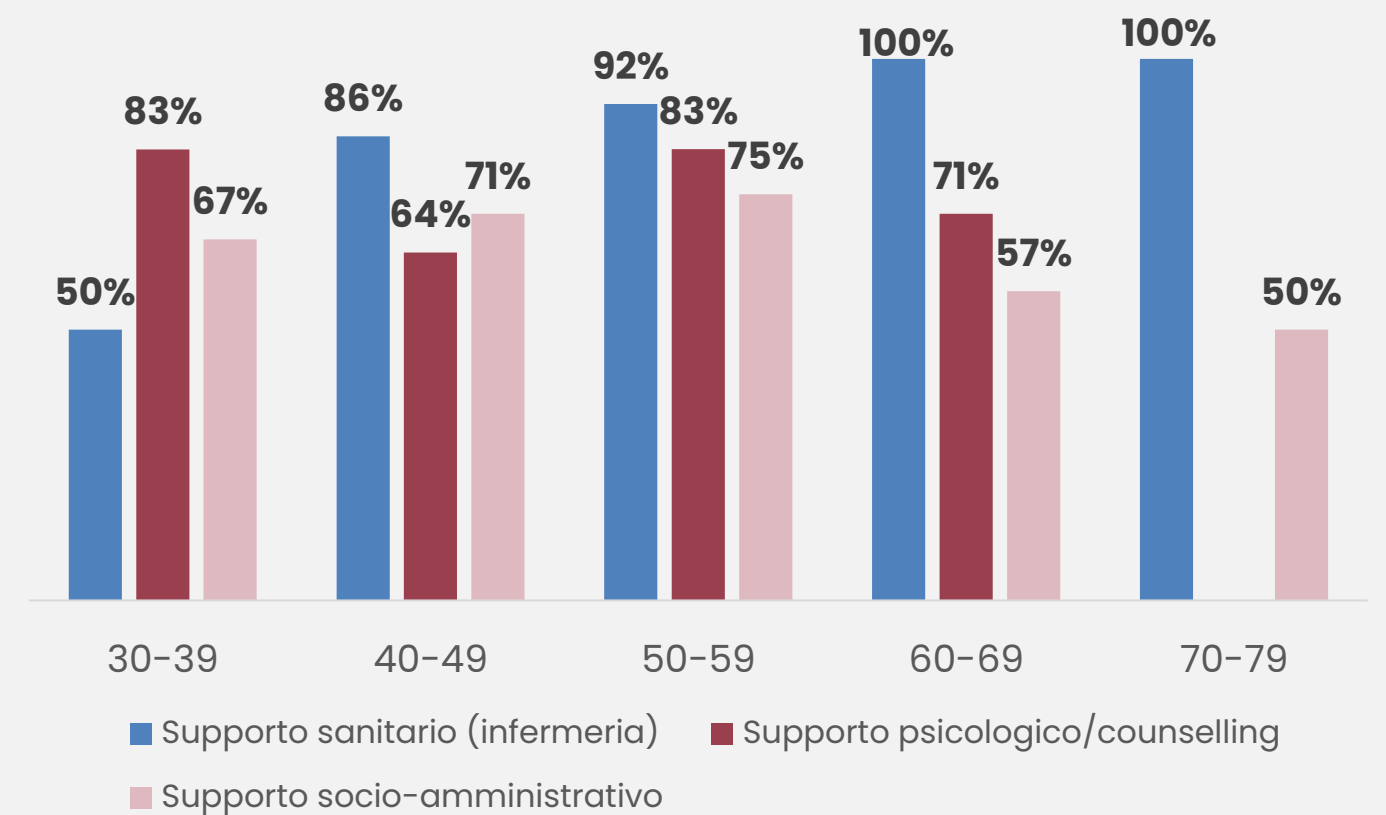
**Grafico App. 19 - Fasce d'età dei beneficiari in base al servizio utilizzato**



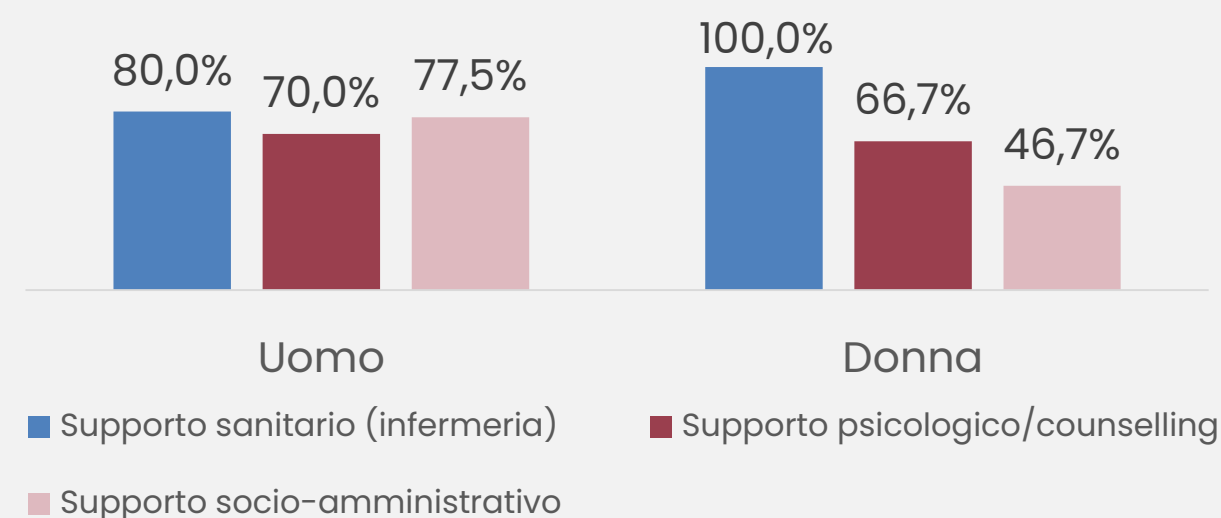
**Grafico App. 20 - Genere dei beneficiari in base al servizio utilizzato**



**Grafico App. 21 - Utilizzo dei tipi di supporto in base alle fasce d'età dei beneficiari**

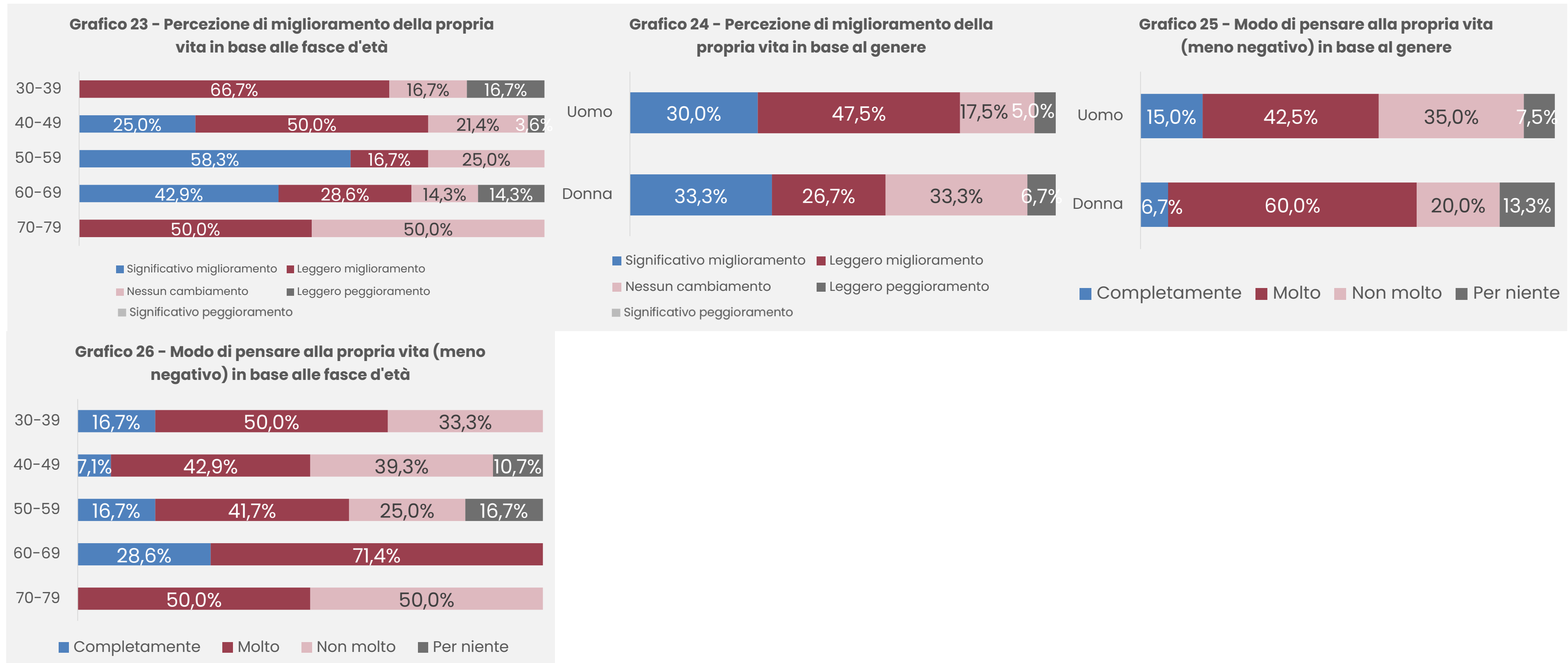


**Grafico App. 22 - Utilizzo dei tipi di supporto in base al genere dei beneficiari**



## 6. Appendice

### Analisi sulla qualità della vita e la percezione della propria vita in relazione al genere e all'età dei beneficiari di Kralji ulice



## 6. Appendice



Lista professioni Slovacchia	Settori professionali
Costruzione con il legno Riparatore <b>Muratore (2)</b> Costruttore Falegnameria	Costruzioni e manutenzione
Gastronomia <b>Cuoco/a (3)</b> <b>Ho lavorato in una cucina (4)</b> Assistente cuoco/a	Ospitalità e ristorazione
Pulizia dei treni Pulizie Servizio di sicurezza privato Responsabile del servizio di sicurezza privato Lavoro manuale, addetto alle pulizie	Servizi di supporto e di vigilanza
Cura Servizi alla popolazione Infermiere	Sanità e servizi alla persona
Ho lavorato in un negozio di pittura Ho lavorato in un negozio	Commercio e riparazione veicoli
Banche, economia Responsabile tecnico Lavoro editoriale	Servizi professionali, finanza e istruzione
Caricamento bagagli Magazziniere Autista professionista Spedizioniere	Trasporto e magazzinaggio
Ho lavorato in un panificio e nell'industria della carne	Commercio e riparazione veicoli, attività manifatturiere
<b>Giardiniere (3)</b>	Agricoltura e cura del verde
Fuochista	Energia



## 6. Appendice

**KRALJI  
ULICE**

Lista professioni Slovenia	Settori professionali
Tecnico delle costruzioni Idraulico <b>Costruttore (3)</b> Copritetto <b>Pittore (2)</b> Elettricista	Costruzioni e manutenzione
<b>Settore dell'ospitalità (3)</b> <b>Cuoco/a (4)</b> <b>Tecnico del catering (2)</b>	Ospitalità e ristorazione
Pulizie Security Hostess Assistente per lavoro leggero	Servizi di supporto e di vigilanza
<b>Parrucchiere/a (4)</b> Farmacista	Sanità e servizi alla persona
Gommista Mercante Rivenditore Tecnico del commercio	Commercio e riparazione veicoli
Economista Tecnico economico Ho lavorato in banca Informatico Fisico Tecnico del suono Professore Amministrazione	Servizi professionali, finanza e istruzione
Macchinista Magazziniere	Trasporto e magazzinaggio
Custode di animali Giardiniere Agricoltura	Agricoltura e cura del verde
Assemblaggio delle valvole Operaio metalmeccanico, tornitore Operaio metalmeccanico, operatore/operatrice di macchine	Attività manifatturiere
Tecnico grafico - stampatore Ho lavorato all'estero nell'industria automobilistica	Grafica e automotive
Cuoco/a, paesaggista	Ospitalità e ristorazione, agricoltura e cura del verde
Soldato	Difesa
Misto, Niente, Non risposta (3)	ND



## 6. Appendice

### Commenti da parte dei beneficiari di Oz Vagus



Attraverso il questionario sono stati raccolti dei **suggerimenti** e/o delle **proposte di miglioramento** da parte dei beneficiari\*. Per praticità vengono di seguito sintetizzati:

- 4 beneficiari si dichiarano **soddisfatti dei servizi offerti** dall'organizzazione;
- 5 beneficiari, di cui una donna, affermano che gradirebbero **cibo** migliore («più saporito»), in maggiore quantità e/o diverso;
- 1 beneficiario chiede che vengano messi a disposizione **più posti a sedere per mangiare**;
- 2 beneficiari chiedono che venga **vietato il consumo di alcol e droghe** per poter accedere ai locali dell'organizzazione;
- 1 beneficiario chiede che ci sia la possibilità di usufruire più spesso del **servizio guardaroba**;
- 1 beneficiaria chiede che vengano migliorati i **servizi igienici** e le **docce**;
- 3 beneficiari chiedono **maggiore sicurezza**;
- 1 beneficiaria lamenta la **mancaza di attività creative**, mentre un beneficiario 1 chiede che venga trascorso più **tempo in gruppo** svolgendo **attività di comunità**.

\* Nel questionario la domanda fa riferimento ai servizi correlati alle tipologie di supporto di cui i beneficiari hanno usufruito; tuttavia, analizzando le risposte, emerge come gli stessi abbiano fornito suggerimenti e proposte riferiti all'organizzazione nel suo complesso.

## 6. Appendice

### Commenti da parte dei beneficiari di Kralj ulice

Attraverso il questionario sono stati raccolti dei **suggerimenti** e/o delle **proposte di miglioramento** da parte dei beneficiari\*. Per praticità vengono di seguito sintetizzati:

- 4 beneficiari hanno fatto dei suggerimenti sugli **orari di apertura**: «che sia aperto il sabato», «tenere il centro diurno aperto fino alle 16.00», «orari di apertura più lunghi per aprire prima, almeno quando fa freddo», «orari di apertura 24 ore su 24»;
- 2 beneficiarie chiedono maggiori **opportunità e programmi per le donne**;
- 4 beneficiari avanzano suggerimenti legati alla **comunicazione** e agli **eventi**: «che l'organizzazione inizi a supportare Eventim - vari eventi», «Comunicazione migliorata (avvisi, poster di attività, ecc.)», «Essere meglio informati sulle opzioni disponibili, aumentare i promemoria degli appuntamenti», «Maggiore comunicazione tra i dipendenti»;
- 3 beneficiari esprimono il desiderio di migliorare le **opportunità lavorative**: «maggiori opportunità di lavoro all'interno del programma», «Il desiderio di rimanere, di lavorare per Kralje Ulice», «Maggiori opportunità di lavoro, spese di viaggio coperte»;
- 7 beneficiari avanzano altri suggerimenti riguardanti i **tipi di supporto offerti**: «Accesso più rapido agli appartamenti», «Prendersi meglio cura delle persone problematiche», «Assistenza e cooperazione più coordinate, più efficaci e più aperte dal punto di vista amministrativo», «Maggiori opzioni per facilitare l'assistenza infermieristica ai pazienti. Ad esempio, non c'è acqua calda, che è molto necessaria, ma allo stesso tempo non dovrebbe essere un grosso problema procurarsela. Inoltre, attrezzature migliori (ad esempio i letti)», «Più alloggi e supporto abitativo, come alcuni alloggi di crisi, più cibo», «Periodo più lungo di supporto all'installazione», «più attività proto-temporali»;
- 1 beneficiario esprime un commento sull'**atteggiamento verso le persone senza dimora in Slovenia**, a indicare la necessità di un cambiamento al di fuori dei confini dell'organizzazione e quindi di tipo più strutturale: «Noto una maggiore stigmatizzazione da parte dei politici (cacciare i venditori dai negozi, dai locali altre premesse in generale)»;
- 1 beneficiario **auspica che il progetto continui**;
- 2 beneficiari fanno altri commenti: «Maggiore disciplina e ordine», «Che le persone normali possano venire al centro diurno».

\* Nel questionario la domanda fa riferimento ai servizi correlati alle tipologie di supporto di cui i beneficiari hanno usufruito; tuttavia, analizzando le risposte, emerge come gli stessi abbiano fornito suggerimenti e proposte riferiti all'organizzazione nel suo complesso.