

SCUOLA ACHILLE ARDIGÒ
DEL COMUNE DI BOLOGNA

WELFARE DI COMUNITÀ A BOLOGNA: DISUGUAGLIANZE, SALUTE E CULTURA



Scuola Achille Ardigò sul welfare di comunità e sui diritti dei cittadini

La Scuola Achille Ardigò del Comune di Bologna cura la formazione permanente sui diritti dei cittadini e sul Welfare solidale e di Comunità e promuove, in collaborazione con Istituzioni e Università, la progettazione partecipata di interventi di solidarietà, l'innovazione socio-tecnica e le reti di eWelfare e di e-Care.

Attraverso corsi e seminari, ricerche e pubblicazioni, si rivolge a operatori dei servizi pubblici, volontari delle associazioni, soggetti del terzo settore, studenti e cittadini.

La Scuola Achille Ardigò opera nell'ambito del Dipartimento Welfare del Comune di Bologna, secondo gli indirizzi scientifici definiti dal Comitato Tecnico-Scientifico e nel quadro dell'Accordo di collaborazione tra Alma Mater Studiorum – Università di Bologna e Comune di Bologna, finalizzato alla progettazione, promozione e realizzazione di percorsi didattici, formativi, di ricerca e culturali nell'ambito della Scuola.

COMITATO TECNICO SCIENTIFICO:

Il Comitato è composto da Mauro Moruzzi (Presidente), Anna Maria Bertazzoni, Tomaso Francesco Giupponi, Nadia Musolesi, Roberta Paltrinieri, Riccardo Prandini, Cristina Ugolini.

WELFARE DI COMUNITÀ A BOLOGNA: DISUGUAGLIANZE, SALUTE E CULTURA

a cura di:

Alessandro Bozzetti, Elena Machionni, Debora Mantovani, Valerio Vanelli, Loris Vergolini (Dipartimento di Scienze Politiche e Sociali - Università di Bologna)

Vando Borghi, Barbara Giullari, Maddalena Crotti (Dipartimento di Sociologia e Diritto dell'Economia - Università di Bologna)

Roberta Paltrinieri, Orkide Izci (Dipartimento delle Arti - Università di Bologna)

Prefazione:

Chris Tomesani (Dipartimento Welfare e Promozione del Benessere di Comunità - Comune di Bologna)

Introduzione:

Mauro Moruzzi (Presidente CTS - Scuola Achille Ardigò del Comune di Bologna)

Il volume è stato realizzato con la collaborazione della
Scuola Achille Ardigò del Comune di Bologna



Grafica di copertina e impaginazione a cura di Silvia Gurnari

Redazione a cura di Annalisa Bolognesi (Dipartimento Welfare e Promozione del Benessere di Comunità - Comune di Bologna) e Luca Neretti (Università di Bologna)

Stampato dal Comune di Bologna nell'aprile 2026

Licenze d'uso dei Documenti

I documenti diffusi tramite il Sito sono coperti da particolari licenze d'uso.
<https://scuola-ardigo.comune.bologna.it/licenze-uso/>

CC BY-NC-ND 4.0

Indice

Prefazione , di <i>Chris Tomesani</i>	3
Introduzione , di <i>Mauro Moruzzi</i>	11
1. Povertà e diseguaglianze a Bologna: tra analisi, azione e nuove prospettive , di <i>Valerio Vanelli, Alessandro Bozzetti, Elena Macchioni, Debora Mantovani, Loris Vergolini</i>	21
1. La povertà in Italia e a Bologna: elementi per una definizione e per una analisi	21
1.1 Cosa significa studiare oggi la povertà e la vulnerabilità	21
1.2 La povertà assoluta e relativa in Italia negli anni Duemila	26
1.3 La povertà a Bologna. Un quadro in trasformazione	30
2. Prospettive future e chiavi di lettura degli scenari	36
2.1. Premessa	36
2.2 Misure, interventi e iniziative di contrasto alla povertà e alle diseguaglianze a livello nazionale e locale	37
2.3 Dalla descrizione all'interpretazione: fenomeni demografici, istruzione, occupazione e povertà	43
2.4 Le conseguenze e l'impatto sul sistema di welfare	67
2.5 Una possibile risposta: il welfare culturale e il welfare di comunità	73

2. Mission impossible? L'integrazione socio-sanitaria come problema. Laboratorio Bologna, di Vando Borghi, Barbara Giullari, Maddalena Crotti	85
1. L'integrazione socio-sanitaria come problema (nazionale e locale). Elementi di contesto	85
1.1 Introduzione: una questione irrisolta del welfare italiano	85
1.2 La salute come bene comune e progetto politico	86
1.3 Continuità storiche e nuove discontinuità	87
1.4 La frammentazione contemporanea del welfare	88
1.5 Oltre l'integrazione, la prossimità	89
1.6 La riorganizzazione territoriale della sanità nel quadro del D.M. 77/2022	91
1.7 L'attuazione del modello: dati nazionali e regionali	92
1.8 Le Case della Comunità come "beni comuni istituzionali"	94
1.9 Dalla territorializzazione alla cittadinanza sanitaria	95
2. L'integrazione sociosanitaria vista da vicino	96
2.1 Il caso dell'Emilia-Romagna e dell'area bolognese	96
2.2 I territori della vulnerabilità: disuguaglianze e fragilità nell'area bolognese	98
2.3 Integrazione e giustizia territoriale	102
3. Esperienze e ricerca: Bologna come laboratorio	103
3.1 Il "cantiere" Navile: l'inizio del percorso	104

3.2 Il nodo dell'integrazione: cantieri aperti	109
3.3 La questione della partecipazione: tra co-progettazione e redistribuzione di potere	121
3.4 Riflessioni conclusive e prospettive	128
 3. Il Welfare culturale a Bologna, la dimensione ecossistemica, processi e gli attori per la promozione del benessere individuale e collettivo, di Roberta Paltrinieri, Orkide Izci	 139
1. Che cos'è il welfare culturale?	139
2. La dimensione culturale nei processi di welfare generativo	143
2.1 L'esempio del quartiere Santo Stefano per uno sviluppo di processi di welfare culturale a Bologna	147
3. Per un approccio ecosistemico al welfare culturale	152
4. Per concludere: indicazioni per il futuro	158

Prefazione

di Chris Tomesani

Questa pubblicazione, che vogliamo chiamare confidenzialmente *Quaderno blu*, vede la luce a otto anni dalla creazione della Scuola Achille Ardigò sul Welfare di Comunità e sui Diritti dei Cittadini. La Scuola, nata da una collaborazione tra il Comune di Bologna e l'Associazione Achille Ardigò, è stata in questi anni innanzitutto una “scuola” nel senso originario che questa parola conserva nel suo etimo *scholé*: un tempo di sospensione del lavoro quotidiano, consegnato allo studio, alla ricerca, alla condivisione delle conoscenze. Non un luogo fisico, quindi, e nemmeno un altro ente di formazione come tanti, ma uno spazio nuovo destinato agli operatori, ai cittadini e agli amministratori che consenta una riflessività sulle attività dei servizi e sulle politiche di welfare diverso dalla formazione accademica, ma con essa in stretta relazione. Un luogo dove il Comune, l'Associazione e l'Università hanno sviluppato un dialogo non privo dell'ambizione di fornire nuovi spunti non solo alle politiche, ma anche alla ricerca, attraverso la rappresentazione delle pratiche quotidiane dei diversi protagonisti dell'azione sociale e dei bisogni sempre in mutamento delle persone e delle comunità. In sintesi, per dirla con le parole del *Quaderno giallo* del 2021, la Scuola è stata fin dall'inizio un “*progetto a medio-lungo termine che opera e dialoga con le istituzioni scientifiche e di formazione della città in un rapporto di stretta sinergia con le scelte dell'Amministrazione Comunale*” (Scuola Ardigò, 2021, p. 39).

D'altra parte, fu proprio lo stesso Achille Ardigò una figura poliedrica oltre che di grande rilievo per il nostro paese, impegnato non solo nella sua professione di sociologo, ma anche fortemente orientato ad applicare la sua riflessione alla politica e a dare il suo diretto contributo alla gestione e all'ideazione di nuovi servizi in ambito sanitario. Per quanto riguarda in particolare il suo rapporto col Comune, è nota la collaborazione con Dossetti alla stesura del *Libro bianco su Bologna* del 1956, primo intervento pubblico di rilievo a porre la questione dei Consigli di Quartiere, poi diventati oggetto di diverse riforme importanti che hanno caratterizzato la nostra storia amministrativa. L'intitolazione della Scuola, dunque, connota anche lo spirito con cui si è, più modestamente, lavorato in questi anni, non trascurando nessuna delle dimensioni citate, dalla ricerca alle politiche.

Anni, dal 2018 ad oggi, in cui abbiamo constatato gli effetti di eventi fortemente impattanti sulla nostra società, come il Covid-19, l'inflazione del 2022 e le incertezze attuali connesse ai numerosi conflitti in corso che si ripercuotono sulla vita dei cittadini e che pongono nuove istanze di protezione ai servizi pubblici di welfare, nonostante gli indicatori di benessere e i redditi delle famiglie ci collochino ai vertici nazionali, come ben dimostra la ricerca qui pubblicata su *Povertà e Disuguaglianze a Bologna*. Incidono su queste dinamiche anche le trasformazioni demografiche di lungo periodo che ci consegnano oggi una comunità locale più disomogenea e in trasformazione, in cui, da un lato, aumenta significativamente la componente anziana, che detiene redditi e patrimoni più consistenti, e, dall'altro, le generazioni più giovani sono sempre più caratterizzate da movimenti migratori, difficoltà abitative e redditi più bassi. Senza dimenticare le evoluzioni tecnologiche che stanno cambiando rapidamente le nostre modalità di relazione col mondo, of-

frendo certamente nuove soluzioni e opportunità (accessi più immediati a conoscenze e servizi, nuove forme di socializzazione, telemedicina, ecc.), ma producendo anche nuovi disagi che affliggono specialmente i più giovani (isolamento, cyberbullismo, nuove dipendenze, ecc.).

La programmazione delle politiche sanitarie e sociali a livello nazionale ha cercato di adeguarsi a questi cambiamenti molto rapidi e negli ultimi anni ha proposto diversi strumenti normativi e finanziari, tra cui alcune riforme il cui percorso di attuazione è appena all'inizio, come, ad esempio, quella sulla non autosufficienza e quella sulla disabilità. Tra le principali leve che hanno declinato obiettivi per i territori e messo a disposizione importanti finanziamenti vanno certamente ricordati il *Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza* (PNRR), finanziato dal fondo europeo *Next generation EU* appositamente per rilanciare l'economia post COVID, il *Decreto del Ministero della Salute n. 77/2022* sulla riforma della sanità territoriale e i due *Piani nazionali degli interventi e dei servizi sociali* (2021-2023 e 2024-2026) finalizzati a garantire l'uniformità dei servizi sociali locali. I tre strumenti sono fortemente collegati tra di loro anche se non sempre coerenti. In particolare, il primo ha fornito agli altri due una leva finanziaria imprescindibile per la loro attuazione. Si pensi ai fondi per la costruzione delle Case della Comunità, fulcro della riforma della sanità sul territorio e "contenitore" delle innovazioni introdotte dal DM 77, o al finanziamento dei Livelli Essenziali delle Prestazioni Sociali (Leps), attesi da oltre vent'anni nel mondo dei servizi sociali per costruire almeno una base omogenea a livello nazionale di servizi esigibili dai cittadini in ogni punto del paese.

Di questo importante sforzo vedremo i risultati a breve, e soprattutto dovremo misurarne la tenuta visto che il PNRR è in scadenza quest'anno e per la continuità delle azioni messe in campo saranno necessari

nuovi fondi.

Anche la nostra Scuola dovrà ritagliarsi in futuro un ruolo di analisi e valutazione di questi processi, e le ricerche contenute nel *Quaderno blu* vanno già in tale direzione analizzando molti fenomeni che sono stati investiti anche dagli slanci di riforma sopra citati.

Una prima considerazione generale desidero comunque esprimerla, almeno per quello che stiamo osservando sul nostro territorio, proprio per leggere tempestivamente gli elementi di valore e di criticità insiti nei cambiamenti proposti. Se da un lato non può che esservi consenso sugli obiettivi del PNRR e gli strumenti programmatori adottati, dall'altro gli assetti organizzativi e professionali dei sistemi sanitari e sociali sono mediamente ancora molto distanti dall'essere in grado di incarnare realmente lo spirito delle riforme. Se non adeguatamente accompagnati nei prossimi anni in un processo di lungo periodo - anche culturale - le riforme messe in atto porteranno certamente nuovi strumenti, nuovi edifici, ma non necessariamente il cambiamento di approccio auspicato. Il rischio è che la Sanità si trovi di fronte ad un compito impossibile nel voler coinvolgere direttamente la comunità locale e i cittadini nei propri processi di erogazione delle prestazioni (attraverso la Casa della Comunità, appunto) e che i Comuni, da sempre inclini alla relazione con la comunità per mandato politico per la necessità ed arricchente connessione con i contesti di vita dei cittadini, non siano davvero in grado di sviluppare e professionalizzare i propri servizi sociali fino a garantire a tutti l'esigibilità delle prestazioni. In questo senso la vera integrazione socio-sanitaria, come puntualmente messo in luce dalla ricerca pubblicata nel *Quaderno*, non può che sorgere da una contaminazione dei due mondi che pensi a mettere in campo delle forme congiunte di organizzazione ed erogazione dei servizi, non limitandosi a semplici

forme di coordinamento, ma nemmeno perseguendo il tentativo di riassumere l'uno all'interno dell'altro, inserendo "un po' di sociale nelle case" della Comunità (come prevede il DM 77) o finanziando i Comuni per l'assunzione di figure sanitarie da inserire nelle équipes degli ambiti territoriali sociali (come nel percorso in avvio a livello nazionale degli psicologi finanziati dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali).

L'integrazione socio-sanitaria non è quindi solo *coordinamento* tra Ausl e Comuni, ma nemmeno può tornare ad essere *delega* come in passato. Nel nostro territorio si è completato negli ultimi anni un lungo processo di "ritiro delle deleghe" da parte dei Comuni dell'area metropolitana. Ciò in coerenza col disegno che almeno dalla L. 328/2000 in poi ha definitivamente confermato la titolarità della funzione sociale in capo ai Comuni. È necessario allora indagare le possibilità reali di creare strumenti programmatori e gestionali congiunti sul piano locale. Riprendendo sia sia gli obiettivi già indicati dalla Regione nei suoi Piani Sociali e Sanitari del passato per l'unitarietà di un servizio sociale per ogni Distretto (ATS), sia l'istituzione di fonti di finanziamento che obblighino Comuni e Ausl a realizzare congiuntamente l'integrazione socio-sanitaria laddove necessario, seguendo l'esempio del Fondo Regionale per la Non Autosufficienza, ma ampliando l'azione agli altri ambiti (salute mentale, tutela minori, contrasto alle dipendenze patologiche, adulti vulnerabili, ecc.).

Anche la progettazione delle nuove sedi dei servizi ha una sua importanza in questa direzione. Sul nostro territorio, e precisamente nel Quartiere Savena, sta sorgendo, ad esempio, un Casa della Comunità che, oltre ai servizi sanitari dell'Ausl, avrà al suo interno anche l'intero Servizio Sociale Territoriale di quel quartiere (non soltanto i singoli assistenti sociali del PUA o della COT previsti dal disegno ministeriale), nell'intento di facilitare la condivisione delle attività tra i professioni-

sti delle due istituzioni. Anche questa è una sperimentazione alquanto inedita che dovrà essere implementata con attenzione per conseguire il valore aggiunto immaginato.

Un'ultima riflessione ritengo importante dedicarla a quanto esita da tutte le ricerche contenute nel *Quaderno*, vale a dire all'importanza per il nostro sistema di welfare di investire sulla creazione e sul rafforzamento delle relazioni comunitarie. Sarebbe sufficiente richiamare il dato sulle persone che vivono sole nella nostra città (oltre il 50% dei nuclei familiari sono unipersonali) per motivare questo obiettivo, ma è ormai ampiamente dimostrato anche dalla ricerca sui determinanti di salute che un tessuto sociale più integrato garantisce un maggior benessere ai suoi membri e possiede allo stesso tempo più capacità di resilienza al manifestarsi di bisogni sociali, economici o sanitari.

Da qui la scommessa, per il Comune e per l'Azienda sanitaria, di investire direttamente nella produzione di interventi volti al rafforzamento delle reti sociali. Anche questa è una novità del nostro tempo a cui la Scuola ha fin dall'inizio dedicato le sue attenzioni inserendo appunto il Welfare di comunità nella propria denominazione. Un welfare di comunità, quindi, che reclama sempre più la propria centralità. A cui si aggiungono via via nuove declinazioni "generativo, di prossimità, proattivo, di contrasto alle disuguaglianze", insistendo sulla territorialità, sull'individuazione precoce dei fragili, sulla collaborazione con i cittadini e sul rafforzamento delle relazioni; attività che non possono più essere solo subordinate agli investimenti di tempo e risorse sui servizi prestazionali (che vivono oggi una crisi legata ai loro limiti di espansione), ma a cui è necessario dedicare energie e specifiche attenzioni per la progettazione e l'innovazione di interventi anche su questo piano. L'investimento sulle relazioni comunitarie e sulla prossimità territoria-

le, in fondo, non fa che richiamare alla mente di nuovo il contributo di Ardigò per uno Stato che non solo detta la regola e amministra efficacemente le risorse, ma persegue il bene comune, mettendo al centro la persona e la comunità, dandosi dei concreti dispositivi organizzativi specifici per farlo.

Queste e molte altre sono le sfide che oggi abbiamo davanti e su cui la Scuola è chiamata a dare il suo contributo. Il Comune di Bologna, l'Associazione Ardigò, l'Università dovranno rinnovare il proprio impegno affinché questo prezioso luogo "intermedio" rispetto alle istituzioni che l'hanno voluto, continui a vivere e a produrre. Nella consapevolezza di aver accumulato un piccolo patrimonio che non va dissipato, sia di persone (docenti e discenti) che di contenuti (tutti disponibili sul sito: scuola-ardigo.comune.bologna.it), ma al tempo stesso rilanciando l'obiettivo di collocarsi un passo oltre i limiti disegnati dai confini istituzionali di ciascuno, affinché lo studio sia utile alle politiche, le pratiche di stimolo alla ricerca e il sapere, come nelle antiche accademie, si formi e arricchisca nel dialogo.

Voglio in conclusione ringraziare il Comitato tecnico scientifico della Scuola - composto da Anna Maria Bertazzoni, Tomaso Francesco Giupponi, Nadia Musolesi, Roberta Paltrinieri, Riccardo Prandini, Cristina Ugolini - e in particolare il suo Presidente, Prof. Mauro Moruzzi, per aver condotto in questi anni la Scuola con instancabile impegno e mirabile capacità di coinvolgere nella realizzazione delle sue molte attività docenti, dirigenti e tecnici provenienti da diversi enti di ricerca, pubbliche amministrazioni e imprese impegnate nella realizzazione di interventi di welfare, non solo nel nostro territorio, ma in tutto il paese e persino in ambito internazionale.

Inoltre, un ringraziamento specifico allo staff della Scuola, Annalisa Bolognesi, Francesca Borghetti, Silvia Gurnari e Luca Neretti, per il contributo quotidiano fornito, che ha consentito l'effettiva realizzazione di tutte le iniziative realizzate, inclusa la pubblicazione del presente Quaderno.

Buona lettura.

Riferimenti bibliografici

Scuola Achille Ardigò sul Welfare di Comunità e sui Diritti dei Cittadini - Comune di Bologna. (2021). *Il progetto culturale della Scuola Achille Ardigò sul Welfare di Comunità*. Bologna: Scuola Ardigò-Comune di Bologna

Introduzione

Dalla vulnerabilità invisibile al welfare di comunità: verso un nuovo paradigma dell'intervento sociale

di Mauro Moruzzi

1. Oltre l'immagine dell'eccellenza: la scoperta delle fragilità invisibili

Queste ricerche che pubblichiamo, condotte dall'Università di Bologna (Dipartimento di Scienze Politiche e Sociali; Dipartimento delle Arti; Dipartimento di Sociologia e Diritto dell'Economia) nell'ambito di una proficua collaborazione da anni attiva con la Scuola Achille Ardigò del Comune di Bologna, ci restituiscono un quadro socialmente complesso: da un lato, indicatori economici e occupazionali tra i più elevati a livello nazionale che dimostrano che Bologna è una realtà viva tra le più affermate nel contesto nazionale, come diversi indicatori ci confermano; dall'altro, una crescita significativa delle situazioni di vulnerabilità sociale, che attraversano fasce sempre più ampie della popolazione.

Questa apparente contraddizione non rappresenta un'anomalia, ma segnala una trasformazione profonda delle società contemporanee che non può avere riflessione anche in una realtà come Bologna. La povertà e il disagio non si concentrano più esclusivamente nelle tradizionali aree di marginalità, ma si diffondono lungo una "fascia grigia" composta da individui e famiglie che, pur non essendo formalmente poveri, sperimentano condizioni di instabilità crescente.

Le crisi economiche degli ultimi quindici anni — dalla crisi finanziaria

del 2008 alla pandemia e poi con le guerre — non hanno generato queste fragilità, ma ne hanno accelerato l'emersione, rendendo evidente la presenza di dinamiche strutturali già in atto.

2. La natura multidimensionale della vulnerabilità e le trasformazioni demografiche come fattore strutturale di crisi del welfare

Uno degli elementi più rilevanti emersi dall'analisi riguarda la trasformazione stessa del concetto di povertà. Essa non può più essere interpretata come semplice insufficienza di reddito - come giustamente i nostri ricercatori hanno evidenziato - ma come il risultato di un intreccio di fattori che si rafforzano reciprocamente.

Questa lettura multidimensionale è coerente con le principali teorie sociologiche sul welfare contemporaneo, che sottolineano come i rischi sociali siano sempre più interdipendenti e non riconducibili a singole cause. Di fronte a tale complessità, il modello tradizionale di welfare — organizzato per compartimenti verticali, come sanità, previdenza, assistenza sociale, ecc. — mostra tutti i suoi limiti. Interventi settoriali risultano spesso incapaci di incidere sulle cause profonde delle situazioni di fragilità, proprio perché non riescono a coglierne i nessi e il carattere sistemico.

Le trasformazioni demografiche in atto — invecchiamento della popolazione, denatalità e mutamenti nei flussi migratori — stanno ridefinendo profondamente la domanda di welfare. In particolare, l'invecchiamento determina un aumento della domanda di assistenza a lungo termine, mentre la riduzione delle dimensioni familiari indebolisce le reti di supporto informale. Queste dinamiche mettono in discussione uno dei pre-

supposti impliciti del modello italiano di welfare, storicamente fondato su una forte integrazione tra intervento pubblico e solidarietà familiare, ma anche alcune specificità del welfare bolognese basato appunto, come direbbe Achille Ardigò, su forti relazioni “intersoggettive”.

3. La questione abitativa come epicentro delle disuguaglianze e crisi del modello tradizionale di welfare

La casa rappresenta, poi, uno dei principali fattori di vulnerabilità sociale. L'aumento dei costi abitativi e la crescente competizione tra diversi usi del patrimonio immobiliare (per turisti, studenti, ecc.) stanno restringendo l'accesso al mercato della casa, colpendo non solo le fasce più deboli, ma anche quelle intermedie. Questo fenomeno evidenzia come le disuguaglianze contemporanee siano sempre più legate all'accesso a beni fondamentali e a servizi essenziali, piuttosto che alla sola dimensione reddituale.

Le dinamiche descritte convergono nel mettere in evidenza una crisi del modello tradizionale di welfare, caratterizzato da organizzazione verticale dei servizi, comunicazione ancora troppo burocratica, frammentazione settoriale, prevalenza di interventi monetari, limitata capacità preventiva. Questo modello, sviluppatosi nel secondo dopoguerra, appare oggi inadeguato di fronte alla crescente complessità dei bisogni sociali. La stessa evoluzione normativa italiana, a partire dalla legge quadro 328/2000, aveva già individuato la necessità di superare approcci assistenziali e frammentati, promuovendo un sistema integrato di interventi e servizi sociali.

4. Verso un welfare di comunità: i servizi di prossimità e nuove forme di comunicazione

Di fronte a queste criticità, emerge la necessità di un cambio di paradigma: dal welfare redistributivo e prestazionale a un welfare di comunità. Una prospettiva per la quale la Scuola Achille Ardigo ha dato un importante contributo di studio, ricerca e formazione in questi ultimi dieci anni, attraverso un'intensa e positiva collaborazione tra Associazione Ardigò, Comune di Bologna e l'Alma Mater Studiorum – Università di Bologna.

Questo modello di welfare di comunità si fonda su prossimità territoriale, integrazione tra servizi sociali e sanitari ma anche di altra natura (culturali, abitativi, di mobilità, educativi-scolastici), partecipazione attiva dei cittadini, co-progettazione tra attori pubblici e privati e del volontariato; empowerment delle persone e delle comunità, valore delle relazioni sociali anche interpersonali.

In questa prospettiva, il welfare non è più solo un sistema di erogazione di prestazioni, ma un processo collettivo di produzione del benessere, verso una società migliore.

La transizione verso un welfare di comunità implica una riorganizzazione profonda dei servizi, con un rafforzamento delle reti territoriali e dei servizi di prossimità. Le recenti politiche pubbliche italiane — in particolare nell'ambito del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) — vanno in questa direzione, promuovendo modelli di assistenza territoriale integrata e servizi più vicini ai cittadini.

I servizi di prossimità consentono infatti di intercettare precocemente i bisogni; costruire relazioni di fiducia; attivare risorse comunitarie; prevenire l'aggravarsi delle situazioni di fragilità.

Un altro aspetto di questa riforma è la profonda trasformazione in atto

a livello globale dei sistemi di comunicazione, da Internet al Web, all'intelligenza artificiale. Stiamo vivendo in un mondo che sta cambiando il proprio medium con una rapidità sorprendente. Cambiano le forme di comunicazione tra le persone, tra le organizzazioni e tra i cittadini e le istituzioni. Il PNRR ha contribuito moltissimo a questa svolta mettendo risorse consistenti a disposizione della sanità digitale e del welfare elettronico: sono così stati perfezionati progetti di importanza epocale come il fascicolo sanitario elettronico, l'ecosistema dei dati sanitari e la telemedicina, ma anche un primo utilizzo delle tecnologie di intelligenza artificiale nell'attività assistenziale.

Questi cambiamenti possono rappresentare una forma eccezionale di abbattimento delle barriere comunicative tra cittadini e le istituzioni del welfare, ma al tempo stesso, se non governati, possono creare altre e ancora più imponenti barriere di burocrazia elettroniche. La risposta è, come sempre, nel territorio, in un rapporto comunitario destinato a far crescere la cultura della comunicazione e quindi a utilizzare in senso sociale questa grande rivoluzione.

5. Dall'integrazione socio-sanitaria alla prossimità comunitaria

L'analisi del caso bolognese sull'integrazione socio-sanitaria - oggetto di un'altra parte importante di questo studio - mette in luce, con particolare evidenza empirica, un nodo che eccede il piano organizzativo e chiama in causa una riforma più profonda del welfare locale. L'integrazione tra sanitario e sociale, infatti, non può essere interpretata semplicemente come un problema di coordinamento tra servizi, ma come una questione che riguarda la forma stessa del welfare contemporaneo e il

suo rapporto con i territori, le comunità e i cittadini.

A Bologna, come emerge dallo studio, coesistono da un lato una tradizione consolidata di welfare territoriale e di cooperazione istituzionale, dall'altro persistenti fenomeni di frammentazione, disuguaglianza e rigidità organizzativa. Tale coesistenza evidenzia un limite strutturale: i servizi, pur formalmente integrati, continuano a operare secondo logiche in parte settoriali, procedure standardizzate e vincoli che ne riducono la capacità di rispondere a bisogni complessi e multidimensionali. In questo senso, il problema dell'integrazione socio-sanitaria si configura come una crisi del modello amministrativo-professionale del welfare, che fatica a confrontarsi con una domanda sociale sempre più articolata, segnata dall'invecchiamento della popolazione, dalle disuguaglianze territoriali e dalla crescente interdipendenza tra condizioni sanitarie e fattori sociali.

Lo studio suggerisce implicitamente un passaggio cruciale: non si tratta più soltanto di "integrare" servizi esistenti, ma di ripensare il welfare in chiave di prossimità e comunità. Questo spostamento semantico e operativo implica un cambiamento di paradigma.

La prossimità non coincide con la mera localizzazione territoriale dei servizi, ma con la capacità di costruire relazioni significative tra istituzioni e cittadini, di intercettare precocemente i bisogni e di attivare risorse diffuse nei contesti di vita. In questa prospettiva, la salute non è più un esito esclusivamente clinico, ma un processo sociale che emerge dall'interazione tra individui, reti e ambienti.

Le esperienze descritte nel contesto bolognese — dalla prescrizione sociale ai progetti di vicinanza solidale, dalle microaree ai percorsi partecipativi nelle Case della Comunità — mostrano che la prossimità si realizza quando i servizi riescono a uscire dai propri confini organizzativi e a operare come infrastrutture relazionali.

Tali pratiche indicano una direzione chiara: il welfare locale deve evolvere da un modello ancora troppo centrato sull'erogazione di prestazioni a un modello orientato alla attivazione di comunità, in cui la cura è co-prodotta attraverso l'interazione tra professionisti, cittadini e organizzazioni sociali. E questa evoluzione è favorita da diverse esperienze che proprio il Comune di Bologna ha saputo alimentare.

Il principale ostacolo a questa trasformazione risiede nella persistenza di una logica amministrativa che tende ancora a frammentare i percorsi di cura e a standardizzare le risposte. Come evidenziato nel caso della Casa della Comunità del Navile, la semplice co-localizzazione dei servizi non è sufficiente a generare integrazione: essa rischia di tradursi in una giustapposizione di attività, priva di reale coordinamento funzionale.

Una rigidità burocratica si manifesta in diversi modi: nella separazione tra competenze professionali e istituzionali, nella prevalenza di procedure formali rispetto alle relazioni, nella difficoltà di adattare gli interventi ai contesti locali, nella scarsa valorizzazione delle risorse informali e comunitarie.

Questi elementi producono un effetto paradossale: proprio nei territori caratterizzati da maggiore vulnerabilità, i servizi risultano meno accessibili e meno efficaci, confermando dinamiche ben note nella letteratura internazionale.

Superare tale rigidità non significa eliminare le strutture organizzative, ma trasformarle, orientandole verso una maggiore flessibilità, interdisciplinarietà e apertura al territorio.

6. Welfare di comunità e co-produzione della salute; prossimità e giustizia territoriale

Il passaggio a un welfare di comunità implica il riconoscimento della pluralità degli attori della salute. Non solo le istituzioni sanitarie, ma anche il terzo settore, le reti informali, i cittadini e gli stessi utenti partecipano alla produzione di benessere.

In questa prospettiva, le Case della Comunità possono rappresentare non tanto nuovi presidi sanitari, quanto spazi pubblici di co-produzione, in cui si sperimentano forme di governance collaborativa. Tuttavia, come emerge dallo studio, tale potenziale rimane in gran parte inespresso, a causa di resistenze organizzative e culturali.

Il welfare di comunità richiede infatti un cambiamento profondo: nel ruolo dei professionisti, chiamati a operare come facilitatori di processi; nelle modalità di governance, orientate alla partecipazione e alla condivisione delle decisioni; nei criteri di valutazione, che devono includere dimensioni qualitative e relazionali.

Come sottolinea la tradizione sociologica italiana, da Ardigò a Donati, il welfare non può essere ridotto a un sistema di prestazioni, ma deve essere inteso come un sistema di relazioni sociali che produce integrazione e coesione.

Un ulteriore elemento cruciale riguarda il rapporto tra prossimità e giustizia territoriale. L'analisi delle disuguaglianze urbane a Bologna mostra come la salute sia fortemente influenzata da fattori spaziali e sociali: reddito, istruzione, qualità dell'ambiente e accesso ai servizi. In questo contesto, la prossimità assume una valenza redistributiva: portare i servizi nei territori più fragili significa ridurre le disuguaglianze e promuovere una forma sostanziale di cittadinanza.

Tuttavia, la territorializzazione non è di per sé sufficiente. Se non ac-

compagnata da politiche di riequilibrio sociale e da una governance inclusiva, essa rischia di riprodurre le stesse disuguaglianze che intende contrastare. Il welfare di comunità deve quindi essere orientato non solo alla prossimità, ma anche alla equità, intesa come capacità di adattare le risposte ai bisogni differenziati dei territori.

7. Il ruolo della cultura e delle relazioni sociali

Un elemento centrale del welfare di comunità è il riconoscimento del ruolo delle relazioni sociali e delle pratiche culturali come fattori di benessere. Il cosiddetto “welfare culturale” utilizza le arti e la partecipazione culturale come strumenti di inclusione sociale e promozione della salute. In questa prospettiva è stato fatto importante lavoro in collaborazione sempre con l’Università di Bologna (Dipartimento delle Arti) che trova puntuale descrizione in questo quaderno.

Questa prospettiva amplia il perimetro del welfare, includendo dimensioni relazionali e simboliche che risultano fondamentali per contrastare l’isolamento e rafforzare la coesione sociale.

8. Conclusioni: una necessaria riforma del welfare

Le trasformazioni in atto rendono evidente la necessità di una riforma del welfare in senso comunitario, capace di superare la frammentazione istituzionale, ma anche valorizzare le risorse territoriali integrare dimensioni sociali, sanitarie e relazionali; promuovere la partecipazione attiva dei cittadini.

Come sottolineato in questo “quaderno blu” della Scuola e da numerosi

studiosi, il futuro del welfare non risiede soltanto nella redistribuzione delle risorse, ma nella capacità di costruire relazioni, attivare comunità e generare capitale sociale.

In questo senso, il welfare di comunità - per il quale la Scuola che si ispira al pensiero di Achille Ardigò tanto ha fatto - si configura come una risposta non solo ai bisogni emergenti, ma alla stessa evoluzione della società contemporanea.

Povert  e diseguaglianze a Bologna: tra analisi, azione e nuove prospettive

di Valerio Vanelli, Alessandro Bozzetti, Elena Macchioni, Debora Mantovani, Loris Vergolini

1. La povert  in Italia e a Bologna: elementi per una definizione e per un'analisi

1.1 Cosa significa studiare oggi la povert  e la vulnerabilit 

Questo capitolo  , innanzitutto, dedicato a un'analisi approfondita dei materiali elaborati e dei risultati raggiunti dalla Scuola Achille Ardig  e dal Comune di Bologna in relazione al tema della povert  e delle disuguaglianze. Nello specifico, i materiali analizzati sono stati prodotti in un arco temporale che va dal 2020 al 2023. Inoltre, particolare attenzione sar  prestata alle famiglie, in particolare quelle con figli, che hanno subito un processo di impoverimento significativo a causa della crisi economica a partire dal 2008 e, successivamente, della pandemia da Covid-19, che ha attraversato la sua fase pi  acuta tra il 2020 e il 2021, portando a lockdown generalizzati, alla sospensione della mobilit  e al blocco della produzione.

Obiettivo specifico di questa prima parte   comprendere come sia possibile offrire concrete opportunit  di (re-)inclusione sociale ai figli di famiglie a basso reddito. Questa inclusione non si deve limitare al solo aspetto economico, ma deve essere altres  estesa anche all'accesso a importanti iniziative culturali, sportive e di altro genere, fondamentali, come di seguito illustrato, per il loro sviluppo e benessere.

La ricerca di Baldazzini (2021) parte dalle importanti trasformazioni del contesto socio-economico italiano (e non solo) intervenute negli ultimi venti

anni e dal conseguente impoverimento – non solo da un punto di vista economico – di una quota sempre più consistente di famiglie, non necessariamente appartenenti ai profili tradizionalmente ritenuti fragili.

Si vuole fin da ora sottolineare che diversi studi condotti negli ultimi anni a livello nazionale hanno dimostrato che la crisi economico-finanziaria del 2008 prima e la pandemia da Covid-19 poi non solo hanno aumentato l'incidenza della povertà nei gruppi sociali tradizionalmente più colpiti, ma hanno accentuato alcune tendenze che erano già in atto, quali *a)* l'incremento del rischio di povertà assoluta fra i minorenni e, più in generale, fra i giovani, determinato dalla presenza di famiglie monoreddito e dalla difficoltà per le donne di conciliare cura della famiglia e lavoro; *b)* la presenza ormai strutturale di lavoratori poveri, a causa non solo dell'incidenza rilevante delle famiglie monoreddito, ma anche di un mercato del lavoro che genera un numero crescente di occupazioni a bassa retribuzione e precarie, per cui il fatto di avere un lavoro non sempre costituisce una assoluta garanzia contro la povertà individuale e tantomeno quella familiare¹; *c)* l'alto rischio di povertà per i cittadini stranieri, più frequentemente collocati nelle occupazioni meno qualificate e meno protette e con maggiori difficoltà nell'accesso alle forme di protezione sociale pubbliche (Idos/Confronti 2023; Saraceno, Benassi, Morlicchio 2022).

Secondo le stime ISTAT riferite al 2024, sarebbero 6 milioni e 886mila gli italiani che si trovano a rischio povertà, 285mila in più rispetto all'anno precedente (+4,1%). All'interno di questo gruppo, i lavoratori a termine con orario part-time sono scesi da 920mila a 766mila (con una contrazione di 154mila unità, pari al -20,1%), mentre i contratti a termine a tempo pieno sono cresciuti in modo molto consistente, passando da 2 milioni e 21mila a 2 milioni e 554mila (con un aumento di 533mila persone, pari al +20,9%). È soprattutto

1. Si può al riguardo ricordare che nell'ultimo decennio si è registrato un costante aumento delle famiglie in cui i componenti in età lavorativa sono sottoccupati, aspetto su cui si tornerà nel prosieguo.

to quest'ultima categoria a trainare la crescita dei cosiddetti *working poor*. Al riguardo, Baldazzini (2021) guarda alla vulnerabilità come una condizione latente, insita in un assetto familiare che presenta una molteplicità di fragilità il cui modificarsi determina l'oscillazione tra una situazione di "vulnerabilità gestibile" e una di "vulnerabilità non gestibile", in cui le risorse della famiglia non sono più sufficienti².

In quest'ottica, la pandemia da Covid-19 viene vista come un reagente che ha portato alla luce – e agli occhi delle amministrazioni locali – condizioni di vita familiare che potevano definirsi vulnerabili già prima dello scoppio della pandemia ma che non erano emerse, se non parzialmente. Il Laboratorio sulle Famiglie a basso reddito, organizzato dalla Scuola Ardigò e dall'Università degli Studi di Bologna, ha evidenziato come, nel territorio bolognese, vi siano circa 103.000 nuclei familiari potenzialmente bisognosi di interventi di welfare, che si aggiungono alle 13.000 famiglie già destinatarie di tali politiche (Comune di Bologna - Scuola Achille Ardigò 2021). Questo rivela una platea di potenziali beneficiari di gran lunga superiore a quella tradizionalmente considerata.

In questi ultimi anni i bisogni sono divenuti più complessi, con la maggior parte delle persone in povertà che presentano situazioni multiproblematiche, per cui, ad esempio, fragilità e disagio economico si accompagnano generalmente a deboli condizioni sul mercato del lavoro, precarie condizioni abitative, associate più frequentemente altresì a quadri sanitari compromessi e titoli di studio medio-bassi, in un rapporto di causalità circolare di segno negativo difficile da rompere e che, anzi, si auto-alimenta e rafforza

2. Ciò significa anche concettualizzare la povertà secondo un approccio dinamico, considerandola non più come uno stato che caratterizza una condizione di vita permanente della persona, ma come un processo o un episodio all'interno di un percorso biografico. In quest'ottica, si individuano abitualmente tre principali tipi di povertà: *i*) la povertà persistente, caratterizzata da un periodo continuato di permanenza in una condizione di povertà di almeno tre anni; *ii*) la povertà ricorrente, propria di famiglie che hanno periodi ripetuti di povertà separati da almeno un anno di non povertà; *iii*) la povertà temporanea, per un periodo di povertà consecutivo al massimo di due anni (Siza 2008).

da sé. Il rischio per le persone di rimanere intrappolate nel cosiddetto “circolo dello svantaggio sociale” aumenta e si cronicizza (Mesini 2022).

La questione abitativa riguarda innanzitutto le persone e i nuclei familiari in povertà assoluta che non riescono a sostenere i costi di un’abitazione, riguarda la morosità, ma negli ultimi anni interessa anche l’impennata dei costi degli affitti che sta acuendo – a Bologna come in altre città del Centro-Nord Italia – l’emergenza abitativa, mettendo alle strette un numero crescente di famiglie e singoli individui che faticano a sostenere le spese e rischiano di trovarsi senza un alloggio dignitoso³.

La disuguaglianza nella distribuzione dei redditi, cresciuta enormemente – specie a livello nazionale – a partire dalla crisi economica del 2008, si associa a ulteriori disparità, relative alla maggiore o minore capacità delle famiglie di far fronte a bisogni primari, come quello energetico (riscaldamento adeguato dell’abitazione), sanitario (difficoltà nell’acquisto di medicinali o rinvio di visite specialistiche e interventi), alimentare⁴ ed educativo, con lo svantaggio iniziale di alcuni profili di adolescenti e ragazzi che frequentemente non viene recuperato durante il successivo percorso formativo, con un conseguente perpetuarsi delle disparità. Ciò significa che la disuguaglianza economica si trasforma anche in iniquità di accesso a servizi e beni essenziali, aggravando ulteriormente le posizioni già difficili e critiche dei gruppi di popolazione più vulnerabili. A sottolineare come queste diverse dimensioni

3. Il tema sarà ripreso nel prossimo capitolo, ma si vuole fin da ora evidenziare che, come sottolineato nel Quaderno della Scuola Ardigò del 2021 (Comune di Bologna – Scuola Achille Ardigò 2021), la casa è un fattore chiave anche per i processi di integrazione dei cittadini stranieri, ormai da diversi anni componente di rilievo della popolazione residente a Bologna città e nell’area metropolitana. Per i cittadini stranieri la questione abitativa è resa più complessa dal fatto che al loro arrivo in Italia gli immigrati stranieri spesso si trovano sprovvisti di un sistema strutturato di informazione, coordinamento e supporto che li orienti nel nuovo contesto sociale. Inizialmente, la rete di contatti personali rappresenta l’unico canale per soddisfare bisogni primari come la ricerca di un alloggio, una necessità resa ancora più complessa dalle discriminazioni che i migranti frequentemente subiscono nel mercato degli affitti.

4. Secondo le stime di Eurostat, in Italia, circa il 9% della popolazione è in condizioni di povertà alimentare, e il valore supera il 17% nelle regioni meridionali.

siano tutte strettamente legate fra loro, si può ricordare che gli studi condotti annualmente dall'Istituto Superiore di Sanità (2020) evidenziano come per i bambini della scuola primaria le condizioni reddituali e la posizione occupazionale dei genitori influenzano le probabilità dei figli di avere problemi di salute (a partire dall'obesità). In quest'ottica, lo studio della povertà richiede un approccio intersezionale, che permetta di analizzare la povertà non come una condizione "neutra", ma come una realtà vissuta in modo diverso a seconda di chi si è e di dove ci si trova nella società. Da un punto di vista metodologico, si deve al riguardo sottolineare che le statistiche generali spesso non mostrano chi sono i poveri in termini complessi. Bisognerebbe analizzare i dati non solo per reddito, ma anche per genere, età, provenienza, disabilità, status familiare. In questo modo sarebbe possibile progettare interventi che non siano standardizzati, "uno per tutti", ma sartoriali, cioè "cuciti" sulle esigenze collegate alle diverse situazioni.

Nello specifico, la ricerca di Baldazzini (2021) si concentra in particolare sui nuclei familiari con minori. Sembra infatti esistere una relazione significativa tra specifiche fragilità genitoriali e le difficoltà che i figli incontrano nel corso della loro crescita. Un esempio in tal senso è costituito dalle problematiche nel costruire una relazione positiva e propositiva con il futuro. L'"incapacità di immaginare", "di progettare attivamente" e "di sviluppare aspirazioni concrete" sono espressioni di una vulnerabilità che rientra nella sfera concettuale della "povertà educativa". Anche nel volume a cura di Prandini e Baldazzini (2022) si sottolinea come povertà e deprivazione, soprattutto se sperimentate nella prima fase della vita, possano produrre importanti ricadute in termini di esclusione sociale. La povertà minorile è spesso associata a uno sviluppo più limitato delle capacità cognitive e relazionali, andando con ciò a riflettersi negativamente su abilità, competenze e opportunità lungo tutto l'arco dell'esistenza e riducendo le possibilità di mobilità sociale. Oltretutto, in questi ultimi anni per le famiglie con minori si è registrato un

aumento anche della povertà assoluta: nel 2023 erano circa 1,3 milioni i bambini italiani che vivevano in condizioni di povertà assoluta; 12,4% le famiglie italiane con minori a carico che nel 2023 si sono trovate in povertà assoluta. Si può inoltre ricordare che le famiglie con minori in povertà assoluta in cui la persona di riferimento ricopre il ruolo di operaio o assimilato (*working poors*) sono in aumento.

1.2 La povertà assoluta e relativa in Italia negli anni Duemila

I dati relativi alla povertà assoluta⁵ sembrerebbero confermare quanto sopra brevemente illustrato: da una parte, si conferma la presenza di una povertà propria del modello tradizionale italiano (ossia maggiore incidenza nelle regioni del Sud Italia, nelle famiglie numerose, con più figli, fra i disoccupati), ma dall'altra parte emergono tratti differenti, non riconducibili al modello tradizionale italiano, con un'espansione negli ultimi due decenni

5. La definizione e la rilevazione della povertà costituiscono operazioni complesse, per problemi di natura concettuale (che cosa si intende per povertà?) e metodologica (come e con quali indicatori si può rilevare la povertà?). La letteratura sul tema mette a disposizione diverse metodologie e strumenti di definizione e rilevazione. A tal riguardo, occorre innanzitutto distinguere fra povertà assoluta e povertà relativa. Per povertà assoluta si intende una condizione di privazione di risorse che fa sì che la famiglia non riesca a sostenere la spesa minima necessaria per acquisire i beni e servizi inseriti nel "paniere", appunto, della povertà assoluta. Per povertà relativa si intende invece una condizione di privazione di risorse necessarie per mantenere lo standard di vita corrente della popolazione di riferimento (la povertà assoluta prescinde invece da standard di riferimento). Pertanto, una famiglia è da considerarsi povera in termini relativi se la sua spesa mensile per consumi è inferiore a una soglia convenzionale (cosiddetta «linea di povertà»): per una famiglia di due componenti la soglia è data dalla spesa media mensile pro-capite nel Paese ed è risultata nel 2023 pari a 1.210,89 euro mensili. Si precisa che la stima ufficiale della povertà relativa in Italia viene effettuata dall'Istat sulla base della spesa per consumi rilevata dall'Indagine sui consumi delle famiglie, utilizzando una linea di povertà denominata International Standard of Poverty Line (Ispl), sulla base della quale viene definita povera una famiglia di due componenti con una spesa per consumi inferiore o al massimo pari a quella media pro-capite. Per famiglie di ampiezza diversa, il valore della linea di povertà si ottiene applicando alla spesa per consumi un'opportuna scala di equivalenza, che tiene conto delle economie di scala realizzabili all'interno della famiglia all'aumentare del numero di individui che la compongono.

della povertà assoluta in aree della società prima solo marginalmente interessate come le regioni del Nord Italia, comprese le famiglie con persona di riferimento occupata, istruita, famiglie con al massimo due figli. Si tratterebbe quindi di profili di nuclei che tradizionalmente non sarebbero stati considerati a rischio e che oggi si trovano, se non in condizioni di povertà, sul confine, continuamente a rischio di scivolamento verso un'effettiva condizione di disagio.

Sempre in un'ottica di lettura di medio periodo, si deve ricordare dapprima la crisi economico-finanziaria partita dagli Stati Uniti nel 2007 e poi estesa in Europa, con le sue pervicaci ricadute, anche da un punto di vista occupazionale, protrattesi fino almeno al 2013. Quando si era ormai assorbito l'impatto di quegli anni, è esplosa la pandemia da Covid-19, con tutto quello che ha comportato anche dal punto di vista economico e occupazionale (Bellani e Mantovani 2023).

L'impatto di queste crisi sulle condizioni di benessere e vulnerabilità delle famiglie italiane è analizzato da Baldazzini facendo riferimento a tre assi: reddito e occupazione; spese e risparmi; casa.

Nonostante l'importanza di questi due shock, non si può ridurre a essi la spiegazione del quadro economico descritto, in particolare per le famiglie con figli piccoli. Il deterioramento della loro condizione finanziaria ha cause più profonde e radicate, non soltanto in Italia. Nel nostro Paese l'incremento della povertà minorile può essere fatto risalire all'inizio degli anni Novanta e poi proseguito, pur a fasi alterne, almeno fino al 2020. È con la crisi monetaria del 1992 che si assiste a un incremento della povertà assoluta e relativa e delle diseguaglianze in Italia e a un progressivo deterioramento delle condizioni economiche delle fasce giovani della popolazione. Ciò riguarda in particolare le famiglie in cui è presente solo un adulto occupato, almeno un minore e almeno un cittadino di origine straniera. Questi tre profili, oltretutto, in parte si sovrappongono, con notevoli spazi di intersezione. Infatti,

la presenza di un solo occupato non basta a tenere il nucleo familiare sopra la soglia di povertà, in particolare se la retribuzione è bassa e/o sono alte le spese per rispondere ai bisogni della famiglia, ad esempio nei nuclei con tre o più figli.

Inoltre, come noto, i cittadini stranieri sperimentano più di frequente degli italiani un inserimento lavorativo precario, fragile e mal retribuito, ma sono proprio le famiglie straniere a presentare un numero medio di figli più elevato. Questo spiegherebbe, almeno in parte, il riemergere negli ultimi decenni di una notevole incidenza di famiglie in condizioni di povertà, in particolare relativa, nelle regioni del Centro-Nord, ad affiancarsi a quelle tradizionalmente presenti nel Sud Italia (Saraceno et al. 2020).

Altre vulnerabilità che si possono andare ad aggiungere sono quelle di nuclei con capofamiglia divorziato o separato o non sposato: alla difficile condizione economica e reddituale si va ad aggiungere la necessità di doversi prendere cura di uno o più figli minori, pagare l'affitto.

Nel complesso, pertanto, emerge un quadro alquanto complesso dall'analisi dei fattori che espongono al rischio di povertà. Si tratta di numerosi fattori di fragilità, spesso in grado di agire in forma combinata, e in particolare si segnalano: l'esclusione o la marginalità nel mercato del lavoro, la cittadinanza straniera, l'assenza di un partner, il vivere in una casa in affitto (particolarmente oneroso specie se in una grande città del Centro-Nord Italia).

1.2.1 Povertà assoluta e impatto della pandemia

Per quanto riguarda l'andamento della povertà assoluta nelle famiglie, limitandosi al periodo pre-pandemia, l'andamento è chiaro: in poco più di un decennio, in Italia, essa è quasi raddoppiata, passando da circa 937.000 nel 2005 fino al picco massimo di 1.822.000 famiglie nel 2018, superato poi nel 2020 per effetto della pandemia da Covid-19, con oltre 2 milioni di famiglie

in povertà assoluta (corrispondenti a circa 5,6 milioni di persone).

Se ci si concentra poi sulle sole famiglie con figli minori, si possono cogliere due tendenze. La prima riguarda l'incidenza della povertà assoluta sulle famiglie con almeno un figlio minore, passata in Italia da meno del 3% del 2007 al picco massimo dell'11,5% nel 2020, contro un 7,7% per il totale delle famiglie. La seconda invece riguarda l'incidenza della povertà relativa sulle famiglie con almeno un figlio minore, anch'essa aumentata considerevolmente – quasi raddoppiata – fra il 2007 e il 2017.

Su questo quadro di netto mutamento e peggioramento delle condizioni delle famiglie italiane, si innesta il Covid-19, con la povertà assoluta che arriva a interessare – come già ricordato – oltre due milioni di famiglie (7,7%), per un totale di oltre 5,6 milioni di individui (9,4%), in significativo incremento rispetto al 2019, quando l'incidenza era pari, rispettivamente, al 6,4% e al 7,7%.

Se anche con riferimento a questo periodo si prendono in esame le famiglie con figli, si rileva che sono fra quelle maggiormente colpite, specie se con uno o più figli minori: l'incidenza passa infatti dal 9,3% delle famiglie con un solo figlio minore al 22,7% tra quelle che ne hanno da tre in su e tra le famiglie monogenitoriali. Si osserva inoltre che l'incidenza di povertà assoluta per le famiglie con minori è più elevata nelle aree metropolitane.

Le famiglie di recente formazione, spesso con figli piccoli, sono più esposte alla vulnerabilità economica rispetto a quelle nelle fasi più avanzate del ciclo di vita. Ciò è dovuto a una maggiore precarietà lavorativa, interruzioni di carriera più frequenti e retribuzioni generalmente inferiori (Prandini e Baldazzini 2022).

Infine, rispetto alla cittadinanza, la povertà assoluta interessa nel 2021 l'8,6% delle famiglie con minori composte unicamente da cittadini italiani (comunque in incremento rispetto al periodo pre-pandemia), mentre raggiunge un considerevole 28,6% nelle famiglie con minori composte solo da

cittadini stranieri. Si consideri che le famiglie di soli stranieri costituiscono l'8,6% delle famiglie in Italia, ma rappresentano oltre il 28% delle famiglie in condizioni di povertà assoluta.

Da quanto sin qui scritto dovrebbe risultare chiara l'idea di fondo di guardare alla povertà come a un fenomeno multidimensionale, non solo economico, con i diversi aspetti – da quello educativo a quello abitativo, da quello occupazionale a quello sanitario – che si rafforzano reciprocamente.

Il secondo elemento di fondo, comune anche a Prandini e Baldazzini (2022), è l'idea di parlare di processi di impoverimento, quindi non guardare alla povertà come una condizione immutabile e permanente, ma come a un intervallo della durata assai variabile, anche in virtù di alcune determinanti come la perdita di legami familiari, la nascita di un figlio e altro ancora. Questo consente anche di ribadire che una determinata condizione – ad esempio l'avere un lavoro con contratto a tempo indeterminato – non garantisca né nell'oggi né nel prossimo futuro contro il rischio di scivolamento in condizione di povertà⁶. In quest'ottica diviene anche possibile sottolineare la presenza – soprattutto dopo la pandemia e il suo impatto in particolare sulla cosiddetta "classe media" – di un'ampia fascia grigia di famiglie e individui che non sono né "sicuramente povere", né "sicuramente non povere", con una situazione di vulnerabilità di famiglie "quasi povere" che, secondo le stime di Prandini e Baldazzini (2022) basate sull'analisi delle soglie di povertà relativa del 2021, avrebbero costituito allora il 7% circa del totale.

1.3 La povertà a Bologna. Un quadro in trasformazione

Il territorio del Comune di Bologna, che continua a costituire, insieme al resto dell'Emilia-Romagna, una delle realtà italiane più ricche e con i più

6. Si richiama al riguardo la tipologia, sopra illustrata, di Siza (2008) che distingue fra povertà persistente, ricorrente e temporanea.

elevati livelli di benessere, presenta valori relativi ai principali indicatori di povertà e condizioni di vita sistematicamente migliori non solo rispetto alla media nazionale, ma anche rispetto a quelli delle altre regioni settentrionali e del Nord-Est. Tuttavia, questo quadro di relativo vantaggio ha subito profonde trasformazioni a seguito della crisi economico-finanziaria del 2008 e, successivamente, dell'impatto della pandemia da Covid-19. A tali fattori si è aggiunto, nel 2022, un ulteriore peggioramento dovuto alla forte spinta inflazionistica e alla conseguente riduzione del potere d'acquisto delle famiglie, fenomeni aggravati dalla guerra in Ucraina e dalle tensioni geopolitiche internazionali, in particolare nell'area mediorientale.

Per questi motivi, analizzare la situazione socio-economica del Comune di Bologna è particolarmente significativo, poiché il capoluogo rappresenta un contesto emblematico per comprendere le trasformazioni in atto nelle aree urbane più sviluppate del Paese.

Rispetto a questo livello locale di analisi territoriale, è opportuno ricordare che un territorio va interpretato come un sistema complesso, nel quale dimensioni umane, economiche, sociali e culturali sono strettamente interconnesse. Pur distinguendo concettualmente tali dimensioni, è quindi necessario considerarle nella loro interdipendenza.

Un territorio comunale o regionale, inoltre, non rappresenta un'entità isolata: molti fenomeni oltrepassano i confini amministrativi e richiedono una prospettiva più ampia per essere adeguatamente compresi. È il caso, ad esempio, della mobilità e del pendolarismo, dei flussi migratori e della regolazione di numerose politiche a livello regionale, nazionale ed europeo. Anche per questa ragione, prima di delineare il quadro del Comune di Bologna, nei paragrafi precedenti si è fatto riferimento a un quadro territoriale più ampio.

1.3.1 Il primato nazionale per i redditi, pur con forti disuguaglianze

Sul fronte dell'occupazione e dei redditi, l'Emilia-Romagna e Bologna si collocano ai primi posti nelle graduatorie nazionali, con la regione abitualmente superata solo dal Trentino-Alto Adige⁷ e il comune capoluogo con livelli occupazionali maggiori di quelli delle altre grandi città del Centro-Nord del Paese⁸.

Non occorre poi precisare che, naturalmente, dietro i dati medi possono trovarsi situazioni profondamente differenti. Un'analisi dei redditi dichiarati a Bologna rivela infatti una marcata disomogeneità: la metà dei contribuenti si attesta al di sotto dei 20.000 euro di imponibile annuo. Se si innalza la soglia a 30.000 euro, si osserva come i tre quarti circa dei contribuenti non la superino. Solo una minoranza, pari al 3,5% dei contribuenti, dichiara un reddito imponibile superiore a 80.000 euro, concentrando tuttavia nelle proprie mani circa un quinto dei redditi. Si tratta dunque di una marcata polarizzazione. Il fatto che circa tre quarti dei contribuenti dichiarino redditi inferiori a 30.000 euro significa dover estendere la fascia di potenziali persone destinatarie di servizi di welfare assai oltre le soglie abituali utilizzate per circoscrivere le fasce di potenziale bisogno. Infatti, se l'impatto del Covid-19 ha impattato principalmente sulla cosiddetta "classe media", cioè coloro che prima della pandemia avevano redditi tra i 15.000 e 30.000 euro, ciò significa che ha riguardato oltre la metà dei contribuenti⁹. In città si contano 36.000 famiglie con almeno un minore, il cui reddito medio oscilla tra gli

7. Secondo i dati delle dichiarazioni dei redditi 2024, il reddito medio nel Comune di Bologna si attesta a 28.554 euro. Tale valore risulta superiore sia alla media della Città Metropolitana (26.780 euro) e della regione Emilia-Romagna (26.377 euro), sia alla media nazionale, ferma a 24.830 euro.

8. Il tasso di occupazione della Città metropolitana raggiunge il 71,9%, superando sia il dato regionale (70,3%) che quello nazionale (62,2%). Il divario positivo si conferma anche nell'occupazione femminile, dove Bologna registra un tasso del 66,0%, a fronte del 63,2% dell'Emilia-Romagna e del 53,3% della media italiana.

9. Secondo i dati più recenti relativi alle dichiarazioni dei redditi 2024, a Bologna il 56% dei contribuenti dichiara un reddito imponibile inferiore ai 26.000 euro.

11.000 e i 18.000 euro (Comune di Bologna – Scuola Achille Ardigò 2021). Baldazzini (2021) riprende anche alcuni indicatori derivanti da indagini Istat – disponibili a livello di città metropolitana – relativi alla capacità di “riuscire ad arrivare a fine mese” e di risparmiare. Dall’indagine emerge che oltre un quarto dei cittadini metropolitani dichiara (si tratta di un’autovalutazione) di avere difficoltà ad arrivare alla fine del mese e quasi il 5% segnala di avere grandi difficoltà. Così come solo il 40% delle famiglie dell’area metropolitana sarebbe riuscita a risparmiare nel corso del 2020.

Se è vero, dunque, quanto scritto sopra circa la capacità di tenuta del territorio e del sistema economico-produttivo locale e pertanto anche sulla vivacità del mercato del lavoro locale, occorre però anche prendere atto di una “fragilizzazione” diffusa e trasversale di un’ampia fascia della popolazione, tra cui le famiglie con figli minori. Anche segmenti di popolazione che in passato godevano di una stabilità economica si trovano oggi ad affrontare una fase recessiva. Questa congiuntura negativa incide sulle dinamiche relazionali e accresce progressivamente la vulnerabilità sia dei nuclei familiari che dei singoli individui.

1.3.2 La povertà educativa

Per *povertà educativa* si intende “la privazione, per i bambini e gli adolescenti, dell’opportunità di apprendere, sperimentare, sviluppare e far fiorire liberamente capacità, talenti e aspirazioni” (Save The Children)¹⁰.

Il concetto di *povertà educativa*, però, non deve essere solo inteso come mancanza di opportunità educative in senso stretto, ma deve estendersi anche alla carenza di attività relazionali, sociali, sportive, ludiche e culturali. Si tratta dunque di deprivazione che impedirebbe di accedere alle competenze indispensabili per vivere nella società contemporanea, per costruire sia la

10. <https://www.savethechildren.it/blog-notizie/articoli/poverta-educativa>.

propria identità personale sia quella sociale e intersoggettiva.

Baldazzini (2021), nella sua ricerca incentrata sul contesto bolognese, esplora questi aspetti grazie a una serie di interviste rivolte a un campione di famiglie residenti a Bologna e, inoltre, approfondisce l'impatto che la pandemia da Covid-19 ha avuto sui minori.

Anche se il territorio bolognese offre ampie opportunità educative¹¹, va ricordato che non tutti accedono in egual misura alle medesime opportunità. Importanti disparità, infatti, si segnalano rispetto alla cittadinanza dei giovani, distinguendo quindi fra italiani e stranieri, e fra questi ultimi significative differenze si registrano fra coloro che sono nati in Italia (secondo generazioni) e coloro che sono nati all'estero (prime generazioni). Non si deve poi trascurare il tema della dispersione scolastica, con cui non ci si vuole riferire al solo drop-out in senso stretto, cioè al puro abbandono scolastico, ma anche alla cosiddetta "dispersione implicita", riferita a coloro che riescono a portare a termine il percorso di studi, ma non sono riusciti ad acquisire adeguate competenze di base.

Dalle interviste emergono diversi importanti segnali che indicano bambini e pre-adolescenti scarsamente stimolati, autodidatti nell'utilizzo delle tecnologie, con reti amicali limitate, insicuri nell'interagire.

Sarebbero quattro le dimensioni che influenzano in maniera determinante il peggioramento della vita di queste famiglie con figli minori (Comune di Bologna – Scuola Achille Ardigò 2021):

- materiale (reddito);
- sociale (isolamento);
- temporale (riduzione del tempo a disposizione oltre il lavoro);
- individuale (benessere psicologico ed emotivo).

11. Il tema della povertà educativa è oggetto di diversi programmi, facenti capo a due grandi linee di finanziamento: i PON (Programma Operativo Nazionale del Miur) e i progetti della Fondazione Con i Bambini, finanziata dalla Fondazioni bancarie e dal Ministero istruzione.

Per quanto concerne la prima dimensione, è necessario migliorare le misure di supporto tradizionali del welfare state a sostegno del reddito, considerando anche le riflessioni sul secondo welfare. Si deve anche tenere conto che sarà sempre più improbabile che i problemi economici – e quindi anche quelli sociali – delle famiglie a basso reddito vengano risolti, nel medio periodo, dalle nuove opportunità occupazionali, data la tendenza generale a produrre nuova ricchezza risparmiando e decentrando in altri paesi il lavoro. Per questo motivo le forme di integrazione monetaria al reddito assumeranno un'importanza strutturale e non più soltanto emergenziale.

Quanto alle altre dimensioni, fra loro legate, le famiglie a basso reddito presentano spesso legami sociali limitati, sia con parenti che con amici, vicini di casa o la comunità civica. Tendono a essere molto isolate e concentrate su loro stesse. Sono caratterizzate da una “carezza di comunità” e dalla mancanza di “tempo sociale” e “tempo di svago”, in quanto costantemente impegnate a lavorare e a risolvere problemi di sussistenza, specialmente per i figli (Baldazzini 2021). È quindi necessario ideare nuovi servizi che non solo supportino economicamente queste famiglie, ma che promuovano anche la creazione di legami parentali, amicali, di vicinato e associativi, sia per gli adulti che per i bambini. Le deprivazioni educative possono derivare da forme di povertà relazionale e di analfabetismo emotivo del mondo adulto, da fragilità e disorientamento nell'esercizio della genitorialità, che necessariamente si riverberano sulla crescita e sui diritti dei minori (Finetti 2023). Occorre immaginare strategie che vadano a incidere sui fattori sociali e culturali delle persone e delle comunità, favorendo la partecipazione attiva delle persone e delle famiglie, in tutti gli ambiti, a partire dall'istruzione e dal lavoro.

2. Prospettive future e chiavi di lettura degli scenari

2.1. Premessa

Il presente capitolo si propone di esplorare le risposte messe in campo, a livello nazionale e locale, per affrontare la sfida cruciale della povertà e della disuguaglianza. Questo primo passo è propedeutico per poi offrire, nelle pagine successive, prospettive analitiche originali, griglie interpretative più profonde e spunti di lettura che consentano di cogliere appieno la natura multidimensionale di tali fenomeni. Si deve infatti ricordare che la povertà non si limita alla sfera economica, ma si intreccia indissolubilmente con dimensioni quali l'accesso all'istruzione e alla formazione, la partecipazione alla vita sociale, la tutela della salute e la disponibilità di un alloggio dignitoso, configurando un complesso sistema di deprivazioni fra loro connesse e spesso sovrapposte. Al riguardo, un focus specifico sarà dedicato alla variabile della cittadinanza, elemento distintivo nel delineare la vulnerabilità della componente straniera della popolazione, la quale più di frequente di quella italiana si trova a fronteggiare una combinazione di fattori di rischio, tra cui un'occupazione povera e a bassa retribuzione, la composizione di nuclei familiari numerosi con una presenza maggiore di figli minori, in aggiunta a possibili barriere linguistiche e difficoltà nella fruizione dei servizi e degli strumenti del welfare, nonché al fatto di essere oggetto di pregiudizi che possono generare comportamenti discriminatori.

Si dedicherà attenzione anche al tema dell'over-education, condizione nella quale individui altamente qualificati si trovano impiegati in ruoli professionali che non valorizzano il loro livello di istruzione, con conseguenze negative sia sul piano retributivo che sulla soddisfazione lavorativa.

Infine, si analizzeranno le crescenti divaricazioni tra la condizione dei lavoratori con contratti a tempo indeterminato, percepiti come "garantiti", e quella di coloro che operano in contesti di maggiore precarietà e instabilità occu-

pazionale.

Queste e ulteriori lenti di ingrandimento saranno utilizzate per offrire una lettura più articolata e ricca delle dinamiche sottostanti alla povertà e alla disuguaglianza nel panorama socio-economico contemporaneo, anche in questo caso con un'attenzione specifica alla realtà regionale e locale.

2.2. Misure, interventi e iniziative di contrasto alla povertà e alle disuguaglianze a livello nazionale e locale

Nel corso degli ultimi anni, anche in risposta alla pandemia di Covid-19 e alla crisi economica e occupazionale che ne è derivata, diverse politiche nazionali di contrasto alla povertà in Italia sono state promosse.

Fra questi, si possono ricordare:

- il Reddito di Inclusione (REI) introdotto nel 2017, che ha segnato un'importante svolta definendo i primi Livelli Essenziali delle Prestazioni Sociali (LEPS) e istituendo il Fondo per la lotta alla povertà e all'esclusione sociale.
- il Reddito di cittadinanza, istituito nel 2019 e abolito dal 1° gennaio 2024: una misura che ha ampliato significativamente il numero dei potenziali beneficiari e le risorse economiche disponibili.
- la Legge di Bilancio 2021, che ha rafforzato il Servizio sociale professionale.

Negli anni seguenti si perviene a una sistematizzazione degli interventi e si ampliano il numero e il tipo dei LEPS relativi al contrasto alla povertà. Va innanzitutto ricordato l'Assegno di Inclusione (ADI), misura nazionale di contrasto alla povertà, alla fragilità e all'esclusione sociale delle fasce deboli attraverso percorsi di inserimento sociale, nonché di formazione, di lavoro e di politica attiva del lavoro, istituita a decorrere dal 1° gennaio 2024 (in cor-

rispondenza dell'abolizione del Reddito di cittadinanza) dal decreto-legge 4 maggio 2023, n. 48, convertito con modificazioni dalla legge 3 luglio 2023, n. 85. La lotta alla povertà estrema registra importanti occasioni di finanziamento grazie poi al PNRR (Missione 5) e al React Eu, oltre al Fondo nazionale politiche sociali e al Fondo povertà. A ciò si aggiungono infine le misure urgenti per la solidarietà alimentare, con i cosiddetti "buoni spesa" erogati per contrastare le conseguenze economiche e sociali della pandemia da Covid-19.

Accanto alle misure di carattere nazionale sopra richiamate, i Comuni possono attivare contributi per l'integrazione del reddito delle persone e dei nuclei familiari in condizioni socio-economiche tali da non consentire un livello minimo di sussistenza. I contributi sono erogati dal Servizio sociale territoriale, sulla base di una valutazione condotta dall'assistente sociale e possono essere continuativi, straordinari o urgenti. Possono essere erogati in denaro o in titoli come i buoni spesa.

Per quanto riguarda questi interventi locali, per la realtà bolognese, si si può essenzialmente fare riferimento alla Carta dei servizi, strumento con cui il Comune comunica la trasparenza e la qualità dei servizi offerti; rappresenta un impegno formale dell'Amministrazione per favorire l'accesso alle opportunità e agli interventi messi in campo. Essa è in continua evoluzione dal momento che mira a riflettere le esigenze della comunità e gli obiettivi dell'Amministrazione¹².

La Carta dei Servizi Sociali presenta, per nove filoni di attività, i servizi, gli interventi e i progetti che compongono l'offerta di welfare.

• Per l'Orientamento, informazione e accesso alla rete dei servizi, si fa riferimento a

- Sportelli sociali,
- Punto unico,

12.Cfr.www.comune.bologna.it/amministrazione/documenti-e-dati/documento-tecnico-supperto/carta-servizi-sociali.

- Servizio di supporto ai caregiver familiari,
 - Sportello Protezioni Internazionali,
 - Servizio sociale a bassa soglia,
 - Sportello Informafamiglie e bambini,
 - Insieme per il lavoro - Sportello lavoro
 - e ai seguenti *strumenti informativi*:
 - Mappa delle risorse di comunità per il sociale,
 - Pagina Facebook,
 - Sezione dedicata nel Portale comunale.
- Per il Servizio Sociale Territoriale Unitario:
 - Servizio sociale territoriale unitario,
 - Servizio protezioni internazionali,
 - Servizio sociale a bassa soglia,
 - Pronto intervento sociale – Pris,
 - Centro per le famiglie.
 - Per la Promozione del benessere e permanenza nel proprio contesto di vita:

Servizi domiciliari:

- Assistenza domiciliare per persone anziane,
- Assegno di cura,
- Assistenza familiare privata (badante) con agenzie convenzionate per persone anziane e con disabilità,
- Assistenza domiciliare privata a costo concordato per persone anziane e con disabilità,
- Servizio pasti per persone anziane e con disabilità,
- Assistenza domiciliare per le persone con disabilità,
- Assistenza domiciliare integrata per persone con disabilità,
- Percorsi Dimissioni Protette.

Servizi semiresidenziali:

- Centro diurno per persone anziane,
- Centro diurno specializzato per persone anziane,
- Strutture diurne per persone con disabilità (centri socio-riabilitativi, socio-occupazionali e laboratori protetti).

- Progetti di promozione del benessere:

Servizi per persone con deterioramento cognitivo,

- Caffé Alzheimer,
- Centri di incontro Margherita e Lercaro,
- Teniamoci per mano,
- Servizio di supporto ai caregiver familiari
- Progetto Vivi in salute
- Interventi socio-educativi e riabilitativi per persone con disabilità
- Trasporto sociale per persone con disabilità
- Progetti e iniziative di socializzazione e tempo libero a favore di persone con disabilità
- Attività di socializzazione e accompagnamento sociale

- Per il Sistema di accoglienza residenziale:

Strutture residenziali per persone anziane e con disabilità:

- Casa di riposo per persone anziane,
- Casa residenza per persone anziane,
- Comunità alloggio persone anziane.

Strutture residenziali per persone con disabilità

- Casa famiglia per persone anziane e persone con disabilità,
- Appartamento protetto per persone anziane e persone con disabilità.

Strutture e servizi per persone in situazione di grave marginalità o fragilità sociale e abitativa:

Accoglienza temporanea in alloggi (transizione abitativa),

- Gruppi appartamento,
- Pronta accoglienza,
- Abitare condiviso temporaneo (strutture collettive, Housing led, Housing first),
- Il Sai - Sistema accoglienza e integrazione metropolitano.

- Per la Promozione della salute, prossimità e riduzione dei rischi e del danno:

Servizi di promozione della salute e riduzione dei rischi:

- Area 15,
- Guida la notte,
- Gioco d'azzardo patologico.

Servizi di prossimità e riduzione del danno

- InStrada: servizio di prossimità che comprende l'Unità di strada, il centralino di accoglienza e il servizio docce,
- Laboratori di comunità: spazi di socialità aperti a persone senza dimora e residenti,
- Progetti su prostituzione, sfruttamento, tratta e azioni di contrasto allo sfruttamento lavorativo.

- Progetti per l'inclusione sociale e lavorativa:

Progetti del Servizio sociale per l'inclusione delle persone fragili

- Empori Solidali,
- Interventi a favore di detenuti e ex detenuti,
- Accoglienza e inclusione delle famiglie rom e sinti.

Tirocini formativi finalizzati all'inclusione sociale

- Tirocinio finalizzato all'inclusione sociale,
 - Percorsi di inserimento al lavoro per persone con disabilità.
- Per l'Accompagnamento e sostegno a famiglie, infanzia e adolescenza:

Accompagnamento e sostegno alla genitorialità:

- Mediazione,
- Counseling genitoriale,
- Percorsi per l'adozione,
- Percorsi per l'affido e l'accoglienza familiare.

Sviluppo delle risorse familiari e comunitarie:

- Vicinanza solidale,
 - Pippi - Programma di prevenzione dell'allontanamento familiare,
 - Reti di famiglie solidali.
- Per l'Amministrazione di sostegno, tutela e curatela:
 - Tutore Curatore Amministratore di sostegno.
 - Per il Sostegno economico:
 - Contributi a integrazione del reddito familiare.
 - Contributi economici per soggiorni e vacanze per persone disabili
 - Contributi per l'abbattimento di barriere architettoniche e l'autonomia delle persone disabilità
 - Assegno di maternità
 - Bonus energetici
 - Sconti sociali
 - Assegno di inclusione (Adi).

Si ricorda inoltre il progetto *Empori Solidali Case Zanardi* del Comune di Bo-

logna - Dipartimento Welfare e Promozione del Benessere di Comunità, che si distingue come un modello virtuoso di welfare comunitario. L'iniziativa non si limita alla distribuzione di generi di prima necessità a famiglie in condizione di fragilità economica, ma persegue l'obiettivo di trasformare l'assistenza in cittadinanza attiva¹³. Attraverso un sistema che valorizza l'autonomia e la dignità della persona, il progetto mira a sostenere i beneficiari nel superamento di fasi critiche, promuovendo percorsi di inclusione sociale¹⁴.

2.3 Dalla descrizione all'interpretazione: fenomeni demografici, istruzione, occupazione e povertà

In Italia¹⁵, e in modo ancora più accentuato in Emilia-Romagna e nelle sue province, si osservano dinamiche demografiche di grande rilievo in grado di plasmare profondamente il tessuto sociale ed economico e dunque le condizioni di benessere degli individui e delle famiglie. Tra queste, spiccano in maniera significativa tre fenomeni interconnessi:

- l'invecchiamento della popolazione;
- la denatalità;
- l'immigrazione.

13. Si rimanda al riguardo al rapporto a cura di Giorgia Bonaga (2020).

14. In un'ottica di miglioramento continuo, le future linee di indirizzo dovrebbero prevedere specifici studi di valutazione di impatto. Tali analisi sono fondamentali per misurare l'efficacia reale degli interventi locali e orientare le politiche pubbliche sulla base di risultati tangibili e misurabili.

15. La questione demografica non è più una sfida esclusivamente italiana, ma coinvolge ormai tutta l'Europa.

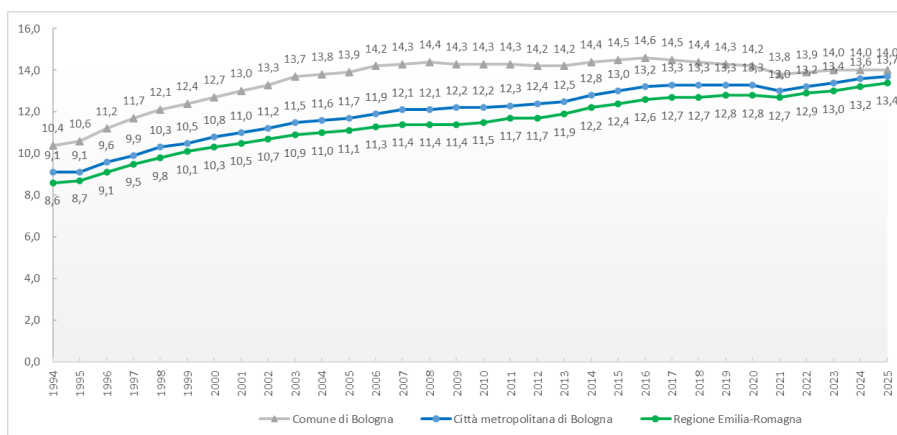
2.3.1 Invecchiamento della popolazione

Per quanto riguarda il tema dell'invecchiamento della popolazione, l'aumento dell'aspettativa di vita è dovuto a più fattori: i progressi della medicina (vaccinazioni, antibiotici, cure delle malattie croniche), il miglioramento delle condizioni igieniche e alimentari, l'aumento del livello di istruzione, le migliori condizioni di vita e lavoro, e lo sviluppo di politiche pubbliche e sistemi sanitari che hanno ridotto mortalità e malattie.

Per quanto riguarda la popolazione anziana residente nel Comune di Bologna, negli ultimi 20 anni si è osservato un notevole aumento della popolazione con almeno 75 anni (+5,4% tra il 2005 e il 2025). Nello stesso periodo, si è osservata una crescita sia nel numero (+19,0% in venti anni) sia nel peso relativo anche della fascia dei 50-64enni, dunque la fascia più anziana della popolazione in età lavorativa, destinata nell'arco massimo di due decenni a uscire dal mercato del lavoro.

Per meglio illustrare il fenomeno dell'invecchiamento demografico, la fig. 2.1 riporta la serie storica dell'incidenza percentuale della popolazione residente di almeno 75 anni sul totale dei residenti, per il comune di Bologna e la città metropolitana di Bologna. Questa fascia di età rappresenta il 14,0% della popolazione comunale, valore sostanzialmente in linea con quello dell'area metropolitana (13,7%) e dell'Emilia-Romagna nel suo insieme (13,4%). Ciò che emerge chiaramente dalla fig. 2.1 è la costante crescita dell'incidenza degli over 74enni sia a livello comunale che provinciale nel corso dei decenni considerati. Fa eccezione il biennio 2020-2021, in cui si è registrata una temporanea inversione di tendenza a causa dell'aumento della mortalità, quale effetto diretto o indiretto della pandemia da Covid-19. Si consideri che l'incidenza della popolazione grande anziana – come ricordato, nel 2025 nel comune di Bologna attestata al 14,0% della popolazione complessiva – fino al 2000 era inferiore al 13% (fig. 2.1). Si nota infine un avvicinamento progressivo fra il dato comunale e quello metropolitano.

Fig. 2.1 *Incidenza percentuale della popolazione di almeno 75 anni sul totale popolazione nel Comune di Bologna, nella Città Metropolitana di Bologna e in Emilia-Romagna. Anni 1994-2025 (dati al 1° gennaio)*



Fonte: Elaborazioni su dati Istat e Statistica self-service della Regione Emilia-Romagna.

L'invecchiamento della popolazione può avere importanti ripercussioni a livello economico (aumento della spesa pensionistica e sanitaria), socio-sanitario (aumento della domanda di cura e di servizi di assistenza), sociale (aumento delle famiglie composte da un anziano solo) e territoriale (trasformazione nei servizi locali). Oltretutto, l'invecchiamento della popolazione – e le conseguenze che da esso ne derivano – è opportuno analizzarlo in un quadro più ampio e generale. Infatti, se si analizza l'indice di vecchiaia – ossia il rapporto fra la popolazione di almeno 65 anni e la popolazione di 0-14 anni, moltiplicato per 100 – è possibile avere un quadro più ampio della struttura per età di un territorio.



Nel 2002, l'indice di vecchiaia del comune di Bologna era pari a 276, cioè vi erano circa 27-28 anziani di almeno 65 anni ogni 10 giovani under-15. L'indice ha poi registrato una flessione consistente nella prima decade degli anni Duemila, sicuramente in buona parte per effetto dei flussi migratori dall'estero che hanno portato in questo territorio, così come nel resto dell'Emilia-Romagna, un numero consistente di cittadini stranieri di giovane età. Nel 2020, anche a fronte di una riduzione dei flussi migratori dall'estero e a una crescita delle nascite, l'indice di vecchiaia ha ricominciato ad aumentare superando il valore di 216 nel 2023, avvicinandosi a 219 nel 2024 e arrivando quasi a 223 nel 2025, valore che non si raggiungeva dal 2014.

Tab. 2.1 Indice di vecchiaia della popolazione residente nel comune e nella città metropolitana di Bologna, in Emilia-Romagna e in Italia, anni 1993, 2002, 2018-2025 (dati al 1° gennaio di ciascun anno)

	1993	2002	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Comune di Bologna	292,3	275,9	212,8	211,0	211,2	211,3	212,3	215,7	218,8	222,9
Città metropolitana BO	213,3	208,6	188,6	190,0	193,1	196,6	200,7	205,3	210,4	216,6
Emilia-Romagna	180,5	190,8	179,9	182,4	186,3	190,0	194,7	199,4	205,0	212,1
Italia	104,3	131,7	169,5	174,0	179,4	182,6	187,6	193,1	199,8	207,6

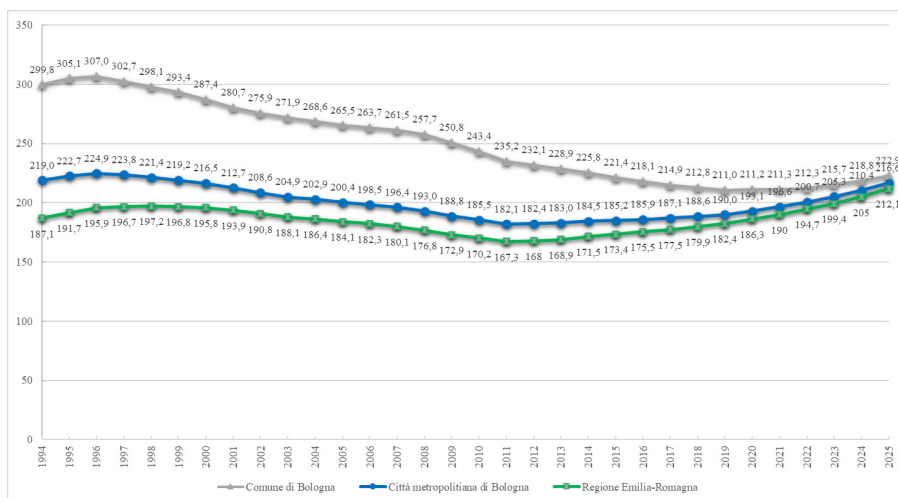
Fonte: Elaborazioni su dati Statistica self-service della Regione Emilia-Romagna e Istat.

Dalla tab. 2.1 si può inoltre osservare che il dato del comune capoluogo è sistematicamente più elevato di quello dell'intera area metropolitana, a sua volta su livelli più alti della media regionale. Grazie soprattutto alla serie storica presentata in fig. 2.2 si può però notare anche una progressiva convergenza fra le tre serie di dati.

Ciò anche perché il dato del Comune di Bologna ha mostrato una diminuzione, forse inattesa, a partire dal 1997 e continuata di fatto fino al 2020.

Fig. 2.2 Indice di vecchiaia comune di Bologna, Città metropolitana di Bologna, regione Emilia-Romagna, anni 1994-2025 (dati al 1° gennaio di ciascun anno)

Note: Indice di vecchiaia: Popolazione residente di 65 anni e oltre / popolazione residente di 0-14 anni * 100.



Fonte: Elaborazioni su dati Statistica self-service della Regione Emilia-Romagna.

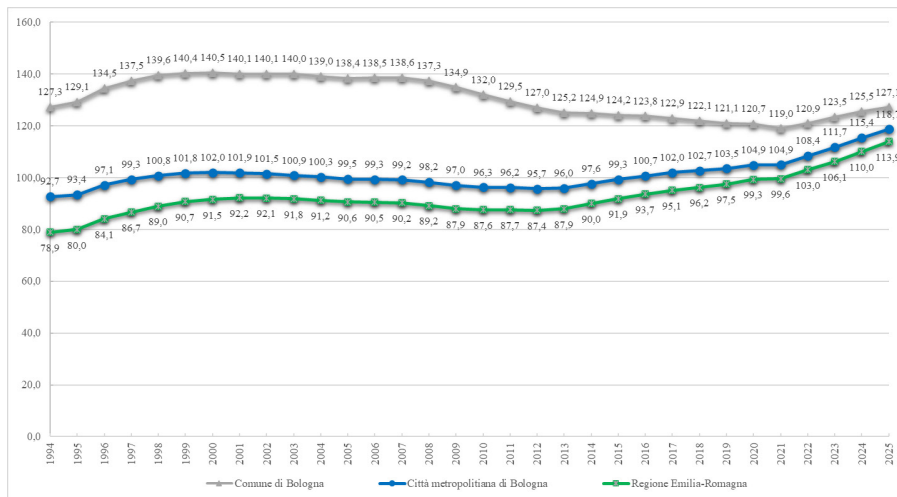
Dato l'innalzamento della vita media e l'invecchiamento attivo della popolazione sessantenne e settantenne, si è ritenuto opportuno affiancare al tradizionale indice di vecchiaia un nuovo indice. Quest'ultimo, a differenza del primo, cambia il numeratore calcolando quindi il rapporto tra la popolazione di almeno 75 anni e quella più giovane di meno di 15 anni (fig. 2.3).

Le dinamiche rispecchiano quelle già viste con l'indice di vecchiaia tradizionale. Si conferma che il dato del Comune di Bologna è costantemente il più elevato, seguito da quello della Città metropolitana e, per ultimo, dalla Regione Emilia-Romagna. Inoltre, nel corso degli anni, si osserva una graduale convergenza fra i tre dati.

Anche utilizzando questo nuovo indice si nota per il Comune di Bologna una

flessione del dato dal 2000 fino al 2021 e poi una nuova, sensibile risalita.

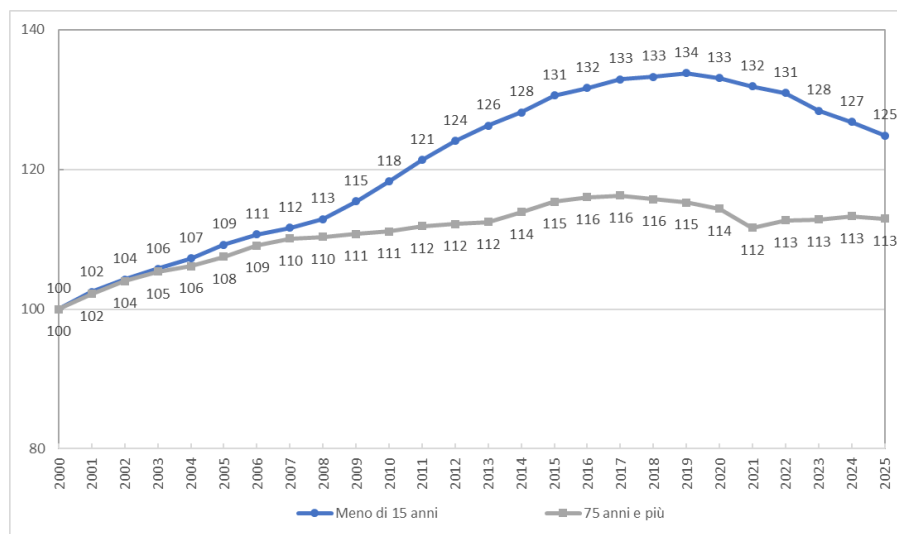
Fig. 2.3 *Popolazione residente di 75 anni e oltre / popolazione residente di 0-14 anni * 100, comune di Bologna, Città metropolitana di Bologna, regione Emilia-Romagna, anni 1994-2025 (dati al 1° gennaio di ciascun anno)*



Fonte:Elaborazioni su dati Statistica self-service della Regione Emilia-Romagna.

Da ulteriori analisi, si è potuto constatare che la flessione dell'indice non è dovuta a una riduzione della popolazione anziana di almeno 75 anni, che ha proseguito il suo incremento, ma al fatto che l'aumento di questa fascia d'età è stato meno significativo rispetto a quello della popolazione under-15. Tra il 2000 e il 2021, la popolazione con meno di 15 anni è aumentata di quasi il 32% (passando da circa 35.400 a oltre 45.500 unità); nello stesso periodo, la popolazione con almeno 75 anni ha registrato un incremento molto più contenuto, pari all'11,7% (da meno di 50.000 a quasi 54.200 unità).

Fig. 2.4 *Popolazione residente di 75 anni e oltre e popolazione residente di 0-14 anni, comune di Bologna, anni 2000-2025 (dati al 1° gennaio di ciascun anno), numeri indice a base fissa (2000 = 100)*



Fonte: Elaborazioni su dati Statistica self-service della Regione Emilia-Romagna.

Ciò si osserva chiaramente in fig. 2.4 e in tab. 2.2 che presentano anche i numeri indice a base fissa (2000=100) per la popolazione residente di meno di 15 anni e di almeno 75 anni. Nei primi anni della serie storica, le due componenti della popolazione hanno mostrato una crescita quasi identica. Tuttavia, a partire dalla seconda decade degli anni Duemila, le due serie di dati hanno iniziato a divaricarsi. Già nel 2011, la popolazione under-15 anni era aumentata del 21% rispetto al 2000, un incremento quasi doppio rispetto all'11% registrato per gli anziani di almeno 75 anni. Il differenziale ha raggiunto il suo picco massimo nel 2019 (prima della pandemia di Covid-19), con gli under-15 in crescita del 34% sul 2000 e gli over-75 del 15%. Successivamente, si è assistito a un progressivo decremento per la popo-

lazione più giovane e a una quasi assoluta stabilità per quella anziana (fig. 2.4). L'andamento della popolazione giovanile sembra ricalcare quello della popolazione straniera, esaminata nei prossimi paragrafi, con un forte incremento proprio a partire dalla fine della prima decade degli anni Duemila e poi un appiattimento della curva dalla pandemia in avanti.

Tab. 2.2 Popolazione residente di 75 anni e oltre e popolazione residente di 0-14 anni, comune di Bologna, anni 2000-2025 (dati al 1° gennaio di ciascun anno), numeri indice a base fissa (2000 = 100)

	Popolazione residente di 0-14 anni		Popolazione residente di 75 anni e oltre	
	v.a.	N. indice (2000=100)	v.a.	N. indice (2000=100)
2000	34.534	100	48.524	100
2001	35.374	102	49.571	102
2002	36.007	104	50.460	104
2003	36.519	106	51.131	105
2004	37.048	107	51.500	106
2005	37.708	109	52.171	108
2006	38.227	111	52.948	109
2007	38.557	112	53.430	110

2008	38.992	113	53.552	110
2009	39.858	115	53.749	111
2010	40.853	118	53.918	111
2011	41.913	121	54.273	112
2012	42.853	124	54.436	112
2013	43.606	126	54.574	112
2014	44.253	128	55.254	114
2015	45.089	131	55.985	115
2016	45.464	132	56.285	116
2017	45.889	133	56.404	116
2018	46.017	133	56.165	116
2019	46.193	134	55.918	115
2020	45.960	133	55.494	114
2021	45.549	132	54.185	112
2022	45.230	131	54.679	113
2023	44.341	128	54.761	113

2024	43.781	127	54.965	113
2025	43.117	125	54.815	113

Fonte: Elaborazioni su dati Statistica self-service della Regione Emilia-Romagna.

2.3.2 Denatalità

Un altro fenomeno demografico di enorme rilevanza è la diminuzione delle nascite: la denatalità. Il calo della natalità rappresenta un fenomeno complesso e multidimensionale, determinato dall'intreccio di fattori economici, sociali, culturali e demografici. La decisione di avere figli, infatti, è influenzata non solo da condizioni materiali, ma anche da valori, aspettative e opportunità offerte dal contesto di vita.

Dal punto di vista economico e lavorativo, la diffusione di forme di occupazione precarie, i salari stagnanti e l'elevato costo della vita incidono negativamente sulla possibilità di pianificare un progetto familiare stabile. La difficoltà di accesso alla casa, l'insufficienza dei servizi per l'infanzia e la scarsa efficacia delle politiche di conciliazione tra vita lavorativa e familiare rappresentano ulteriori ostacoli alla scelta di diventare genitori, soprattutto per le donne.

Le cause culturali e valoriali rimandano invece ai mutamenti delle rappresentazioni sociali della famiglia e della genitorialità. Nelle società contemporanee si osserva un crescente orientamento verso l'autorealizzazione individuale e la flessibilità dei percorsi di vita. La scelta di avere figli non è più percepita come un passaggio obbligato, ma come un'opzione tra le molte possibili forme di realizzazione personale. La secolarizzazione e la progressiva riduzione del peso delle norme sociali e religiose contribuiscono a rende-

re la genitorialità una decisione privata, spesso rinviata o rifiutata.

Dal punto di vista demografico, l'invecchiamento della popolazione e la riduzione del numero di persone in età fertile generano un effetto strutturale di diminuzione delle nascite. Inoltre, l'età media al primo figlio tende ad aumentare, riducendo la probabilità complessiva di avere più figli. In Italia, come in molti altri paesi europei, la fecondità si mantiene da decenni al di sotto della soglia di sostituzione generazionale.

Infine, non vanno trascurati gli aspetti sociali e istituzionali. La percezione di incertezza rispetto al futuro, le difficoltà di accesso ai servizi e la debolezza delle politiche di sostegno alla famiglia concorrono a rendere più rischiosa la scelta di avere figli. A ciò si aggiunge la perdita di capitale demografico dovuta ai flussi migratori in uscita, che coinvolgono in larga misura giovani in età fertile.

Con riferimento al contesto territoriale qui esaminato, il comune e l'area metropolitana di Bologna, così come l'intera Emilia-Romagna e l'Italia, si registra un calo continuo e significativo delle nascite. Se si procede al confronto fra il 2024 e il periodo pre-pandemia da Covid-19 (2019), si osserva che le nascite nel comune di Bologna sono diminuite del 13,2%, corrispondenti a quasi 400 nascite in meno su base annuale. Tale flessione risulta più marcata di quella registrata nello stesso periodo a livello di città metropolitana (-8,1% di nati nel 2024 rispetto al 2019), di regione Emilia-Romagna (-9,5%) e anche dell'Italia (-12,0%). Se si prende in esame il periodo fra il 2010 e il 2024, il decremento delle nascite risulta ancora più evidente: per il comune di Bologna si tratta di un calo di oltre 550 nascite sulle 3.120 circa che si registravano nel 2010, con una flessione dunque del 17,8%, seppur sensibilmente inferiore a quella osservata nella città metropolitana (-24,9%), in Emilia-Romagna (-33,0%) e a livello medio nazionale (-34,2%, corrispondente a oltre 192mila nascite in meno) (tab. 2.3)¹⁶.

16. Nelle prossime pagine, si riprenderà il tema delle nascite distinguendo le dinamiche relative alla componente straniera e alla componente italiana della popolazione residente.

Tab. 2.3 – *N. nati vivi, anni 2010, 2014, 2019-2024 e variazione relativa percentuale fra 2019-2024 e 2010-2024*

	2010	2014	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Var. % 2019-24	Variaz. % 2010-24
Comune di Bologna	3.124	3.296	2.957	2.962	2.952	2.729	2.609	2.568	-13,2	-17,8
Città metropolitana BO	8.739	8.267	7.143	6.956	6.958	6.829	6.523	6.563	-8,1	-24,9
Emilia-Romagna	41.817	36.668	30.922	29.781	29.836	29.569	28.568	28.003	-9,4	-33,0
Italia	561.944	502.596	420.170	404.104	399.400	392.598	379.890	369.922	-12,0	-34,2

Fonte: Elaborazioni su dati Istat.

A proposito della denatalità, si ricorda che solo nell’ultimo anno, l’Italia ha registrato una diminuzione della popolazione residente di quasi 180mila individui, continuando una tendenza che perdura da numerosi anni. Le nascite, a livello nazionale, si sono attestate sotto le 380mila, segnando il dato più basso degli ultimi sette secoli (si consideri che fino al 2020 erano sempre state più di 400mila all’anno). Questo avviene nonostante i flussi migratori dall’estero, che, sebbene in rallentamento, continuano a mitigare significativamente queste tendenze (Rosina e Impicciatore 2023).

Il cosiddetto “inverno demografico” in Italia presenta implicazioni che è opportuno non ignorare. I principali problemi riguardano la sostenibilità del sistema di welfare e le sfide nell’assistenza agli anziani, aggravati da un aumento dei beneficiari di prestazioni medico-sanitarie, assistenziali e pensionistiche. Questo scenario si accompagna a difficoltà nel rinnovamento della forza lavoro. Ma le ricadute non si limitano solo a questi aspetti. A lungo termine, l’invecchiamento della popolazione e la denatalità influenzano anche l’economia e il mercato del lavoro. Con la diminuzione delle fasce più giovani della popolazione, la capacità di rinnovare le competenze tramite la formazione iniziale si riduce. Di conseguenza, diventa più difficile rispondere rapidamente alle nuove esigenze di competenze, specialmente in un conte-

sto di rapida innovazione digitale. Inoltre, la mobilità lavorativa è influenzata dall'età e dai carichi familiari, per cui una forza lavoro sempre meno giovane, meno disposta a spostarsi, rende più complesso il matching tra domanda e offerta di lavoro (Molina 2022). Altro elemento tra i tanti: questo cambiamento demografico comporterà inevitabilmente la riduzione del numero di classi e istituti scolastici, con impatti diretti sull'occupazione e sui redditi delle famiglie.

Non va poi dimenticato che con meno nascite si riduce la numerosità di quelle che in futuro saranno donne in età fertile, con un fenomeno che dunque finisce con l'auto-alimentarsi in un rapporto di causalità circolare di segno negativo. Perché va ricordato che il decremento delle nascite degli ultimi anni dipende innanzitutto da un fattore strutturale: in Italia le donne in età riproduttiva, convenzionalmente compresa fra i 15 e i 49 anni, sono meno numerose che in passato (Istat 2024). In particolare, sono le donne italiane in età riproduttiva a essere sempre meno numerose: da un lato, le cosiddette baby-boomer – donne nate tra la seconda metà degli anni Sessanta e la prima metà dei Settanta – sono uscite o stanno uscendo dalla fase riproduttiva; dall'altro lato, le generazioni più giovani sono sempre più ridotte, per effetto principalmente del cosiddetto baby-bust, con cui si indica la fase di forte calo della fecondità del ventennio 1976-1995, che ha portato al minimo storico di 1,19 figli per donna nel 1995 e i cui effetti, in termini di struttura e consistenza della popolazione, si possono tuttora osservare.

A ciò si è poi aggiunto il clima di incertezza e sfiducia verso il futuro che dalla crisi economica del 2008 attanaglia le giovani generazioni e che la pandemia da Covid-19 ha necessariamente acuito. L'impatto della pandemia da Covid-19 è stato sicuramente negativo sui progetti riproduttivi delle giovani coppie. Infatti, come sottolineano Rosina e Caltabiano (2021), con l'allungarsi dei tempi della pandemia e delle misure restrittive, hanno pesato sempre di più la crescente incertezza e la percezione dell'aggravarsi della crisi, le

difficoltà della convivenza e dell'organizzazione domestica, le ricadute sul lavoro e dunque sui redditi di tante famiglie.

Si deve poi ricordare la riduzione del contributo alla natalità della componente straniera della popolazione, su cui ci si soffermerà nel prossimo paragrafo.

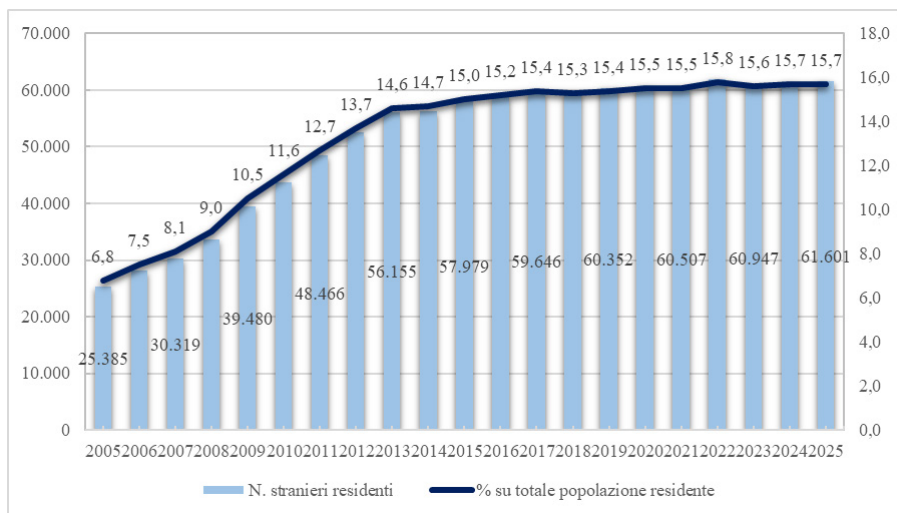
2.3.3 Immigrazione

Il fenomeno immigratorio, iniziato a partire dai primi anni '70 e intensificatosi all'inizio degli anni Duemila, ha avuto e ancora oggi ha importanti ripercussioni sull'assetto economico, sociale e culturale della società italiana. Inoltre, considerato che i cittadini stranieri rappresentano ormai una porzione rilevante e stabile della popolazione residente in Italia e nel territorio bolognese, essi stessi sono determinanti per le dinamiche e i fenomeni al centro di questo studio.

I cittadini stranieri residenti nel comune di Bologna al 1° gennaio 2025 sono 61.601, pari al 15,7% della popolazione complessiva, dato decisamente più alto di quello medio provinciale (12,6%), a conferma di una tendenza osservata in tutte le province emiliano-romagnole, ossia la propensione da parte della popolazione straniera a risiedere maggiormente nei comuni capoluogo, che pertanto presentano sistematicamente un'incidenza più alta rispetto al resto della provincia.

Fra i comuni capoluogo dell'Emilia-Romagna, Bologna si attesta al quarto posto per incidenza della popolazione straniera residente, preceduta da Piacenza (19,4%), Parma (18,0%) e Reggio Emilia (16,7%). Si ricorda che il dato medio regionale è al 1° gennaio 2025 attestato a 12,9% e quello medio nazionale supera appena il 9%.

Fig. 2.5 Popolazione residente straniera e incidenza percentuale sul totale dei residenti nel comune di Bologna. Anni 2003-2025 (dati al 1° gennaio)



In linea con la tendenza osservata a livello regionale, il comune di Bologna ha registrato quest'anno un lieve aumento della popolazione straniera residente, seppur in termini relativi si confermi l'incidenza del 15,7%. Questo incremento, sommato a quello dell'anno precedente, compensa però solo parzialmente la flessione registrata nel 2023, per cui il dato più alto dell'intera serie storica, presentata in fig. 2.5, rimane il 2022, seguito dal 2025.

La lettura di medio periodo consente di rilevare che, venti anni fa, al 1° gennaio 2005, i cittadini stranieri residenti nel comune di Bologna erano meno di 25.400 e costituivano il 6,8% della popolazione residente provinciale; nel 2009 erano quasi 40mila e rappresentavano oltre il 10% della popolazione residente complessiva. Già l'anno successivo si superava la soglia dell'11% e quello ancora seguente quella del 12%. Il numero degli stranieri residenti

nel comune di Bologna è più che raddoppiato in venti anni, con un incremento del 143%.

Per quanto riguarda il paese di cittadinanza degli stranieri residenti, in linea con quanto si rileva a livello regionale e nazionale, sono i cittadini rumeni a costituire la comunità più numerosa (quasi 9.400 persone, pari al 15,9% del totale degli stranieri residenti in città), seppur sotto-rappresentati rispetto al peso relativo che hanno a livello metropolitano (21,7%), regionale (17,0%) e nazionale (20,4%). Mentre a livello regionale seguono marocchini e albanesi (invertiti in graduatoria a livello nazionale), per il comune di Bologna il secondo posto è occupato dai cittadini del Bangladesh (8,2%), seguiti da quelli di Filippine (7,8%), Pakistan (7,6%) e Cina (6,9%). La tab. 2.4 consente di cogliere alcune specificità del comune di Bologna, come il maggior peso percentuale dei cittadini del Bangladesh, al secondo posto con l'8,2% del totale degli stranieri residenti nel comune di Bologna, a fronte del 4,8% metropolitano, del 2,3% regionale e del 3,7% a livello italiano.

Stesse osservazioni si possono presentare a proposito della comunità filippina, che a livello comunale si attesta al terzo posto raccogliendo il 7,8% del totale degli stranieri residenti a Bologna, a fronte del 4,6% che fa registrare a livello di Città metropolitana, del 2,5% dell'Emilia-Romagna e del 3,0% medio nazionale.

Tab. 2.4 *Cittadini stranieri residenti nel comune di Bologna, nella Città metropolitana di Bologna, in Emilia-Romagna e in Italia, primi 10 paesi in ordine decrescente per il comune di Bologna, 1° gennaio 2025*

	Comune di Bologna		Città metropolitana di Bologna		Emilia-Romagna		Italia	
	v.a.	% su totale stranieri residenti	v.a.	% su totale stranieri residenti	v.a.	% su totale stranieri residenti	v.a.	% su totale stranieri residenti
Romania	9.388	15,9	26.730	21,7	95.570	17,0	1.073.196	20,4
Bangladesh	4.842	8,2	5.957	4,8	12.944	2,3	192.678	3,7
Filippine	4.617	7,8	5.652	4,6	14.073	2,5	156.642	3,0
Pakistan	4.457	7,6	9.136	7,4	27.999	5,0	159.332	3,0
Cina	4.042	6,9	6.570	5,3	29.221	5,2	308.984	5,9
Ucraina	3.928	6,7	7.755	6,3	37.657	6,7	273.484	5,2
Marocco	2.976	5,0	11.010	8,9	57.398	10,2	412.346	7,8
Moldova	2.668	4,5	5.298	4,3	22.922	4,1	102.667	2,0
Albania	2.593	4,4	8.134	6,6	56.944	10,2	416.229	7,9
Perù	1.460	2,5	1.878	1,5	4.338	0,8	105.265	2,0

Fonte:Elaborazioni su dati Istat.

Per quanto riguarda le caratteristiche della popolazione straniera residente, innanzitutto, rispetto al genere, si conferma, in linea con il livello regionale e nazionale, una prevalenza femminile: le donne straniere residenti nel comune di Bologna costituiscono infatti il 52,1% del totale degli stranieri residenti, sebbene un'analisi disarticolata per cittadinanza mostri differenze di rilievo rispetto alla composizione di genere. Le donne straniere, infatti, sono maggioranza assoluta soprattutto se proveniente dai paesi dell'Europa centro-orientale, per Bologna soprattutto: Romania (58,4%), Moldova (68,4%), Ucraina (79,5%), Polonia (77,6%) e Federazione russa (78,7%). Al contrario, le comunità provenienti dall'Africa centro-meridionale e dal Sud-Est asiatico mostrano una marcata predominanza maschile.

Si deve inoltre ricordare la differente struttura anagrafica – decisamente più giovane – della componente straniera della popolazione rispetto a quella italiana. Basti al riguardo evidenziare che gli stranieri residenti nel comune di Bologna hanno un'età media di 38 anni – 35 se si considerano i soli uo-

mini, 40,7 per le sole donne – mentre quella degli italiani è superiore a 48. Difatti, nelle prime due fasce di età di tab. 2.5, ossia fino ai 24 anni, si colloca oltre un quarto (25,6%) dei residenti con cittadinanza straniera e meno del 19% di quelli con cittadinanza italiana. Specularmente, nelle fasce di età dai 65 anni in su si colloca il 7,2% dei cittadini stranieri residenti e il 27,6% degli italiani residenti.

Si può di conseguenza evidenziare che, al 1° gennaio 2025, il 20,4% dei residenti nel comune di Bologna di 0-14 anni è costituito da cittadini stranieri (non necessariamente nati all'estero). La componente straniera della popolazione presenta un'incidenza elevata anche nelle fasce d'età 15-24 anni (18,8%), 25-34 anni (22,4%) e 35-44 (22,7%) (tab. 2.5). Tale incidenza diminuisce significativamente a partire dai 45 anni (17,0% per i 45-54enni e 12,1% per i 55-64enni), attestandosi al 4,5% tra gli ultra-64enni, pur in progressivo aumento negli ultimi anni.

Tab. 2.5 *Cittadini stranieri residenti nel Comune di Bologna per età, valori assoluti e incidenza percentuale su totale popolazione residente della stessa età, al 1° gennaio 2025*

	Cittadini stranieri		Cittadini italiani		% cittadini stranieri su totale popolazione totale della stessa classe di età
	v.a.	%	v.a.	%	
0-14	8.896	15,0	34.804	10,5	20,4
15-24	6.313	10,6	27.309	8,2	18,8
25-34	11.185	18,8	38.750	11,7	22,4
35-44	12.147	20,4	41.418	12,5	22,7
45-54	9.883	16,6	48.328	14,6	17,0
55-64	6.752	11,4	48.975	14,9	12,1
65-74	3.362	5,6	37.854	11,4	8,2
75 e oltre	973	1,6	53.785	16,2	1,8
Totale	59.511	100,0	331.223	100,0	

Fonte: Elaborazioni su dati Istat.

Fonte: Elaborazioni su dati Istat.

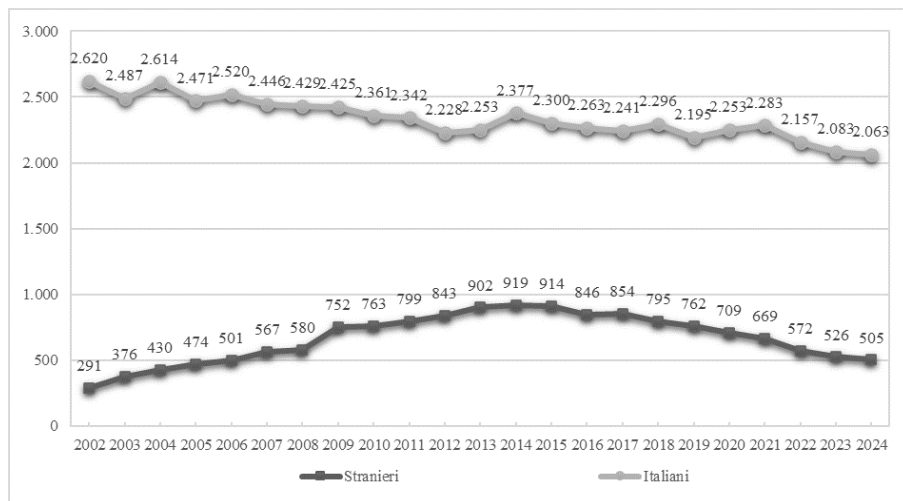
Con riferimento all'età, si deve inoltre sottolineare che i minori stranieri residenti nel comune di Bologna al 1° gennaio 2025 sono oltre 10.530, pari al 19,8% del totale dei minori residenti, praticamente uno su cinque. Va poi aggiunto che i minori stranieri costituiscono il 17,7% del totale degli stranieri residenti, a rimarcare la struttura anagrafica decisamente più giovane degli stranieri (si consideri che fra i residenti di cittadinanza italiana l'incidenza dei minori è inferiore al 13%). Si deve al riguardo ricordare che la netta maggioranza dei minori stranieri residenti (in particolare all'abbassarsi della fascia di età¹⁷) a Bologna così come nel resto del territorio emiliano-romagnolo è nata in Italia.

Se questi sono i dati di stock relativi alla popolazione straniera residente sul territorio, è altrettanto interessante considerare i dati di flusso, relativi alle nascite registrate nel corso di un anno: nel 2024 sono nati nel comune di Bologna 505 bambini stranieri (il 40% circa dei 1.248 bambini stranieri nati nell'area metropolitana). Si tratta del 19,7% del totale dei nati nel capoluogo, dato più alto di quello registrato a livello provinciale (19,0%), ma inferiore a quello regionale (21,7%), seppur decisamente superiore a quello medio nazionale (13,5%).

Se si prende in esame la serie storica offerta dalla fig. 2.6, si nota chiaramente una tendenza alla diminuzione delle nascite di bambini italiani nel tempo. Se fino al 2009 nel comune di Bologna il numero di nascite di bambini italiani si è mantenuto costantemente sopra le 2.400 unità all'anno, superando in alcuni anni anche le 2.600, dal 2016 si è osservato un costante declino, con le nascite che non hanno più raggiunto nemmeno le 2.300 unità. I dati più recenti, relativi al 2023 e 2024, mostrano un ulteriore calo, scendendo sotto le 2.100 nascite, il punto più basso mai registrato.

17. Cfr. Regione Emilia-Romagna, *Cittadini stranieri in Emilia-Romagna. Residenti e dinamiche demografiche. Anno 2024, 2025.*

Fig. 2.6 N. bambini italiani e stranieri nati nel comune di Bologna, anni 2002-2024



Fonte:Elaborazioni su dati Istat.

Parallelamente al calo delle nascite italiane, nei circa vent'anni analizzati in fig. 2.6 si è rilevato un marcato aumento delle nascite di bambini stranieri, passate da 291 a 505 unità (+73,5%). Tuttavia, è importante sottolineare che anche per quanto riguarda i nati stranieri si registra da un decennio una tendenza al ribasso. Infatti, il picco di nascite di bambini stranieri nel comune di Bologna si è osservato nel 2014, con 919 unità. Rispetto a questo valore, nel 2024 si è registrato un decremento del 45%, quasi un dimezzamento, con 505 nascite di bambini stranieri (fig. 2.6).

Questo andamento si spiega, almeno parzialmente, facendo riferimento alle caratteristiche dei flussi migratori degli ultimi decenni. Le ampie regolarizzazioni del 2002 hanno portato, negli anni immediatamente successivi, al rilascio di circa 650mila permessi di soggiorno, in larga misura tradottisi in un boom di iscrizioni anagrafiche dall'estero. Le cittadine straniere che han-

no fatto il loro ingresso in Italia in quegli anni – o la cui presenza è emersa in quegli anni per effetto delle regolarizzazioni – hanno realizzato una parte considerevole dei loro progetti riproduttivi in Italia nel decennio successivo, con ciò contribuendo in modo sostanziale all’aumento delle nascite e della fecondità del periodo. Tuttavia, quella spinta demografica si sta gradualmente attenuando, poiché le cittadine straniere residenti in Italia stanno a loro volta invecchiando e superando l’età fertile. L’Istat aggiunge che la diminuzione delle nascite da genitori stranieri potrebbe essere parzialmente attribuita a un cambiamento nella composizione per nazionalità degli stranieri residenti in Italia. Si osserva un peso crescente di comunità caratterizzate da una maggiore partecipazione femminile al lavoro e da livelli di fecondità inferiori. Questo sembrerebbe essere il caso delle donne provenienti da Ucraina, Moldavia, Filippine, Ecuador e Perù¹⁸.

2.3.4 La centralità della questione abitativa

Nella città metropolitana di Bologna la domanda di alloggi continua a crescere in modo sostenuto. Questo avviene in un contesto caratterizzato da alti tassi di interesse sui mutui, da un divario crescente tra il costo della vita e i livelli salariali, e da un incremento della popolazione residente, degli studenti, del turismo e dell’utilizzo delle piattaforme per affitti brevi. Di conseguenza, un numero sempre maggiore di nuclei familiari è alla ricerca di soluzioni abitative in affitto a prezzi accessibili (in un contesto in cui il prezzo medio per metro quadro continua ad aumentare: +4,59% rispetto all’anno precedente, raggiungendo i 17,09€ al mese, cfr. Immobiliare.it).

18. Il numero consistente di acquisizioni di cittadinanza italiana registrato nella seconda decade degli anni Duemila rende poi sempre più complesso studiare i comportamenti riproduttivi e familiari dei cittadini di origine straniera, dal momento che, sottolinea Istat, si riscontra un cospicuo numero di acquisizioni di cittadinanza proprio da parte di quelle comunità che contribuiscono in modo consistente alla natalità della popolazione residente.

In questo scenario si conferma l'esistenza di una "fascia grigia", composta da famiglie con redditi intermedi (fino a 35.000 euro di ISEE), che si trova in difficoltà ad accedere sia al mercato privato sia alle soluzioni dell'Edilizia Residenziale Pubblica (ERP), la quale nel Comune di Bologna conta circa 11.000 alloggi (ORSA 2024). L'ERS (Edilizia Residenziale Sociale) guarda proprio alla cosiddetta «fascia grigia», ovvero a quegli individui con una capacità economica limitata, tra cui rientrano sovente, a titolo esemplificativo, giovani adulti, studenti fuori sede, residenti stranieri, anziani, persone separate (Regione Emilia-Romagna 2024). Guardando alla presenza complessiva di ERS, sono 1.160 gli alloggi localizzati nel Comune di Bologna (il 61% di quelli presenti nella Città metropolitana). Di questi, 1.089 risultano in locazione (791 di proprietà ACER; 530, di cui 232 temporaneamente destinati alla transizione abitativa, di proprietà del Comune).

La città di Bologna costituisce poi un contesto emblematico del più ampio processo di attrazione di popolazioni temporanee, in particolare turisti e studenti. Nonostante differenze in termini di motivazioni e durata della permanenza, questi gruppi condividono alcune caratteristiche: sono mediamente più giovani della popolazione residente, altamente visibili nelle dinamiche urbane e mostrano modelli abitativi e di mobilità simili. Nel 2024 Bologna ha registrato oltre 1,7 milioni di arrivi e circa 4 milioni di presenze turistiche (Città Metropolitana di Bologna, 2025), con un incremento del 20% rispetto al 2019. Questa crescente attrattività è confermata dalla rapida espansione degli affitti brevi su piattaforme come Airbnb. Negli ultimi dieci anni, il numero di annunci in città è più che quadruplicato, passando da 1.095 nel 2015 a 4.408 nel 2025 (Inside Airbnb 2025). Questa offerta si concentra prevalentemente nel centro storico, che – nonostante la sua limitata estensione spaziale – ospita il 56,3% di tutte le unità in affitto breve presenti sulla piattaforma. Inoltre, tale offerta è sempre più composta da intere unità abitative (passate dal 54% nel 2015 al 79,9% nel 2025), il che, da un lato,

mette in discussione la narrazione virtuosa dell'economia della condivisione spesso invocata per giustificare tali dinamiche, e, dall'altro, trasforma profondamente il mercato degli affitti tradizionali.

Al tempo stesso, la città continua ad attrarre significativamente la popolazione studentesca, sia per le opportunità formative offerte, sia per l'ampia disponibilità di servizi ricreativi e culturali. Limitando l'osservazione ai corsi di laurea con sede a Bologna e provincia, si registra un costante incremento delle iscrizioni: da 58.573 studenti iscritti nell'a.a. 2013/14 a 65.395 nel 2022/23 (ANS, 2024). Mentre il numero di studenti locali è diminuito (da 15.248 nel 2010/11 a 13.151 nel 2022/23, pari a -13,8%), è aumentato in modo significativo quello degli studenti internazionali (9.826) e di quelli provenienti da altre regioni italiane (da 26.528 nel 2010/11 a 32.170 nel 2022/23, +21,5%).

Questa tendenza richiede però un attento monitoraggio, poiché i dati più recenti sulle immatricolazioni per l'a.a. 2024/25 evidenziano una diminuzione degli studenti provenienti dal Sud Italia (-8,7%), presumibilmente a causa dell'aumento del costo della vita e dei canoni di locazione in tutte le principali città universitarie del Nord (Università di Bologna, 2025). Tale calo è compensato da un aumento del 23,1% degli studenti internazionali rispetto all'anno precedente. La forte incidenza degli studenti fuori sede costituisce quindi un elemento distintivo che rende Bologna un caso di studio interessante. L'aumento della popolazione studentesca fuorisede non è tuttavia stato accompagnato da un corrispondente incremento dell'offerta abitativa per studenti in città. Paradossalmente, l'offerta sembra essersi ridotta, a causa del già menzionato aumento del turismo. Quest'ultimo ha determinato una crescita della domanda – e conseguentemente dell'offerta – di alloggi a breve termine. Negli ultimi anni, un numero crescente di appartamenti è stato sottratto al mercato degli affitti a lungo termine per essere destinato all'accoglienza turistica, in particolare tramite la piattaforma

Airbnb. Secondo quest'ultima, circa 1.700 immobili sono oggi destinati al mercato turistico, mentre Gentili et al. (2018) stimavano che circa 2.000 appartamenti fossero già stati assorbiti dagli affitti brevi, con un potenziale di ulteriore crescita. L'effetto combinato di questi due processi ha prodotto una situazione in cui sia i servizi pubblici offerti da ER.GO (28 residenze studentesche con circa 1.900 posti letto), sia quelli privati (16 strutture con circa 2.200 posti) costituiscono solo soluzioni parziali, rivolte a segmenti specifici della popolazione studentesca. Le residenze pubbliche sono riservate a studenti con determinati requisiti di reddito – e hanno una disponibilità limitata – mentre quelle private, non soggette a vincoli di regolazione dei canoni, rappresentano soluzioni sempre più esclusive, con affitti mensili per stanze singole che superano i 1.000 euro (Gainsforth 2022). Data l'attuale scarsità di posti letto a fronte di una popolazione studentesca in crescita, sono previste nei prossimi anni nuove strutture residenziali – pubbliche e private. Le nuove residenze pubbliche, generalmente più piccole e distribuite nel territorio urbano, offriranno circa 740 posti, mentre le nuove residenze private ne garantiranno oltre 2.100, con una tendenza alla concentrazione che alimenta i timori legati ai rischi di studentificazione di determinate zone. Nel corso degli ultimi anni sono diversi i provvedimenti attuati dall'amministrazione rispetto al macrotema dell'abitare. Su tutti, si cita il Piano per l'Abitare: tramite un investimento straordinario di 200 milioni di euro, il Piano punta a realizzare 10.000 alloggi in un decennio grazie a interventi pubblici e privati. Il Piano è articolato in cinque strategie:

- Tre grandi poli (Bertalia-Lazzaretto; Ex scalo Ravone; Ex caserma Stamoto) per una nuova idea di abitare
- Nuove forme di abitare collaborativo
- Rigenerazione dell'Edilizia Residenziale Pubblica
- Una nuova governance per l'edilizia sociale
- Attrazione e mantenimento dei talenti nazionali e internazionali

2.4 Le conseguenze e l'impatto sul sistema di welfare

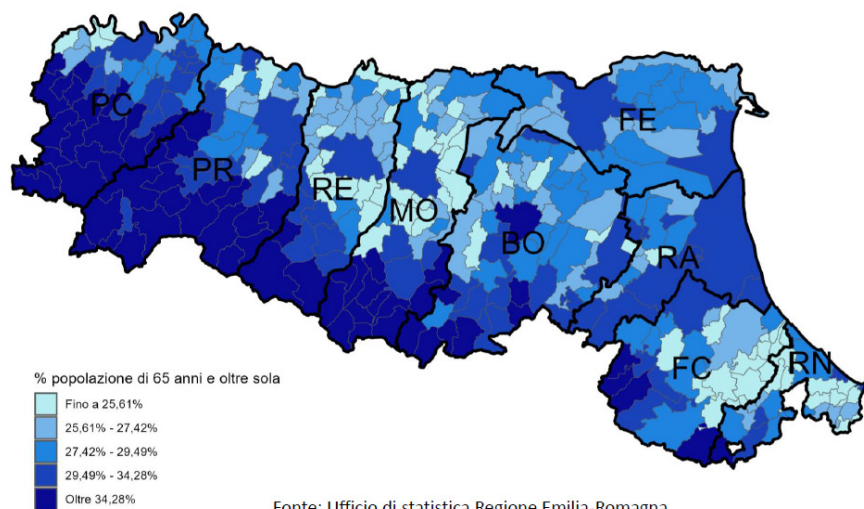
A proposito dell'invecchiamento della popolazione, già in precedenza richiamato, se da una parte si deve ricordare che ciò è determinato anche dall'allungamento della vita degli individui – importante risultato della società moderna – dall'altra parte occorre soffermarsi sulle condizioni di vita degli anziani e dei grandi anziani. Analizzare l'invecchiamento significa considerare due dimensioni preminenti: una antropologica e una relativa al benessere (Moruzzi e Bassi 2021). La dimensione antropologica si concentra sulla ridefinizione delle prospettive di vita nella senescenza, che non possono essere circoscritte a una mera “attesa della morte” focalizzata sulla cura del corpo. Si deve poi considerare la dimensione del benessere, dello “stare bene”, perché la vecchiaia non sia vivere male, in solitudine, con malattie croniche e invalidanti.

Al riguardo, si ricorda che in Italia, passata la fase pandemica da Covid-19, l'aspettativa di vita alla nascita ha ripreso la tendenza alla crescita. I dati più recenti forniti da Istat indicano per il 2024 un nuovo massimo storico di 81,4 anni per gli uomini, mentre per le donne il valore si attesta a 85,5 anni (Istat 2025). Tuttavia, questa positiva progressione dell'aspettativa di vita si accompagna a una preoccupante contrazione degli anni vissuti in buona salute. Si osserva infatti una diminuzione a 59,8 anni per gli uomini e a 56,6 anni per le donne, evidenziando un arretramento complessivo di 1,3 anni nell'arco di un solo anno. Tale tendenza suggerisce che gli individui trascorreranno un periodo sempre più lungo della loro esistenza in condizioni di salute precarie: si stimano 28,9 anni per le donne e 24,6 anni per gli uomini in cattiva salute.

La problematica non si limita alla sola dimensione sanitaria legata allo sviluppo di patologie, ma anche alla dimensione sociale e relazionale. Le proiezioni dell'Istat indicano che, entro i prossimi vent'anni, circa il 40% degli ultra-sessantacinquenni vivrà in condizioni di solitudine.

Anche gli studi condotti dal Comune di Bologna nel 2017, e aggiornati nel 2022, sul tema della vulnerabilità e quelli condotti dalla Regione Emilia-Romagna (2025) sul tema della fragilità fanno riferimento anche all'incidenza della popolazione grande anziana e degli anziani che vivono soli. Entrambi gli studi considerano fra gli indicatori, oltre alla quota percentuale di ultra-ottantenni sul totale della popolazione residente (indicatore di potenziale fragilità demografica), anche l'incidenza percentuale della popolazione residente di 65 anni e oltre in famiglie unipersonali sul totale della popolazione residente di 65 anni e oltre (indicatore di fragilità sociale). I dati più aggiornati sono quelli forniti dalla Regione Emilia-Romagna, riferiti al 31 dicembre 2023.

Fig. 2.7 *Percentuale di popolazione di 65 anni e oltre che viveva sola al 31.12.2023, per comuni dell'Emilia-Romagna*



Al 31 dicembre 2023, in regione Emilia-Romagna, la popolazione di 65 anni e oltre che viveva sola ammontava a oltre 330.000 unità, pari al 29,9% della popolazione residente di 65 anni e oltre.

Come si può evincere dalla fig. 2.7, i valori più elevati, prossimi o superiori al 35% si registrano nei comuni appenninici, in particolare in quelli delle province centro-occidentali della regione, e nei comuni di maggiore dimensione demografica quali i capoluoghi di provincia, tra cui anche Bologna, che si colloca al 37,6%. Gli altri comuni dell'area metropolitana che superano il 34,2% e si collocano dunque nella classe più alta sono Camugnano, Castel d'Aiano, Castel di Casio, Lizzano in Belvedere (con il dato più alto, 43,6%), Loiano, Monghidoro e Alto Reno Terme: tutte realtà della montagna.

I dati relativi al comune di Bologna, aggiornati al 31 dicembre 2015 (fig. 2.8), mostrano una maggiore criticità da questo punto di vista per alcune zone del centro, in particolare zona Irnerio, Galvani, per la Bolognina, per la Cirenaica e anche per alcune zone del quartiere Porto-Saragozza (zona Via XXI Aprile) e di Bologna Est (zona Via Dagnini) (fig. 2.8).

Se si prendono in esame i dati aggiornati al 31 dicembre 2021 (fig. 2.9), le aree più critiche rispetto a questo indicatore risultano le medesime sopra citate, con un'estensione ad alcune aree Est della città, come le zone del Bitone, Pontevicchio, Chiesanuova; verso Nord, la zona Arcoveggio e a Ovest la zona di Via Vittorio Veneto e limitrofe.

Fig. 2.8 Percentuale di popolazione di 65 anni e oltre che viveva sola al 31.12.2015 nel comune di Bologna

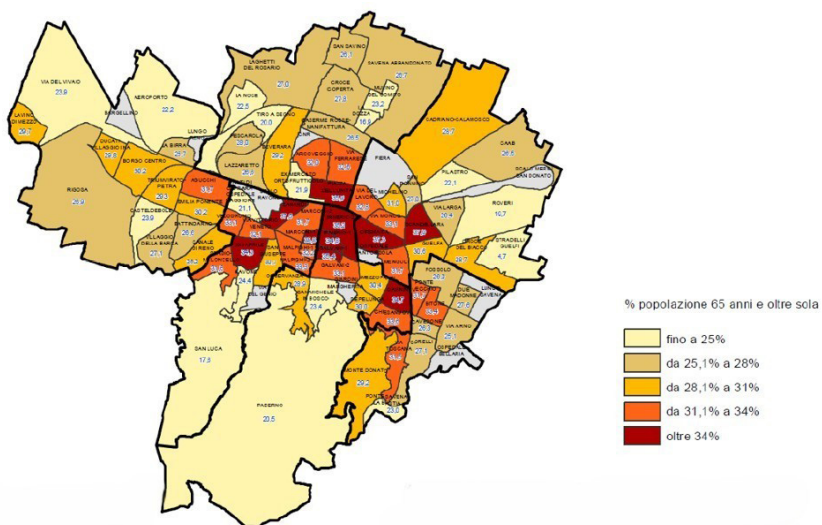
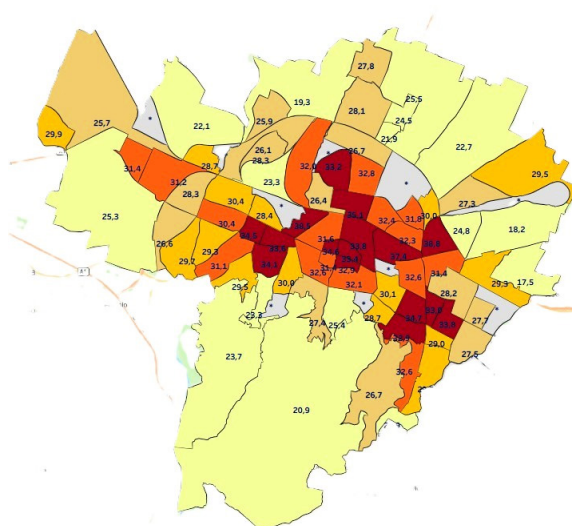
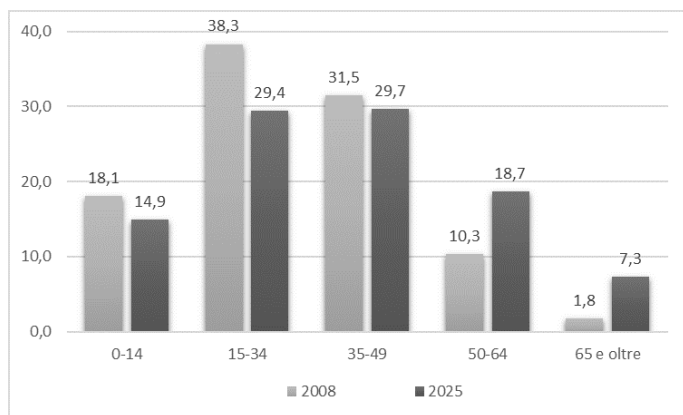


Fig. 2.9 Percentuale di popolazione di 65 anni e oltre che viveva sola al 31.12.2021 nel comune di Bologna



L'invecchiamento della popolazione costituisce un'importante sfida per la sostenibilità del welfare e il ruolo dei figli adulti sembra essere cruciale per garantire forme di aiuto nell'ambito dei rapporti intergenerazionali. In un sistema di welfare familistico come quello italiano, il ruolo della famiglia è da sempre cruciale nel sopperire (e talvolta sostituirsi a) l'intervento pubblico. E negli ultimi anni, a seguito di un fenomeno migratorio permanente e di popolamento, l'invecchiamento della popolazione straniera sta diventando un tema altrettanto rilevante. Tale evoluzione demografica si può cogliere facilmente dalla fig. 2.10 e dalla tab. 2.6 che riportano le distribuzioni di frequenza per età degli stranieri residenti nel comune di Bologna al 1° gennaio 2008 e 2025. La quota di cittadini stranieri residenti di almeno 50 anni è più che raddoppiata. Nel 2008, tale fascia di età raccoglieva il 12,1% del totale degli stranieri residenti; nel 2025, questa percentuale è salita drasticamente al 26,0%. In modo speculare, le fasce di età più giovani hanno registrato una netta contrazione. Gli stranieri residenti con meno di 35 anni costituivano il 56,4% del totale nel 2008, mentre nel 2025 tale incidenza è scesa al 44,3%, evidenziando una flessione complessiva di oltre 12 punti percentuali.

Fig. 2.10 *Cittadini stranieri residenti nel Comune di Bologna per età, 2008 e 2025 (dati al 1° gennaio di ciascun anno)*



Tab. 2.6 *Cittadini stranieri residenti nel Comune di Bologna per età, 2008 e 2025*
(dati al 1° gennaio di ciascun anno)

	2008	2025
0-14	18,1	14,9
15-34	38,3	29,4
35-49	31,5	29,7
50-64	10,3	18,7
65 e oltre	1,8	7,3
Totale	100,0	100,0
N	30.013	59.511

Il carattere prettamente familistico del sistema di welfare italiano emerge in una ricerca condotta tramite una survey qualitativa nella provincia di Bologna, tra novembre 2014 e novembre 2015, che aveva l'obiettivo di esplorare *chi*, nella percezione degli intervistati, dovesse dedicarsi all'assistenza dei genitori anziani. I risultati evidenziano come i figli adulti siano prevalentemente indicati come coloro che hanno questa responsabilità. Tuttavia, sono emerse differenze significative tra italiani e stranieri. Gli italiani mostrano generalmente maggiore apertura verso soluzioni di mercato, come l'assunzione di una badante o il ricorso a strutture residenziali per anziani, con l'obiettivo di garantire un sostegno pratico ai genitori e, al contempo, conservare tempo ed energie da dedicare al supporto emotivo, ad esempio trascorrendo con loro momenti di qualità. Tali opzioni sono invece più frequentemente rifiutate dagli stranieri, in particolare da individui di origine maghrebina, per i quali la cura dei genitori anziani è tradizionalmente affidata ai figli adulti e, più specificamente, alla nuora, ricorrendo anche alla pratica della co-residenza (Albertini e Mantovani 2022).

L'approfondimento sottolinea l'importanza di ulteriori ricerche per comprendere meglio le norme che regolano gli obblighi filiali, superando i limiti

dello studio esaminato. Si evidenzia la necessità di analizzare non solo i modelli di supporto effettivi, ma anche le norme di supporto tra i diversi gruppi etnici, adottando un approccio intersezionale (esaminando differenze basate su genere, età e tempo trascorso nel paese di accoglienza) e studiando come gli obblighi filiali cambino nel tempo.

2.5 Una possibile risposta: il welfare culturale e il welfare di comunità

A fronte dell'invecchiamento della popolazione, il Servizio Sanitario Nazionale, già sottoposto a considerevoli pressioni, rischia un potenziale collasso. Le stime della Ragioneria generale dello Stato prevedono che l'incremento numerico e in termini di incidenza sul totale della popolazione degli ultra-ottantenni nei prossimi 45 anni raddoppierà i costi legati a cure e assistenza, assorbendo approssimativamente un terzo dell'intera spesa sanitaria. In una prospettiva meno remota, l'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico (Ocse) ha stimato che l'invecchiamento della popolazione comporterà, già nel 2040, un aumento della spesa sanitaria pari a un punto e mezzo del Pil italiano.

Su questo fronte, il dibattito è tuttora in corso. Si rende sicuramente necessaria la concezione di una "terza età" – che preceda la "quarta età" – nella quale le competenze, le capacità, le aspirazioni e i desideri accumulati nel corso di una vita possano trovare espressione (ad esempio, tramite il conseguimento di titoli di studio desiderati o l'esercizio di competenze professionali, come nel caso dei medici richiamati in servizio durante l'emergenza della pandemia da Covid-19). «Vivere vent'anni di più...ha ben poco senso se la dimensione di questa esistenza è soltanto ricondotta alla cura delle malattie o all'assistenza che integra la progressiva perdita di autosufficienza. È, diversamente, un progetto antropologico di nuova vita, prima sconosciuta,

dove desideri, aspirazioni culturali e sociali, danno nuovo impulso e valore all'esistenza in una dimensione non astratta ma comunitaria» (Manzoli e Paltrinieri 2021, 7).

Il concetto di “star bene” anche per la popolazione anziana, per chi “vive vent’anni di più” rispetto alle generazioni precedenti, implica una riconsiderazione dei servizi erogati. Occorre quindi concentrarsi sul welfare, sulle politiche e i servizi per gli anziani, con al centro tre aspetti che anche da una ricerca condotta a Bologna sono risultati centrali: l’abitazione, la mobilità, la socialità (Rizza e Paraciani 2021), aspetti fra loro legati e a cui possono essere fornite risposte congiunte: una risposta al tema della casa può essere efficace anche per favorire la socialità e via dicendo.

Il modo in cui il welfare tradizionale italiano ha risposto finora all’esigenza di un’assistenza abitativa per gli anziani si è rivelato insufficiente e problematico. Spesso, la soluzione proposta è il ricovero in case di riposo, il che porta a una vera e propria istituzionalizzazione della persona anziana. Questo non solo isola socialmente gli anziani, ma, come si è visto drammaticamente durante la pandemia di Covid-19, può anche mettere a rischio la loro salute e la loro vita.

Anche il welfare mix neoliberista, che propone soluzioni simili ma con un costo maggiore a carico delle famiglie, non risolve questi problemi. Persino i servizi domiciliari, pur essendo importanti, presentano delle lacune. Se da un lato il Comune può fornirli gratuitamente, dall’altro quelli a pagamento sono spesso inaccessibili. Inoltre, se non sono realmente diffusi e accompagnati da opportunità di socializzazione, finiscono per generare, involontariamente, un maggiore isolamento degli anziani nelle loro case. A ciò si aggiunge la conseguente crescente dipendenza dalle c.d. badanti, un fenomeno che solleva significative questioni sociali, psicologiche e lavorative, specialmente per le donne (e negli ultimi anni anche uomini) straniere, spesso provenienti dall’Europa centro-orientale, che svolgono queste attività.

Per superare queste criticità, il welfare di comunità propone un approccio innovativo all'abitare, partendo dalle buone pratiche già sperimentate a livello locale. L'idea di fondo considera l'abitazione non solo come un luogo fisico, ma una realtà che integri diverse forme di socializzazione, sia dirette che mediate dalla tecnologia. Si pensi al co-housing, al portierato sociale, all'e-Care e al Contact-care.

Il co-housing, ad esempio, comprende una varietà di esperienze, sia in Italia che all'estero, tutte volte a promuovere la condivisione e la comunità.

Le esperienze di portierato sociale e persino le social street mirano a combinare l'assistenza a domicilio con la sicurezza e la relazionalità, rafforzando così le reti di supporto esistenti (familiari, amicali, di vicinato, inter-generazionali).

L'e-Care, concetto già sviluppato da Achille Ardigò negli anni Novanta (Ardigò e Mazzoli 1993), si basa su una rete tecnologica disponibile 24 ore su 24 per connettere l'anziano con l'ambiente esterno, rispondendo a ogni sua esigenza di collegamento.

Nel settore sanitario, il Contact-care permette di mantenere un contatto costante e di prendere in carico pazienti fragili, cronici o dimessi dall'ospedale che continuano a vivere e curarsi a casa, anche grazie a soluzioni di telemedicina.

Anche la mobilità richiede soluzioni innovative, specialmente per gli anziani. Oltre a qualificare il trasporto pubblico, semmai rendendolo gratuito o a tariffa agevolata, offrendo anche "buoni" per il taxi, il welfare comunitario dovrebbe sperimentare nuove formule. Ad esempio, car-sharing, car-pooling o altre modalità di utilizzo "personalizzato" e sociale dei mezzi pubblici, come il taxi collettivo o percorsi degli autobus programmati su richiesta.

Per quanto riguarda la socialità (che sarebbe già favorita dalle soluzioni sopra brevemente richiamate per fare fronte al tema abitativo e a quello della mobilità), il welfare tradizionale si è spesso limitato all'animazione, alle vi-

site in casa di riposo o ai centri sociali per anziani. Anche l'idea di voucher per cinema, teatro o vacanze, pur utile, si inserisce ancora nel solco della logica del welfare mix neoliberista. La risposta del welfare comunitario, invece, dovrebbe focalizzarsi sull'attivazione e il rafforzamento delle reti familiari e associative, sfruttando a tal fine anche le nuove tecnologie. Si ricorda al riguardo che oggi gli strumenti digitali di rete sono sempre più diffusi anche tra gli anziani. In particolare, i social network offrono un'opportunità preziosa per costruire comunità e promuovere la solidarietà. Si pensi ad esempio ai "micro-social tematici" o le social street con uno scopo specifico, che combinano incontri online e in presenza.

In queste ultime pagine si è provato a delineare possibili strade e approcci con cui affrontare sfide epocali, come quella dell'invecchiamento demografico. In quest'ottica, il Welfare culturale si configura come un fattore chiave, in grado di svolgere un ruolo di primo piano.

Porre al centro la dimensione culturale significa ribaltare il tradizionale modello del welfare state cosiddetto "a silos" con la sanità, l'assistenza domiciliare, la previdenza tenute distinte e con i bisogni dell'individuo, in particolare quelli di inclusione e affermazione sociale, segmentati secondo una logica meramente burocratica (Manzoli e Paltrinieri 2021).

Il Welfare culturale appare come una via possibile per fornire risposte innovative a bisogni individuali e collettivi, vecchi e nuovi.

Occorre innanzitutto fornire una prima definizione del Welfare culturale, visto come "un nuovo modello integrato di promozione del benessere e della salute degli individui e delle comunità, attraverso pratiche fondate sulle arti visive, performative e sul patrimonio culturale" (Cicerchia 2021, 215). In quest'ottica, è ampiamente riconosciuto che le pratiche artistiche e creative siano strumenti potenti per favorire il benessere soggettivo, la soddisfazione per la vita, la promozione della salute e l'inclusione sociale, contribuendo attivamente alla riduzione delle disuguaglianze. Questi benefici sono ascri-

vibili, in larga parte, alla capacità di tali attività di rafforzare le relazioni e di innescare un processo di potenziamento (empowerment) delle risorse sia a livello individuale che collettivo. I sistemi di welfare non solo devono proteggere e far evolvere le capacità delle fasce più fragili della popolazione, ma al contempo devono sempre più divenire strumenti di coesione sociale, intesa come leva di sviluppo fondamentale nella prospettiva di mettere tutta la popolazione nelle condizioni di esprimere al meglio le proprie capacità, competenze, modalità di espressione personale e professionale (Manzoli e Paltrinieri 2021).

Tale prospettiva implica un approccio articolato al benessere e alla cura, che si traduce nella necessità di stabilire una relazione sistemica di collaborazione tra professionisti provenienti da ambiti disciplinari differenti. È essenziale, altresì, adottare un metodo cooperativo che coinvolga attivamente i settori rilevanti: politiche sociali, salute pubblica, arti e cultura. Questo rappresenta un significativo ribaltamento di prospettiva, poiché il sistema di welfare italiano, tradizionalmente orientato a un modello riparativo, non è concepito come strumento di capacitazione e crescita sociale¹⁹. Di conseguenza, le azioni e gli interventi di welfare non sono ancora pienamente percepiti in Italia come leve di sviluppo sociale, imprenditoriale ed economico.

Un concetto e un approccio ancora più ampio è quello che fa riferimento al welfare di comunità, definito come l'insieme delle azioni (interventi, progetti, norme, policy) che istituzioni, imprese, società civile organizzata e famiglie realizzano per creare un senso condiviso di benessere o di vita buona (Moruzzi e Bassi 2021).

19. Introdotto da Amartya Sen (2000) e Martha Nussbaum (2013), l'approccio delle capacità sostiene che la compito principale di uno Stato sia lo sviluppo del potenziale umano. Ciò si concretizza nell'incentivazione delle capabilities individuali attraverso una serie di pilastri: l'istruzione, il potenziamento della salute fisica, il sostegno alla cura, l'implementazione di un sistema educativo efficiente, la promozione dell'appartenenza e del senso di responsabilità comunitaria, la tutela dell'ambiente e della natura, la garanzia del diritto al lavoro, e la facilitazione dell'accesso e della partecipazione culturale e politica.

Il welfare di comunità mira a costruire e rafforzare il benessere di una specifica comunità locale attraverso la partecipazione attiva dei cittadini, delle organizzazioni del terzo settore, delle istituzioni pubbliche e private. Non si focalizza su un singolo settore (come la cultura), ma su una logica di sistema. Il welfare culturale può essere considerato una componente fondamentale o una strategia specifica all'interno di un più ampio quadro di welfare di comunità. In altre parole, le attività di welfare culturale sono un modo concreto per realizzare gli obiettivi del welfare di comunità, promuovendo il benessere e la coesione attraverso il coinvolgimento culturale. Il welfare di comunità si distingue per alcune caratteristiche essenziali che ne definiscono l'approccio e il funzionamento:

- Natura plurale e collaborativa: il welfare di comunità si configura come un ecosistema composito, animato da una molteplicità di soggetti. È cruciale che ciascuno di essi trascenda logiche autoreferenziali per abbracciare una piena sinergia, orchestrata dall'attore pubblico che assume un ruolo di regia. Questa natura plurale consente di superare le tradizionali dicotomie tra i servizi pubblici (tendenzialmente universali o calibrati sul reddito), privati (a pagamento diretto) e del volontariato (spesso rivolti a fasce vulnerabili). Il welfare di comunità allarga lo spettro degli attori coinvolti – si pensi alla crescente diffusione del welfare aziendale – e consente persino agli stessi beneficiari di divenire “co-produttori”.
- Co-progettazione e valutazione partecipata: un pilastro del welfare di comunità è la sua ideazione e verifica congiunta con i cittadini-utenti, attraverso processi di co-progettazione e una validazione condivisa dei risultati.
- Valorizzazione e costruzione di legami sociali: il welfare di comunità mira a rispondere ai bisogni specifici ponendo enfasi sulla valorizzazione delle relazioni sociali esistenti e sulla promozione di

nuove connessioni tra gli individui.

- Reciprocità e autonomizzazione: dove possibile, il welfare di comunità incentiva un approccio di reciprocità tra i partecipanti. Gli interventi sono concepiti per essere “abilitanti”, promuovendo l'autonomia dei fruitori e la prevenzione del disagio. Ciò si inserisce in una prospettiva di moltiplicazione sociale delle risorse disponibili e di promozione di un welfare sostenibile.
- Flessibilità e personalizzazione delle prestazioni: il Welfare di comunità si impegna a offrire prestazioni e servizi flessibili e altamente personalizzati, adottando un approccio “sartoriale”, che risponda alla diversità dei bisogni assistenziali e promozionali. L'obiettivo è superare, per quanto possibile, la standardizzazione dei servizi. La peculiarità del welfare di comunità sta nella capacità di superare le prestazioni standardizzate, offrendo servizi che non promuovono l'isolamento ma, al contrario, favoriscono la socializzazione. Anche perché spesso la richiesta di una forma di sostegno specifica nasconde altre esigenze non dichiarate. È fondamentale far emergere questi bisogni latenti per poterli affrontare con risposte mirate ed efficaci. A tal scopo, occorrerebbe ripensare le forme di aiuto e sostegno a partire da dispositivi di assistenza meno strutturati, capaci di intercettare bisogni che i servizi abitualmente non vedono essendo troppo strutturati. Anche perché spesso le famiglie vulnerabili e a rischio povertà non sono abituate a chiedere aiuto ad altri, spesso si rivolgono agli uffici comunali solo quando il bisogno è ormai acuto; hanno una limitata conoscenza delle possibilità offerte dal sistema di welfare locale; mostrano una scarsa frequentazione degli eventi pubblici e di altri luoghi oltre la casa e il lavoro e l'unico legame costante e prolungato con un'istituzione pubblica che hanno è quello attraverso i figli con gli istituti scola-

stici.

- Comunicativo: anche per quanto appena evidenziato, fondamentale è il ruolo giocato dalla comunicazione. Occorre un superamento della frammentazione della conoscenza: una sfida centrale per il welfare di comunità è vincere la frammentazione delle informazioni attraverso un approccio integrato ai dati e alla conoscenza, delineando un modello di welfare “ad alta comunicazione”. Rispetto a quest’ultimo aspetto, occorre sottolineare che l’auspicata evoluzione del modello di welfare sarebbe fortemente compromessa qualora una parte significativa della popolazione e degli attori continuasse a operare con notevoli disparità nell’accesso a dati e alle informazioni. L’aggregazione intelligente dei dati e l’integrazione delle informazioni, caratteristiche della società contemporanea “ad alta comunicazione” abilitata da Internet, costituisce una condizione indispensabile per favorire decisioni individuali e collettive di natura proattiva piuttosto che meramente reattiva. Il superamento delle barriere burocratiche, favorito dall’ambiente digitale, deve coinvolgere simultaneamente i cittadini e le organizzazioni che operano nel settore del welfare (Moruzzi e Bassi 2021).

Il benessere di comunità, da considerare come l’esito finale (outcome) del welfare di comunità, è qualcosa che va oltre la mera somma del benessere individuale dei cittadini. Infatti, esso include anche la qualità delle relazioni che si instaurano tra gli individui e con l’ambiente circostante. Per questa ragione, le dimensioni del Welfare di comunità non si possono limitare all’assistenza, alla sanità e alla loro integrazione, ma devono necessariamente abbracciare anche una dimensione intrinsecamente “culturale” e un’ulteriore che si può definire “ecologica” o “ambientale”, la quale concerne la qualità dell’ambiente urbano e l’adozione di nuovi comportamenti individuali virtuosi.

Riferimenti bibliografici

Albertini, M., Mantovani, D. (2022). Older parents and filial support obligations: a comparison of family solidarity norms between native and immigrant populations in Italy, in *Ageing & Society*, 42, pp. 2556-2587.

Anagrafe Nazionale Studenti - ANS. (2024). *Iscritti*. Disponibile alla pagina: <https://dati-ustat.mur.gov.it/dataset/iscritti> (Ultimo accesso il 19.03.2026)

Ardigò, A., Mazzoli, L. (1993). *Le nuove tecnologie per la promozione umana: Usi dell'informatica fra macro e micro comunicazioni*, Milano: FrancoAngeli.

Baldazzini, A. (2021). *Politiche integrative e servizi per le famiglie vulnerabili con figli minori nella città di Bologna*, Bologna: Scuola Ardigò-Comune di Bologna

Bellani D. e Mantovani D. (2023). [La condizione reddituale delle famiglie italiane all'epoca del Covid-19](#), in *Sociologia del lavoro*, 2, pp. 221-250.

Bonaga, G. (2020). *Report di impatto sociale 2020. Empori solidali Case Zanardi*. Bologna: Scuola Ardigò-Comune di Bologna

Cicerchia, A. (2021) *Che cosa muove la cultura. Impatti, misure e racconti tra economia e immaginario*, Milano: Editrice Bibliografica.

Città Metropolitana di Bologna (2025) *Il turismo nella Città metropolitana di Bologna. Rapporto novembre 2025*. Disponibile alla pagina: http://inumeridibolognametropolitana.it/sites/inumeridibolognametropolitana.it/files/turismo/report_turismo_2014_cm_ed2025.pdf (Ultimo accesso il 19.03.2026)

Comune di Bologna - Scuola Achille Ardigò (2022) *La fragilità demografica, sociale ed economica nelle aree statistiche del comune di Bologna - Edizione 2022*. Bologna: Scuola Ardigò-Comune di Bologna

Scuola Achille Ardigò sul Welfare di Comunità e i Diritti dei Cittadini - Comune di Bologna. (2021). *Il Progetto culturale della Scuola Achille Ardigò sul Welfare di Comunità*. Bologna: Scuola Ardigò-Comune di Bologna

Città Metropolitana di Bologna. (2017). *Periferie a Bologna: vulnerabilità e opportunità. Una proposta di misurazione per le città italiane*. Disponibile alla pagina: <https://inumeridibolognametropolitana.it/studi-e-ricerche/periferie-bologna-vulnerabilita-e-opportunita-una-proposta-di-misurazione-le-citta> (Ultimo accesso il 19.03.2026)

Finetti, S. (2023). *La povertà educativa. Origini, dimensioni, prospettive*. Milano: FrancoAngeli

Gainsforth, S. (2022). *Le case per studenti in mano ai privati*, in «Internazionale». Disponibile alla pagina: <https://www.internazionale.it/essenziale/notizie/sarah-gainsforth/2022/07/13/le-case-per-studenti-in-mano-ai-privati> (Ultimo accesso il 19.03.2026)

Gnan, E. e Mesini, D. (2023). *Ancora più disuguali?*, Welforum.it. Disponibile alla pagina: <https://www.welforum.it/ancora-piu-disuguali/> (Ultimo accesso il 19.03.2026)

Gentili, A., Tassinari F. e Zoboli, A. (2018). *Indagine sul mercato degli alloggi in locazione nel comune di Bologna*, Istituto Carlo Cattaneo, disponibile al link: <http://www.cattaneo.org/wp-content/uploads/2018/04/Indagine-sul-mercato-degli-alloggi-in-locazione-Bo.pdf> (Ultimo accesso il 19.03.2026)

Idos/Confronti. (2023). *Dossier Statistico Immigrazione*, Roma.

Immobiliare.it (2025). Quotazioni immobiliari nel comune di Bologna. Disponibile alla pagina: <https://www.immobiliare.it/mercato-immobiliare/emilia-romagna/bologna/> (Ultimo accesso il 19.03.2026)

Inside Airbnb (2025). *Explore the Data*. Disponibile alla pagina: <http://insideairbnb.com/> (Ultimo accesso il 19.03.2026)

Istituto Nazionale di Statistica – ISTAT. (2024). *Natalità e fecondità della popolazione residente. Anno 2023*, comunicato stampa 21 ottobre 2024.

Istituto Nazionale di Statistica – ISTAT. (2025). *Rapporto annuale 2025. La situazione del Paese*.

Istituto Superiore di Sanità (ISS) (2020). *Okkio alla salute, Indagine 2019*, Roma.

Manzoli, G., Paltrinieri, R. (a cura di). (2021). *Welfare Culturale. La dimensione della cultura nei processi di Welfare di Comunità*. Milano: FrancoAngeli.

Mesini, D. (2022). *Pandemia e diseguaglianze, (ri)facciamo il punto, Welforum.it*. Disponibile alla pagina: <https://www.welforum.it/pandemia-e-diseguaglianze-rifacciamo-il-punto/> (Ultimo accesso il 19.03.2026)

Molina, S. (2022). *Winter is coming: prepariamoci all'inverno demografico*, Neodemos.

Moruzzi, M. e Bassi, A. (a cura di). (2021). *Il Progetto culturale della Scuola Achille Ardigò sul Welfare di Comunità*. Bologna: Scuola Ardigò-Comune di Bologna

Nussbaum, M. (2013). *Giustizia sociale e dignità umana. Da individui a persone*. Bologna: Il Mulino

Osservatorio Regionale Sistema Abitativo della Regione Emilia-Romagna – ORSA. (2024). *Rapporto Edilizia Residenziale Pubblica in Locazione (2019-2023)*. Disponibile alla pagina: <https://territorio.regione.emilia-romagna.it/osservatorio-delle-politiche-abitative/notizie/pubblicato-il-rapporto-e-dilizia-residenziale-pubblica-in-locazione-2019-2023> (Ultimo accesso il 19.03.2026)

Prandini, R. e Baldazzini, A. (a cura di). (2022). *Gli impoverimenti delle famiglie con minori durante la pandemia*. Milano: FrancoAngeli.

Regione Emilia-Romagna (2025). *La potenziale fragilità demografica, sociale ed economica nei comuni della regione Emilia-Romagna. Anno 2023*.

Regione Emilia-Romagna (2024). *Le forme dell'ERS: Indagine sociale sull'edilizia sociale residenziale*. Disponibile alla pagina: <https://territorio.regione.emilia-romagna.it/osservatorio-delle-politiche-abitative/notizie/le-forme-dell2019ers-indagine-regionale-sull2019edilizia-residenziale-sociale> (Ultimo accesso il 19.03.2026)

- Rizza, R. e Paraciani, R. (2021). *Silver economy: un approccio innovativo alle politiche e ai servizi per gli anziani a Bologna*. Bologna: Scuola Ardigò-Comune di Bologna
- Rosina, A. e Caltabiano, M. (2021). *Nascite e politiche familiari in Italia: cosa ci aspetta nel 2021?*, Neodemos.
- Rosina, A. e Impicciatore, R. (2023). *Storia demografica d'Italia. Crescita, crisi e sfide*. Roma: Carocci
- Saraceno, C., Benassi, D. e Morlicchio, E. (2022) *La povertà in Italia*. Bologna: Il Mulino
- Benassi, D. (2020). *Poverty in Italy. Fetaures and drivers in a European perspective*. Bristol: Policy Press.
- Sen, A. (2000). *Lo sviluppo è libertà. Perché non c'è crescita senza democrazia*. Milano: Mondadori
- Siza, R. (2008). *Le famiglie "provvisoriamente" povere: rischi sociali e politiche integrative*, in *Giustizia e povertà. Universalismo dei diritti, formazione delle capacità*, Rinaldi W. (a cura di). Bologna: Il Mulino, pp. 181-206.
- Università di Bologna. (2025). *Bilancio sociale 2024*. Disponibile alla pagina: <https://www.unibo.it/it/ateneo/chi-siamo/bilancio-sociale/bilancio-sociale> (Ultimo accesso il 19.03.2026)

Mission impossible?

L'integrazione socio-sanitaria come problema

Laboratorio Bologna

di Vando Borghi, Barbara Giullari, Maddalena Crotti

1. L'integrazione socio-sanitaria come problema (nazionale e locale). Elementi di contesto

1.1. Introduzione: una questione irrisolta del welfare italiano

Il principio dell'integrazione sociosanitaria (Bissolo e Fazzi, 2005; Lussardi e Tomelleri, 2018; Accorinti *et al.* 2022; Pisani, 2022) rappresenta uno dei nodi strutturali e irrisolti del welfare italiano. Dalla riforma sanitaria del 1978 (Legge n. 833), che ha istituito il Servizio Sanitario Nazionale (SSN), il legislatore ha riconosciuto la necessità di un coordinamento tra interventi sanitari e interventi sociali per garantire la presa in carico complessiva della persona. Tuttavia, a più di quarant'anni di distanza, tale integrazione resta un obiettivo solo parzialmente realizzato, segnato da continui tentativi di riforma e da un persistente dualismo istituzionale tra i due settori (David, 1989; Fox, 1989; Giorgi, 2024).

In termini teorici, l'integrazione sociosanitaria può essere definita come la **capacità di connettere servizi e professioni appartenenti a sistemi diversi, in modo da offrire risposte coerenti a bisogni complessi, spesso cronici o multidimensionali** (Hunter, 1999; Leutz, 1999). Essa implica non solo un coordinamento amministrativo, ma anche una convergenza di *culture professionali, logiche organizzative e modelli di governance*. Nel contesto italiano la traiettoria di questo processo è stata caratterizzata da oscillazioni cicliche tra fasi di espansione e di

regressione, in cui la componente sanitaria ha costantemente prevalso su quella sociale.

La questione è tanto più rilevante oggi, nel contesto post-pandemico e nel quadro del *Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza* (PNRR), che con il Decreto Ministeriale n. 77/2022 ha rilanciato l'idea di una sanità territoriale “prossima” e integrata. Tuttavia, come osserva Giorgi (2024), non si tratta soltanto di un problema tecnico-organizzativo: la sfida dell'integrazione interroga direttamente il senso politico della salute pubblica e la sua relazione con la cittadinanza democratica.

1.2. La salute come bene comune e progetto politico

Nel volume *Salute per tutti*, Giorgi (2024) sviluppa una critica sistematica al modello biomedico che ha plasmato la sanità italiana, sostenendo che la salute debba essere considerata non come un attributo individuale, ma come una relazione sociale e un bene comune. Tale impostazione si ispira a un filone di pensiero che va da Ivan Illich a Franco Basaglia e che vede nella salute un processo collettivo, radicato nelle condizioni materiali e simboliche della vita quotidiana. In questa prospettiva, l'integrazione sociosanitaria non è semplicemente un dispositivo di coordinamento amministrativo, ma il luogo in cui si ricompone l'unità spezzata tra *cura* e *società*.

L'autrice sottolinea come l'“universalismo incompiuto” del Servizio Sanitario Nazionale italiano abbia prodotto un paradosso: pur riconoscendo formalmente la salute come diritto di cittadinanza, il sistema ha progressivamente ridotto la sua capacità di agire sui determinanti sociali (Subramanian *et al.*, 2002), concentrandosi sulla dimensione tecnico-clinica (Giorgi, 2024, pp. 45–52). La conseguenza è una medi-

calizzazione del welfare, dove le politiche di prevenzione e inclusione vengono subordinate alla logica ospedaliera e specialistica. Seguendo questa linea di pensiero, affrontare le questioni connesse alla realizzazione dell'integrazione sociosanitaria rappresenta la possibilità di invertire questa tendenza, ricostruendo un orizzonte di giustizia sanitaria fondato su prossimità, interdipendenza e partecipazione.

1.3. Continuità storiche e nuove discontinuità

Sebbene il dibattito contemporaneo assuma tratti innovativi, molte delle difficoltà attuali erano già state individuate, in forma embrionale, negli studi pionieristici di Patrizia David (1989). Attraverso una ricostruzione storica, David mostrava come la separazione tra sociale e sanitario affondasse le radici nella costruzione stessa dello Stato sociale italiano: l'assistenza sanitaria, progressivamente medicalizzata, ha acquisito prestigio, risorse e potere contrattuale, mentre l'assistenza sociale è rimasta confinata a funzioni residuali e stigmatizzate. Questa dicotomia, già consolidata tra Ottocento e Novecento, ha prodotto una frattura strutturale nella governance dei servizi pubblici: da un lato un sistema sanitario progressivamente universalistico, ma gerarchico; dall'altro un sistema sociale frammentato e localistico (David, 1989, pp. 76–83).

L'intuizione di David mantiene ancora oggi una rilevanza analitica: l'integrazione fallisce quando non si riconosce che i due ambiti rispondono a culture istituzionali divergenti e a distribuzioni asimmetriche di potere. Tuttavia, come suggerisce Giorgi (2024), il punto non è più solo quello di "integrare" ciò che è separato, ma di ripensare la sanità stessa come parte del welfare comunitario, in cui la salute è coprodotta da servizi, cittadini e territori

In questa direzione vale la pena richiamare il più recente programma fondamentale dell'Organizzazione Mondiale della Sanità 'One Health' (WHO, 2021) che si fonda sul riconoscimento della salute umana quale parte di un ecosistema più ampio in cui diversi attori, istituzioni e infrastrutture di conoscenza devono collaborare. L'obiettivo di promuovere la salute di tale ecosistema rimanda all'approccio dei Determinanti Sociali della Salute (SDH) (WHO, 1978; WHO, 1986; Krieger, 2011; Marmot & Wilkinson, 2005; Maciocco & Santamauro, 2014; Marmot, 2016) e all'importanza cruciale dell'integrazione tra servizi sanitari e sociali. L'esperienza sindemica (Horton, 2020) ha ulteriormente sottolineato la rilevanza di questa integrazione. In questo contesto, un ampio dibattito internazionale interdisciplinare ha sviluppato in modo significativo l'elaborazione scientifica su temi già approfonditi nelle ricerche sulle istituzioni di welfare, la territorializzazione delle politiche sociali, le relazioni tra gli operatori (sociali e sanitari) di strada e i cittadini (Friel, 2019).

1.4. La frammentazione contemporanea del welfare

La promozione della salute in Italia, storicamente fondata su uguaglianza sostanziale, solidarietà e redistribuzione, principi alla base della riforma del 1978 che istituì il SSN, si è progressivamente allontanata da questi valori. Trasformazioni istituzionali e crisi economiche hanno infatti favorito un passaggio da un modello universalistico a sistemi regionali sempre più differenziati, segnati da mercatizzazione dei servizi e crescita della spesa privata, con conseguenti disparità di accesso e di salute (Giorgi, 2024).

La svolta risale alle riforme degli anni '90, in particolare alla riforma del

1992, che ha introdotto regionalizzazione e aziendalizzazione ispirate al *New Public Management*, con l'obiettivo dichiarato di aumentare efficienza e qualità (Girotti, 2009). Da allora le Regioni hanno assunto un ruolo decisivo nella regolazione dei servizi, generando assetti organizzativi profondamente diversi.

Secondo Bifulco, Neri e Polizzi (2022) sono emersi tre modelli regionali:

1. **Mix pubblico-privato con scarsa regia pubblica**, caratterizzato da dinamiche di quasi-mercato e forte competizione tra strutture (esemplare il caso lombardo, segnato anche da elevata frammentazione organizzativa).
2. **Mix pubblico-privato con forte regia pubblica**, in cui il privato opera come supporto al pubblico (modello in cui si colloca l'Emilia-Romagna).
3. **Modello a prevalenza pubblica**, con limitato ricorso al privato.

1.5. Oltre l'integrazione, la prossimità

Negli ultimi trent'anni, l'aziendalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale (D.Lgs. 502/1992) e la regionalizzazione delle competenze hanno accentuato la frammentazione istituzionale e l'indebolimento complessivo del sistema sanitario (Betti e Maino, 2024; Giullari e Lucciarini, 2025). Le politiche sanitarie, dominate da logiche di efficienza e contenimento dei costi, hanno progressivamente marginalizzato la dimensione sociale, mentre l'assistenza territoriale è rimasta sottofinanziata e dipendente dalla capacità organizzativa dei singoli enti locali (Kazepov e Barberis 2013; Gori, 2022).

Giorgi interpreta questo processo come un "ritiro dello Stato sociale",

in cui la salute viene privatizzata sia nei comportamenti (attraverso la responsabilizzazione individuale) sia nelle istituzioni (attraverso la sussidiarietà competitiva). L'integrazione sociosanitaria, in questo scenario, è possibile solo se diventa un progetto politico di ricomposizione del welfare territoriale, capace di ricucire i legami tra istituzioni, professioni e cittadini (Giorgi, 2024, pp. 60–68).

In tal senso, essa non coincide con la mera cooperazione tra Aziende Sanitarie Locali e Comuni, ma con un cambiamento culturale che riconosca **l'interdipendenza tra salute, lavoro, casa, ambiente e relazioni sociali**.

L'attuale rilancio dell'integrazione sociosanitaria attraverso il D.M. 77/2022 e le *Case della Comunità* può essere letto come il tentativo più recente di affrontare questa lunga incompiutezza. Tuttavia, come avverte Giorgi (2024), non basta collocare più servizi nello stesso edificio per produrre integrazione: occorre un modello di prossimità che trasformi le istituzioni sanitarie in spazi pubblici di co-produzione della salute. In questa prospettiva, l'integrazione diventa una forma di democratizzazione del welfare, dove la cura non è solo erogazione, ma costruzione condivisa di senso e responsabilità.

La “missione impossibile” evocata da David (1989) rimane tale solo se l'integrazione è intesa come fusione di apparati burocratici. Se, invece, la si concepisce — come propone Giorgi — come progetto politico di ricomposizione sociale, essa può diventare il terreno su cui ripensare il diritto alla salute nel XXI secolo. In questo senso, l'integrazione sociosanitaria non è un residuo del passato, ma una frontiera della cittadinanza contemporanea.

1.6 La riorganizzazione territoriale della sanità nel quadro del D.M. 77/2022

La pandemia di Covid-19 ha reso evidente la vulnerabilità strutturale del modello ospedalocentrico (Neri, 2020) del Servizio Sanitario Nazionale (SSN). Le difficoltà riscontrate nel garantire continuità assistenziale, prossimità territoriale e presa in carico dei soggetti fragili (Casula *et al.*, 2020; Geddes Da Filicaia, 2020) hanno spinto verso una riforma profonda dell'assistenza di base. In questo contesto si colloca il **Decreto Ministeriale n. 77 del 2022**, che definisce “modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel SSN”.

La norma istituisce una nuova architettura organizzativa centrata sulle **Case della Comunità (CdC)**, sui **Distretti sociosanitari** e sugli **Ospedali di Comunità**, con l'obiettivo di costruire un sistema policentrico e interprofessionale capace di garantire prossimità, integrazione e continuità delle cure (Ministero della Salute, 2022).

Secondo Agenas (2025), il D.M. 77/22 rappresenta il tentativo più organico degli ultimi decenni di tradurre in pratica il principio di integrazione sociosanitaria attraverso **dispositivi di territorializzazione**: presidi fisici, équipe multidisciplinari e governance locale orientata alla partecipazione.

Le Case della Comunità vengono definite come il «punto di riferimento continuativo per la popolazione», finalizzato alla promozione della salute, alla prevenzione e alla presa in carico integrata delle persone e delle comunità di riferimento (Forum Disuguaglianze e Diversità, 2025, p. 9). Esse costituiscono dunque un'infrastruttura in cui convergono servizi sociali, sanitari e comunitari.

Il decreto distingue due tipologie di strutture:

- **Hub**, con presenza medica H24, funzioni di diagnostica di

- base e servizi di specialistica ambulatoriale;
- **Spoke**, con funzioni di prossimità, presidio infermieristico e collegamento strutturato con la rete Hub (Agenas, 2025, p. 6).

L'elemento qualificante è l'obbligatorietà dell'**integrazione con i servizi sociali** e della **partecipazione della comunità** nei processi di programmazione e valutazione. In questo senso, l'integrazione si traduce in *infrastruttura territoriale*, collocando la salute nel cuore dei sistemi locali di welfare.

1.7 L'attuazione del modello: dati nazionali e regionali

Secondo il rapporto AGENAS del primo semestre 2025, in Italia risultano attive 660 Case di Comunità, a fronte di un totale previsto di 1.723 strutture (ossia il 38% di quelle programmate). Soltanto 46 di queste (meno del 3%) presentano tutti i servizi obbligatori attivi, unitamente alla presenza medica e infermieristica secondo gli standard previsti: assistenza medica garantita 24 ore su 24, 7 giorni su 7 nelle Case della Comunità hub e 12 ore al giorno per 6 giorni a settimana in quelle spoke; presenza infermieristica attiva 12 ore al giorno, 7 giorni su 7 nelle hub Case della Comunità hub e 12 ore al giorno per 6 giorni a settimana nelle Case della Comunità spoke. Sono invece 172 le strutture dotate di tutti i servizi obbligatori però senza la presenza di medici e infermieri (circa il 10%). Inoltre, il rapporto fornisce i dati relativi agli Ospedali di Comunità e alle Centrali Operative Territoriali.

Gli **Ospedali di comunità** attivi sono 153 su un totale di 592 strutture previste, circa il 25% del totale. Sono invece 638 le **Centrali operative territoriali (Cot)** attive e pienamente funzionanti rispetto alle 651 pro-

grammate, di queste 480 hanno raggiunto il target di rilevanza comunitaria rendicontato dal Ministero della Salute alla Commissione Europea. Le uniche strutture che superano il target in linea con gli standard previsti dal D.M. 77/2022.

Osservando i dati regionali, emergono delle notevoli differenze tra Nord e Sud. Delle 660 Case di Comunità attive, 142 si trovano in Lombardia, 140 in Emilia-Romagna e poi a seguire 95 nel Lazio, 70, in Toscana e 63 in Veneto. In negativo spiccano Abruzzo, Campania, Basilicata e PA di Bolzano con 0 Case di Comunità con almeno un servizio attivo. Numeri bassi anche per Puglia (1 sola CdC con almeno un servizio attivo), Calabria, PA di Trento e Molise con appena 2 CdC.

In totale le Case di Comunità pienamente attive con tutti i servizi obbligatori e con la presenza di medici e infermieri sono appena 46. È la Lombardia la regione con il maggior numero di Case di Comunità con la presenza di medici e infermieri (12), seguita dall'Emilia-Romagna con 8 Case di comunità. In Toscana ce ne sono 7 e nel Lazio 5. Da notare come in ben nove regioni non vi sia nessuna CdC attiva con i servizi e il personale sanitario.

La regione con più CdC dotate di tutti i servizi obbligatori, ma senza la presenza medica e infermieristica (in totale sono 172) è la Lombardia con 64 strutture, seguita dall'Emilia-Romagna con 32 CdC. Sono 23 quelle presenti in Toscana. In Campania e nella Pa di Bolzano non risulta attivo nulla.

Per quanto riguarda gli **Ospedali di comunità** dichiarati attivi la maggiore presenza si registra in Veneto con 46 strutture sulle 73 previste, in Lombardia ce ne sono 26 sulle 64 previste. In Emilia-Romagna sono invece 24 gli ospedali di comunità con almeno un servizio attivo rispetto ai 53 previsti. Diciassette in Toscana (36 quelli previsti) e 7 in Umbria (16 quelli previsti), 4 in Sicilia su 48 previsti.

Per quanto riguarda la situazione degli Ospedali di Comunità con almeno un servizio attivo, delle 153 strutture attive in Italia, 46 si trovano in Veneto (73 le strutture previste). Segue la Lombardia con 26 – su 64 previsti - e l'Emilia-Romagna con 24 (rispetto ai 53 previsti). Sono 17 in Toscana (36 quelli previsti) e 7 in Umbria (16 previsti), 4 in Sicilia su 48 previsti, Maglia nera per Basilicata, PA di Bolzano, Calabria, Marche e Valle d'Aosta con zero OdC attivi.

La quasi totalità delle Regioni, come abbiamo visto, ha raggiunto gli obiettivi previsti con la totalità delle **Centrali operative territoriali** pienamente funzionanti e certificate (AGENAS, 2025a).

1.8 Le Case della Comunità come “beni comuni istituzionali”

Le «Case della Comunità che vorremmo», scrive il Forum Disuguaglianza e Diversità (2025), dovrebbero essere caratterizzate da quattro tratti fondamentali:

1. **Integrazione effettiva** tra sanità e sociale, superando la mera coesistenza di servizi;
2. **Centralità delle relazioni**, intesa come cura della dimensione umana e partecipativa della salute;
3. **Multidisciplinarietà e valorizzazione del lavoro sociale e comunitario**, includendo attivamente il terzo settore;
4. **Partecipazione e co-produzione**, quali strumenti di governance democratica (Forum DD, 2025, pp. 12–14).

In tale quadro, le CdC assumono un valore simbolico e operativo insieme: non solo rispondono a bisogni sanitari, ma rappresentano un **laboratorio di rinnovamento istituzionale**, in cui la salute diventa un indicatore di qualità della democrazia locale.

1.9 Dalla territorializzazione alla cittadinanza sanitaria

Dalla conferenza di Alma Ata (1978) in poi, tappa fondamentale per la costruzione di una visione universalistica e multidimensionale di salute, è centrale il legame con il territorio. Anche nel nostro paese, la *Primary Health Care*, nella sua originaria accezione di *Comprehensive Primary Health Care* (Magnussen *et al.*, 2004) è posta a fondamento dell'assetto sanitario pubblico: soltanto avvicinando il più possibile l'assistenza sanitaria ai luoghi dove le persone vivono e lavorano si possono avviare processi di tutela sanitaria, non più percepiti come isolati, emergenziali e di breve durata, ma come parte integrante di una prospettiva di ampio miglioramento delle condizioni di vita di tutti (Giorgi, 2024). Questo approccio resta ampiamente inattuato, nonostante l'esperienza pandemica ne abbia ribadito l'attualità.

La territorializzazione dell'assistenza non rappresenta tuttavia un semplice processo di decentramento amministrativo, ma un **cambiamento di paradigma** nel modo di intendere la cittadinanza sanitaria.

Le CdC possono divenire strumenti di **giustizia territoriale**, capaci di ridurre le disuguaglianze e di costruire nuovi spazi pubblici di cooperazione. Tuttavia, se ridotte a semplici poliambulatori, rischiano di riprodurre le stesse logiche verticali che la riforma intendeva superare (Scuola Ardigò, 2021). Come afferma il Forum Disuguaglianze e Diversità (2025, p. 19), le CdC «possono rappresentare il primo grande esempio di governo democratico dei beni comuni costituiti dai servizi socio-sanitari». Il loro futuro dipenderà dalla capacità delle istituzioni di consolidare un modello di prossimità realmente inclusivo, in grado di tradurre l'integrazione sociosanitaria da obiettivo amministrativo a **progetto politico di democrazia territoriale**, nel quale la salute torna a essere un diritto pienamente condiviso e praticato.

2. L'integrazione sociosanitaria vista da vicino

2.1. Il caso dell'Emilia-Romagna e dell'area bolognese

L'**Emilia-Romagna** costituisce un caso paradigmatico di sviluppo avanzato dell'integrazione sociosanitaria territoriale. Vediamo di seguito le caratteristiche di base del sistema sociosanitario della regione. Nel panorama nazionale, l'Emilia-Romagna si distingue per gli investimenti nella sanità territoriale, la bassa esternalizzazione dei servizi e un'organizzazione orientata all'integrazione sociosanitaria e alla governance collaborativa. Storicamente fondata su un modello di *welfare di comunità*, la Regione ha promosso un dialogo costante tra ASL, Comuni e Terzo settore. In tale logica, un ruolo centrale è attribuito ai **Distretti sociosanitari**, strutture sovracomunali che costituiscono il fulcro del governo territoriale. La **Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria (Ctss)**, composta dal direttore di distretto e dai sindaci, esercita funzioni di indirizzo, programmazione e monitoraggio (Betti, 2022).

Un pilastro della riorganizzazione territoriale regionale è stato rappresentato dalle **Case della Salute (CS)**, avviate nei primi anni 2000 come modello integrato di cure primarie e partecipazione comunitaria (Turco, 2007). La D.G.R. n. 291/2010 ha definito tipologie e funzioni delle CS, prevedendo l'integrazione dei servizi sociali soprattutto nelle strutture medio-grandi. Tra il 2010 e il 2016 ne sono state attivate 84, raggiungendo il 43% della popolazione regionale: il 70% include assistenti sociali e il 30% offre uno Sportello sociale.

Dal 2016 il progetto si è evoluto con nuove sperimentazioni su cronicità, prevenzione e medicina d'iniziativa. Una valutazione dell'Agenzia sanitaria e sociale regionale (2020) registra, tra gli utenti delle CS, una riduzione del 16,1% degli accessi al Pronto soccorso, un calo più contenuto delle ospedalizzazioni (-2,4%) e un aumento dell'assistenza do-

miciliare (+9,5%), con risultati variabili tra aree urbane e rurali. Circa metà dei Medici di Medicina Generale opera oggi nelle CS, che ospitano anche consultori, servizi vaccinali, specialistica ambulatoriale, pediatria di comunità, salute mentale, oltre a iniziative di educazione sanitaria e collaborazioni con il terzo settore. È dunque indubbio che le CdC hanno nelle Case della Salute l'esperienza pioniera

Attualmente la regione dispone complessivamente di **137 Case della Comunità**, a conferma di una strategia di sviluppo territoriale capillare e coerente con la tradizione emiliano-romagnola di **welfare di comunità** (Scuola Ardigò, 2021).

Secondo i dati aggiornati del portale regionale *Servizi in Rete* (Regione Emilia-Romagna, 2025), al 2025 risultano attive:

- **23 CdC nel territorio della Città metropolitana di Bologna** (escluso il Nuovo Circondario Imolese), di cui **4 nel Comune capoluogo**;
- **7 CdC nel territorio di Ferrara**, di cui **2 in città**;
- **12 CdC nei distretti di Forlì-Cesena**;
- **19 CdC nella provincia di Modena**, **2 delle quali in città**;
- **22 CdC nella provincia Parma**, **6 in città**;
- **8 CdC nella provincia di Piacenza**;
- **25 CdC nella provincia di Ravenna**, **8 in città**;
- **16 CdC nei distretti di Reggio Emilia**, **3 nel capoluogo**;
- **5 CdC nella provincia di Rimini**.

Nel **bolognese**, la rete delle 23 CdC si integra con la programmazione comunale del welfare di prossimità. In particolare, nelle sedi della città di Bologna di **Navile, Porto – Saragozza, Borgo Panigale – Reno e San Donato - San Vitale** sperimentano modelli di **Punto Unico di Accesso (PUA)**, équipe multiprofessionali e co-presenza stabile di operatori sociali e sanitari (Neretti, 2025).

2.2 I territori della vulnerabilità: disuguaglianze e fragilità nell'area bolognese

2.2.1. Le disuguaglianze di salute nella città di Bologna

Secondo i dati più recenti (Comune di Bologna, 2024), la città conta oltre **390.000 abitanti**, con una quota di **ultrasessantacinquenni pari al 25%** e una popolazione straniera superiore al 15%.

Tali dinamiche demografiche contribuiscono a intensificare la domanda di servizi integrati, in particolare per anziani fragili, persone sole e famiglie esposte a vulnerabilità abitativa e lavorativa. In questo scenario l'integrazione sociosanitaria non rappresenta soltanto un principio organizzativo, ma una necessità strutturale per garantire equità di accesso, continuità della cura e capacità di risposta ai bisogni complessi. La mappatura integrata delle fragilità urbane — realizzata tra il 2017 e il 2019 e presentata nel gennaio 2023 dal Comune di Bologna insieme all'Azienda USL e al CSI-Unibo — rappresenta un passaggio cruciale nella comprensione delle forme locali di disuguaglianza.

L'indagine - realizzata attraverso un disegno metodologico misto, che combina analisi epidemiologica, cartografie sociosanitarie e ricerca etnografica - ha ricostruito una **geografia delle vulnerabilità urbane, evidenziando come condizioni sociali, stato di salute e accesso ai servizi si intreccino in modo sistemico**. In particolare, l'analisi documenta un marcato *effetto area*: il contesto di vita — in termini di risorse, reti, infrastrutture e qualità ambientale — agisce come determinante indipendente di salute, amplificando o attenuando le vulnerabilità individuali e le disparità di salute tra diverse aree della città.

I principali risultati possono essere sintetizzati come segue:

- **Distribuzione geografica della salute.** Le aree periferiche della città, in particolare **Pilastro, Borgo Panigale, Barca e Corticella**, presentano una prevalenza di **diabete** superiore del 30% alla media cittadina, e un'incidenza di **patologie cardiovascolari** maggiore del 20%.
- **Determinanti socioeconomici.** Il **reddito** e il **livello di istruzione** sono i fattori predittivi più forti della salute: le aree con più alta quota di famiglie sotto la soglia di povertà o con basso titolo di studio registrano maggiore prevalenza di malattie croniche e più frequente ricorso ai servizi di emergenza.
- **Povertà educativa e salute mentale.** La correlazione tra **povertà educativa** e salute è significativa: quartieri con scuole percepite come “di periferia” mostrano più elevati tassi di disagio psicologico e minore partecipazione civica. Gli accessi con **diagnosi psichiatrica** superano del 30% la media cittadina nelle aree a maggior svantaggio.
- **Accesso ai servizi e “inverse care law”.** Nelle zone con peggiori indicatori socio-economici, la popolazione ricorre di più al **Pronto Soccorso per motivi non urgenti** e registra livelli più alti di **poliprescrizione farmaceutica**. Il fenomeno conferma la cosiddetta *inverse care law* (Hart, 1971), secondo cui la disponibilità di buona assistenza tende a variare inversamente al bisogno.
- **Effetto area e segregazione spaziale.** Le aree ad alta densità di **Edilizia Residenziale Pubblica (ERP)** mostrano correlazioni forti con tutti gli esiti di salute negativi (malattie croniche, salute mentale, accesso ospedaliero). Ciò conferma la presenza di un marcato *effetto area*, dove il contesto fisico e sociale del quartiere agisce come determinante indipendente di salute

(CSI-Unibo, 2022).

In sintesi, Bologna mostra un profilo di disuguaglianze **sottilmente polarizzate**, dove la media dei buoni indicatori sanitari regionali nasconde profonde fratture interne. La vulnerabilità si concentra nei quartieri di edilizia popolare, nelle aree con minore accesso a reti sociali e culturali e tra la popolazione anziana sola o straniera di prima generazione.

La mappa identifica tre macro-aree di vulnerabilità:

1. **Periferie nord ed est** (Pilastro, Croce del Biacco, Corticella): alta presenza di edilizia ERP, bassa scolarità, maggiori tassi di malattie croniche e disagio abitativo.
2. **Area ovest** (Barca, Borgo Panigale): popolazione anziana, alto tasso di poliprescrizione e isolamento sociale.
3. **Centro storico e collina**: vulnerabilità “invisibili”, legate a solitudine, salute mentale e precarietà abitativa di nuovi ceti medi impoveriti (Comune di Bologna, 2024).

In tutti i casi, la vulnerabilità sanitaria si intreccia con **fattori spaziali e relazionali** — accessibilità dei trasporti, densità dei servizi, qualità ambientale — che producono un *effetto di periferizzazione sanitaria* (CSI-Unibo). Le riflessioni scaturite da queste esperienze hanno ribadito la necessità di una strategia di prossimità capace di contrastare le disuguaglianze. L’approccio adottato punta su un focus congiunto su persone e contesti, non su target specifici, ma sull’intera comunità. L’obiettivo è includere il singolo nella dinamica collettiva e attivare — o riattivare — risorse formali e informali già presenti nei luoghi di vita. In questa prospettiva, assumono un ruolo centrale i dispositivi di prossimità integrati — come le *Case della Comunità* — capaci di ridurre le

distanze geografiche e simboliche tra istituzioni e cittadini. Le CdC già attive nei quartieri bolognesi (Borgo Panigale - Reno, Navile, San Donato – San Vitale, Porto - Saragozza) si collocano precisamente in aree ad alta vulnerabilità, fungendo da **nodi di ricomposizione territoriale** (AUSL Bologna, 2025).

2.2.2 L'invecchiamento come vulnerabilità sistemica

Il secondo elemento cruciale nella configurazione della vulnerabilità bolognese riguarda l'invecchiamento della popolazione.

Uno studio piuttosto recente condotto sul territorio cittadino (CERGAS, 2020) ha evidenziato l'elevata incidenza nella città metropolitana di Bologna degli over 65, pari al **24,4%** della popolazione, con una crescita del **7,8%** tra il 2008 e il 2019. Gli **ultraottantacinquenni** costituiscono il **4,4%**, mentre oltre **77.000 anziani (31%) vivono soli**, condizione che amplifica il rischio di isolamento e fragilità (CERGAS, 2020, p. 7).

A fronte di questa complessità, la rete dei servizi sociosanitari rivolti alla popolazione anziana, pur se articolata, offre una **copertura limitata** alla domanda sociale:

- servizi pubblici (CRA e centri diurni accreditati): **9,4%** della popolazione non autosufficiente;
- servizi privati (autorizzati): **17,5%**;
- assistenza privata tramite assistenti familiari ("**badanti**"): **55%**;
- popolazione senza servizi: **17,9%** (ivi, p. 9).

Si stima che nell'area metropolitana operino circa **25.000 assistenti familiari**, la maggior parte in regime informale, configurando un "**welfare sommerso**" che supplisce alla carenza di servizi pubblici integrati (ivi, p. 8).

Durante la pandemia, il numero di ospiti nelle strutture residenziali è calato del **7,9%**, riflettendo sia la mortalità Covid 19, sia la diffidenza delle famiglie verso le CRA (ivi, p. 11).

Questo insieme di dati evidenzia un **paradosso di vulnerabilità**: Bologna, pur essendo una delle città italiane più dotate di servizi, presenta segmenti di popolazione esclusi o scarsamente intercettati dai percorsi di cura integrata.

2.3 Integrazione e giustizia territoriale

Le ricerche citate convergono su un punto: l'integrazione sociosanitaria a Bologna non può essere misurata solo in termini di efficienza dei servizi, ma di **giustizia territoriale**. Come afferma Giorgi (2024), l'obiettivo non è semplicemente "curare più vicino", ma costruire prossimità come forma di cittadinanza. Le mappe delle disuguaglianze e i dati sull'invecchiamento mostrano che i bisogni non sono uniformemente distribuiti e che le politiche sanitarie rischiano di riprodurre i divari se non affrontano i determinanti sociali e spaziali della salute.

In questa prospettiva, Bologna costituisce un **laboratorio nazionale**: la combinazione di dati epidemiologici, pianificazione territoriale e partecipazione civica fa della città un esempio di integrazione "in costruzione". Tuttavia, la persistenza di forti disuguaglianze interne ricorda che la **territorializzazione della sanità** non è di per sé garanzia di equità, se non accompagnata da un effettivo riequilibrio sociale e da una governance inclusiva.

3. Esperienze e ricerca: Bologna come laboratorio

Come illustrato finora, la transizione dalle Case della Salute (CdS) alle Case di Comunità (CdC) rappresenta la possibilità di significativo avanzamento nell'organizzazione della medicina territoriale, orientandola verso un modello più proattivo, integrato e vicino ai contesti di vita (Brambilla e Maciocco, 2022; Neretti, 2025). In linea con il D.M. 77/2022, le CdC sono chiamate a valorizzare il patrimonio infrastrutturale esistente, decidendo quali presidi integrare, riconvertire o dismettere in base agli standard attuali, così da costruire una rete coerente di servizi sanitari, sociosanitari e sociali capace di rispondere ai bisogni emergenti. In questo quadro, la conoscenza esperienziale delle comunità locali — inclusa la capacità di far emergere bisogni poco visibili — assume un ruolo decisivo per garantire interventi appropriati ed efficaci. Le CdC vengono quindi pensate come nodi strategici di una rete policentrica orientata all'equità, alla riduzione delle disuguaglianze e alla riattivazione dello spazio pubblico come luogo di confronto e decisione collettiva.

Tuttavia, come sopra richiamato, l'attuazione di questo modello procede lentamente e con notevoli disomogeneità territoriali (Neri e Vicarelli, 2023; FDD, 2025). I presidi oscillano infatti tra configurazioni focalizzate quasi esclusivamente sull'attività ambulatoriale ed esperienze che puntano invece sulla promozione della salute e sulla riduzione delle disuguaglianze, valorizzando le reti comunitarie formali e informali (Neretti, 2025). Un elemento chiave del modello CdC è la partecipazione della comunità nella co-produzione dei percorsi di salute, una dimensione che la letteratura riconosce come ambivalente (Moulaert *et. al.*, 2005; Vicari Haddock, 2005; Biggeri *et al.*, 2011; Moini, 2012; Bifulco, 2013). Anche il concetto stesso di 'comunità', pur presentato come fondativo, nella pratica tende spesso a essere ridotto a una semplice delimitazione territoriale (Ingrosso, 2023).

Alla luce di queste contraddizioni, nel seguito verrà analizzata un'esperienza locale che, non senza difficoltà, sta sperimentando strategie e modalità organizzative per ripensare in modo sostanziale il rapporto tra servizi pubblici e cittadinanza in una prospettiva di promozione e tutela della salute.

3.1 Il “cantiere” Navile: l'inizio del percorso

Il Quartiere Navile costituisce uno dei territori più estesi e popolosi della città di Bologna, con una popolazione di circa 70.000 abitanti. Si tratta di un'area dotata di un ricco sistema di servizi pubblici e sociali, ma anche contraddistinta da marcate disuguaglianze socioeconomiche, presentando un reddito medio tra i più bassi della città. È al contempo il quartiere più giovane dell'ambito urbano e presenta una significativa incidenza di popolazione straniera, pari a oltre il 21% dei residenti, con un'alta concentrazione tra i minori in età prescolare e scolare.

Nel 2018 viene inaugurata a Bologna la Casa della Salute del Navile, parte integrante della strategia regionale volta a promuovere strutture sanitarie di prossimità capaci di integrare cura, prevenzione e benessere in un'ottica olistica della salute. L'inaugurazione si svolge in un clima di forte partecipazione da parte di cittadini, associazioni e istituzioni, configurandosi come un vero e proprio momento di festa comunitaria. Fin da subito, l'edificio si rivela efficace sul piano strettamente sanitario, grazie alla presenza di ambulatori specialistici e di uno dei Centri Unici di Prenotazione (CUP) più importanti della città ¹ Tuttavia, emergono

1. Un edificio, di quattro piani e 6.150 mq, che attualmente ospita: ambulatori medici (cardiologia, endocrinologia, oculistica, pneumologia, dermatologia, oncologia, reumatologia, dietistica di base, otorinolaringoiatria, urologia, attività territoriale della neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza), un centro antifumo, il punto prelievi, il Centro unico di prenotazione polifunzionale Na-

presto alcune criticità. Dal punto di vista architettonico e organizzativo, la struttura si dimostra poco predisposta a svolgere funzioni comunitarie, tradendo in parte l'idea di una "casa" inclusiva e accogliente. Inoltre, la contestuale chiusura di presidi sanitari territoriali precedenti genera una diffusa insoddisfazione nella cittadinanza.

In risposta a queste problematiche, attraverso l'iniziativa di alcune consigliere di quartiere, si avvia la formazione di un Gruppo di Lavoro (GdL) all'interno della Commissione Welfare e Politiche Abitative del Consiglio di Quartiere. Formalizzato tramite un atto consiliare², il GdL vede la partecipazione di consiglieri, rappresentanti dell'Azienda USL, associazioni e cittadini singoli, con l'obiettivo di costruire uno spazio pubblico e istituzionale in grado di promuovere la conoscenza e lo sviluppo della Casa della Salute, stimolando la collaborazione tra istituzioni e comunità.

Tra il 2019 e il 2020, il GdL avvia un articolato percorso partecipativo che porta alla redazione di una sorta di "Manifesto" approvato parzialmente dal Consiglio di Quartiere che definisce linee guida per una governance innovativa e partecipata. I principali assi individuati comprendono: la centralità dell'accoglienza mediante "antenne comunitarie"; la promozione della "prescrizione sociale" da parte di MMG e PLS; il riconoscimento della diversità culturale, sociale e generazionale come determinante di salute; il rilancio del consultorio familiare con funzione educativa, mobile e territoriale; la promozione della medicina di genere quale chiave interpretativa multidimensionale della salute; la necessità

vile (CUP), gli studi di medici di medicina generale e pediatri di libera scelta, lo sportello per la prevenzione al gioco d'azzardo, il consultorio familiare, il centro di salute mentale (CSM), la pediatria territoriale, il centro di accompagnamento per uomini Liberiamoci dalla violenza (LDV), l'assistenza domiciliare e il Centro di Assistenza e Urgenza (CAU).

2. Seduta del 9 luglio 2020 del *Consiglio del Quartiere Navile* (Atto di Consiglio di Quartiere), il *Gruppo di lavoro Casa della Salute* è stato istituito a gennaio 2019, sulla base della deliberazione del Consiglio di Quartiere O.d.G n. 30/2018.

di formazione continua degli operatori su temi innovativi quali “budget di salute” e analisi integrata dei rischi sociali e sanitari. Il Manifesto propone infine l’istituzione di un “Board” di gestione integrato. Tale organismo, previsto fin dall’origine nella normativa regionale, avrebbe dovuto rappresentare un luogo di “governo integrato” tra sanitario, sociale, Terzo settore e cittadinanza organizzata, con il compito di monitorare i bisogni, indicare priorità e valutare l’efficacia dei servizi.

Il percorso è stato bruscamente interrotto dalla pandemia da Covid-19, durante la quale, paradossalmente, la Casa della Salute è rimasta a lungo chiusa.

Tuttavia, il rinnovato interesse istituzionale suscitato dal PNRR (Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza) e dal Decreto Ministeriale 77/2022, che ridefinisce i modelli organizzativi delle Case della Comunità, ha riattivato, all’indomani della crisi pandemica, il dialogo tra il GdL e la governance sanitaria, permettendo una ripresa delle attività partecipative.

3.1.1 Dalla Casa della Salute alla Casa della Comunità del Navile

Nel 2023 si apre quindi una nuova fase nel quartiere Navile. La direzione aziendale decreta la “trasformazione” della CdS Navile, in Casa della Comunità Navile. Al di là del cambio di denominazione e nonostante il D.M. 77/2022 insista sulla necessità di un forte coinvolgimento della comunità nella progettazione e nella riorganizzazione dei nuovi presidi sociosanitari territoriali, questo processo non si è ancora realmente compiuto. Come verrà illustrato nelle pagine seguenti, dalla primavera del 2023 sono riprese le attività del GdL della nuova Casa della Comunità del Navile, impegnato nel difficile percorso verso un riconoscimento reciproco e verso la costruzione di sedi istituzionali stabili per un go-

verno integrato della salute che coinvolga sanità, sociale e territorio nelle loro diverse componenti. Parallelamente, l'evoluzione sul piano delle pratiche di integrazione risulta più dinamica: pur tra resistenze e complessità, tra gli operatori sembra emergere una cultura rinnovata, che coinvolge una pluralità di soggetti — professionisti sanitari, operatori sociali, associazioni, gruppi attivi nel quartiere e altre figure — che operano quotidianamente sul territorio.

In questo quadro, il ruolo rilevante svolto sia dalla Casa della Comunità sia dal GdL va interpretato all'interno di un più ampio processo di territorializzazione della salute, che si fonda sull'integrazione di diversi "strumenti" (Lascoumes e Le Galès, 2004). Tra questi rivestono particolare importanza i Tavoli di rete — uno per ciascuna zona del quartiere, coordinati dall'Ufficio Reti e Lavoro di Comunità — e il Servizio sociale di Comunità (cfr. SCHEDA 1). Inoltre, nell'autunno dello stesso anno, dalla Direzione aziendale viene comunicato che la Casa della comunità del Navile ha "i titoli" per un *upgrading*: l'apertura, al proprio interno, del CAU - Centro Assistenza Urgenza (aperto h.24/7), un presidio rivolto a tutta la cittadinanza con l'obiettivo di alleggerire accessi impropri ai Pronto Soccorsi e promuovere la cura di prossimità³.

Nel medesimo contesto territoriale è inoltre presente, dal 2019, una sperimentazione ispirata al modello delle Microaree triestine, orientata a promuovere la salute delle popolazioni più fragili attraverso dispositivi di prossimità capaci di facilitare l'accesso, sostenere la presa in carico

3. I CAU, Centri di Assistenza e Urgenza, afferenti alla rete assistenziale delle cure primarie, pur nella loro natura sperimentale rappresentano un modello di applicazione del D.M.77/2022 per gli aspetti relativi alla Continuità Assistenziale previsti nelle Case della Comunità; sono strutture territoriali destinate alla gestione delle urgenze sanitarie a bassa complessità clinico assistenziale che garantiscono, oltre alle prestazioni erogate dalla Continuità Assistenziale, prestazioni non complesse attualmente erogate nei Punti di Primo Intervento e nei Pronto Soccorso [Cfr. Delibera 1206 del 17/07/2023 'Linee di indirizzo alle Aziende sanitarie per la riorganizzazione della rete dell'emergenza urgenza in Emilia-Romagna- prima fase attuativa-anno 2023'].

sociosanitaria e attivare processi di co-costruzione dei propri progetti di salute (Bono e Morin 2022; Bono *et al.*, 2024). Sul piano progettuale la Microarea si configura come un dispositivo di welfare territoriale orientato non solo a rispondere alle vulnerabilità individuali, ma anche a incidere sulle condizioni ecologiche della vita quotidiana, in linea con un approccio universalistico alla prossimità e all'integrazione sociosanitaria. L'équipe di prossimità – composta da infermieri di comunità (dipendenti Ausl), assistenti sociali e operatori di Acer – lavora in uno spazio riconoscibile e accessibile all'interno del quartiere, configurando una presenza istituzionale quotidiana che promuove attività comunitarie, mutuo aiuto e percorsi di capacitazione degli abitanti. Il ruolo di raccordo dell'infermiere di comunità e il lavoro con il Tavolo di Rete Pescarola evidenziano il tentativo di costruire una presa in carico territoriale basata su legami di fiducia e coordinamento interistituzionale.

SCHEDA 1 - Strumenti per l'integrazione sociosanitaria e lavoro di comunità nel welfare locale bolognese

Per comprendere l'esperienza oggetto delle prossime pagine, alcuni dati di sfondo. Accanto alla Casa della Comunità, il processo di territorializzazione della salute qui in oggetto, fa leva sull'integrazione tra diversi "strumenti" (Lascoumes et Le Gales, 2004).

Nel contesto bolognese si è assistito, negli ultimi anni, a una profonda ristrutturazione del sistema dei servizi sociosanitari. Il processo ha previsto il ritiro da parte del Comune delle deleghe precedentemente attribuite alle Aziende sanitarie nelle aree della tutela dei minori e della disabilità, segnando un ritorno della centralità municipale nella gestione delle funzioni sociali. Nel contesto aziendale, si è inoltre consolidata la Direzione Attività Sociosanitarie, istituita nel 2004, con il compito di promuovere dispositivi organizzativi integrati e facilitare la

collaborazione tra professionisti dell'area sanitaria e sociale.

In parallelo, il Servizio Sociale territoriale è stato riorganizzato secondo un modello decentrato, articolato in sei servizi territoriali di quartiere afferenti a un'area centrale, ciascuno con competenze specifiche in ambito comunitario (Servizio Sociale di Comunità) e nell'assistenza alla non autosufficienza.

Nel quadro di questa riorganizzazione in ogni Quartiere è stato istituito un 'Ufficio Reti e Lavoro di Comunità', per facilitare una presa in carico comunitaria dei bisogni sociali, rafforzare le reti sociali e promuovere la coesione sociale. In specifico la costituzione di "Tavoli di rete" o "Tavoli di progettazione partecipata" coordinati dal Quartiere, costituiscono spazi istituzionalizzati di confronto tra cittadini, associazioni, istituzioni e operatori, finalizzati alla co-costruzione di progettualità condivise, basate sull'analisi dei bisogni e sulla valorizzazione delle risorse territoriali. Attraverso questi organismi, il Quartiere promuove iniziative culturali, educative e di inclusione sociale, destinando, in base alla disponibilità di bilancio, risorse economiche a sostegno delle attività.

Un altro elemento centrale è costituito dalle Case di Quartiere, la cui istituzione rientra nel progetto "Case di Quartiere per un welfare di comunità", avviato nel 2019 con l'obiettivo di rinnovare i Centri Sociali Anziani e aprirne gli spazi a tutta la cittadinanza.

3.2 Il nodo dell'integrazione: cantieri aperti

Come accennato in apertura, l'organizzazione sociale del quartiere Navile poggia storicamente su un fertile terreno di civismo organizzato che più recentemente ha contribuito allo sviluppo delle sette Case di Quar-

tiere; realtà complementare a una altrettanto ampia offerta di presidi sociosanitari e servizi socioassistenziali. A partire da tale sfondo, proveremo ora a dare conto per sommi capi di come, nel corso degli ultimi due anni, nel territorio in esame, si siano messe in moto, non senza difficoltà e contraddizioni, dinamiche di territorializzazione dei percorsi di salute e benessere, in un'ottica di integrazione transdisciplinare. Procederemo non in ordine di importanza, né strettamente cronologico, allo scopo di evidenziare gli elementi peculiari di ogni esperienza rispetto al più ampio processo in esame.

La 'Casa di Comunità' incontra le 'Case di Quartiere'

Un primo elemento significativo da segnalare è l'alto livello di ingaggio manifestato dalla Direzione della Casa della Comunità rispetto al ruolo che essa può giocare nel promuovere e consolidare una rete di prossimità, costituita da infrastrutture materiali e sociali in ambito sociosanitario, assistenziale e culturale, formali e informali per favorire il superamento di una concezione meramente biomedica della salute (Crabu, 2016) e come attributo esclusivamente individuale; a favore di una visione secondo la quale la salute emerge dall'interazione dinamica tra individuo e ambiente fisico, sociale, relazionale e simbolico e delle sue articolazioni (Marmot e Wilkinson, 2005). Ciò ha favorito l'avvio di un **programma di incontri tra la CdC e le Case di Quartiere**, al fine di una reciproca conoscenza (di attività e servizi reciprocamente organizzati). Gli incontri, svoltosi tra il 2024 e il 2025, promossi dal GdL hanno visto la partecipazione di volta in volta di operatori della CdC, a partire dal responsabile operativo, operatori sociali del SS di comunità, dell'Ufficio reti, cittadini, associazioni, sindacati etc. La filosofia di fondo è quella di moltiplicare nelle diverse zone del territorio i luoghi in cui si costruisce informazione e conoscenza sui temi della salute, insieme a prevenzione

e promozione.

La ‘prescrizione sociale’

La ‘prescrizione sociale’ (WHO, 2022) rappresenta una pratica innovativa nell’ambito dell’integrazione sociosanitaria, finalizzata a promuovere il benessere globale delle persone, basata sull’idea di affiancare alla prescrizione farmacologica tradizionale una **‘prescrizione sociale’**, appunto, **indirizzando i cittadini verso attività di socializzazione, culturali e comunitarie**. Ciò allo scopo di favorire la costruzione di relazioni tra persone che vivono in prossimità, contribuendo alla riduzione dell’isolamento sociale e al miglioramento della qualità della vita; inoltre, si tratta di una pratica che va incontro alle difficoltà crescenti testimoniate dai MMG di riuscire ad ascoltare i propri pazienti, dedicando loro le attenzioni richieste, a causa dell’elevato carico di lavoro. Nel contesto del quartiere Navile, un primo incontro tenutosi nell’autunno del 2024 presso una delle Case di Quartiere ha segnato un momento significativo di diffusione di questa pratica. All’evento, organizzato congiuntamente dall’Ufficio Reti e Lavoro di Comunità, dalla Casa della Comunità e dal Servizio Sociale di Comunità hanno partecipato circa **25** (su 40) **MMG**, e **2** (su 8) **PLS** e la direttrice del servizio di pediatria territoriale.

A supporto dell’iniziativa, sono stati predisposti materiali informativi in formato cartaceo e digitale di illustrazione delle opportunità offerte dalle attività comunitarie esistenti, distribuiti alla componente medica, al fine di facilitarne l’utilizzo nella pratica clinica quotidiana. Il primo incontro ha segnato l’avvio di un percorso di condivisione con la comunità della sanità territoriale; sono infatti previsti incontri periodici per aggiornare i professionisti sulle nuove iniziative da proporre ai pazienti e per raccogliere elementi utili rispetto all’andamento dell’esperienza.

La “vicinanza solidale” come strumento di promozione della salute

Il progetto è stato attivato dal Servizio Sociale Territoriale (SST) in collaborazione con il servizio di Pediatria presso la Casa della Comunità e rappresenta un esempio interessante di intervento volto a rafforzare i legami sociali come fattore protettivo per la salute. L'intercettazione precoce delle fragilità sociali consente, infatti, di prevenire l'aggravarsi dei problemi di salute, riducendone l'incidenza e rendendone più semplice la gestione.

L'iniziativa ha preso avvio grazie all'osservazione quotidiana delle necessità emergenti all'interno dell'ambulatorio pediatrico della CdC. La pediatra coinvolta ha raccontato come il contatto diretto con i pazienti e le loro famiglie abbia rivelato una pluralità di bisogni, spesso non esclusivamente sanitari, né immediatamente visibili. Un elemento ricorrente rilevato riguardava la presenza di bambini accompagnati ai controlli medici dai nonni, mentre i genitori tentavano di ottenere permessi lavorativi per poter assistere i figli. La situazione evidenziava, da un lato, il bisogno dei bambini di un supporto affettivo continuo, soprattutto in caso di malattia o convalescenza, e, dall'altro, il bisogno di relazioni significative da parte degli anziani, spesso soli o isolati.

Osservando questa articolata angolazione è scaturita l'idea di mettere in relazione questi bisogni complementari attraverso una **rete di supporto reciproco**. La proposta è stata successivamente condivisa e discussa in un confronto con la Responsabile del SST e le colleghe, durante il quale è emerso che uno strumento adeguato era già disponibile: quello della “vicinanza solidale” ampiamente sperimentato dal SST⁴.

4. La ‘vicinanza solidale’ (VS) è uno dei dispositivi presenti nel Programma P.I.P.P.I. (Programma di Intervento per la Prevenzione dell'Istituzionalizzazione), a cui il Comune di Bologna ha aderito come città riservataria dal 2011, e rafforzato a livello nazionale attraverso le Linee di indirizzo “L'intervento con bambini e famiglie in situazioni di vulnerabilità, promozione della genitorialità positiva” (approvate il 21 dicembre 2017).

Questo approccio, volto a facilitare la creazione di legami sociali e a promuovere il benessere attraverso la solidarietà intergenerazionale, si è rivelato il contesto ideale per sviluppare il progetto che è attualmente in corso di implementazione. Tra gli elementi distintivi dell'esperienza vi è quello di favorire l'**incontro intergenerazionale** creando infrastrutture di cura "promiscua" (Alam, Houston 2020; Fragnito e Tola, 2020), che eccedono i legami parentali diretti: specialmente per le famiglie in condizioni di fragilità, ricevere supporto da figure anziane – che godono di elevato rispetto e fiducia, soprattutto in alcune delle culture cui appartengono molti abitanti del contesto – ha contribuito ad attenuare il rischio che insieme al supporto si sviluppasse quel senso di inadeguatezza e di potenziale "messa in competizione" che, per esperienza del SST, caratterizza talvolta le relazioni tra nuclei coinvolti in progetti di vicinanza solidale.

Integrazione linguistica e promozione della salute: l'esperienza della scuola di italiano per madri straniere

Nel 2023, un gruppo di pediatri della Casa di Comunità del Navile ha avviato un **corso di italiano rivolto alle madri straniere** che, durante l'attività ambulatoriale, manifestavano significative difficoltà con l'italiano. Queste **barriere comunicative** compromettevano la presa in carico dei bambini e l'accesso ai servizi, rendendo difficile descrivere i sintomi, comprendere le indicazioni terapeutiche o gestire in autonomia le situazioni di cura, talvolta ricorrendo ai figli più grandi come interpreti⁵ o attendendo il rientro dei mariti per potersi recare in pronto soccorso anche in situazioni non urgenti. Per rispondere a tali criticità, il **corso è stato avviato nella sala d'attesa dell'ambulatorio**, uno spazio percepito come sicuro e facilmente accessibile. Grazie alla

5. Nel ruolo di "giovani caregiver linguistici" che si assentano da scuola per aiutare le famiglie.

collaborazione con i servizi sociali, l'Ufficio Reti e Lavoro di Comunità, l'iniziativa si è rapidamente ampliata, trasferendosi presso la Casa di Quartiere "Katia Bertasi". La possibilità di partecipare insieme ai figli piccoli ha ulteriormente favorito l'adesione.

Gli esiti riguardano sia il miglioramento della comunicazione clinica e dell'aderenza terapeutica, sia il rafforzamento delle reti di supporto e delle competenze personali. Alcune tra le partecipanti hanno intrapreso percorsi formativi successivi o assunto ruoli di volontarie e facilitatrici, evidenziando come interventi radicati nei luoghi di vita e della cura, possano generare pratiche di inclusione e autonomia difficilmente attivabili attraverso strumenti tradizionali. Come osservato dalle professioniste coinvolte, il progetto mette in luce il ruolo crescente dei servizi sanitari territoriali nella mediazione tra bisogni clinici, condizioni sociali e contesti culturali. La qualità della cura passa infatti anche attraverso dispositivi educativi e relazionali capaci di sostenere le famiglie nei loro percorsi di salute.

Budget di salute e recovery

Nel processo di territorializzazione dei percorsi di cura, il *Budget di Salute* (BdS) rappresenta un dispositivo centrale. Elaborato dal Dipartimento di Salute Mentale dell'AUSL di Bologna sulla scia delle esperienze triestine e delle linee regionali, il **BdS opera come strumento sociosanitario integrato capace di mobilitare risorse economiche, professionali e comunitarie attorno a progetti di vita personalizzati**. Attraverso pratiche di coprogettazione che coinvolgono servizi, utenti, famiglie e attori locali, il BdS consente interventi flessibili sui principali determinanti della salute — abitare, socialità, formazione e lavoro — superando la tradizionale separazione tra dimensione sanitaria e sociale e promuovendo una presa in carico centrata sulla persona e sul suo

contesto di vita.

In tale cornice si inserisce il percorso cittadino dedicato alla *recovery*, che si configura come dispositivo complementare al BdS. Entrambi mirano a sostenere processi di capacitazione individuale e collettiva, orientati a restituire alle persone possibilità di scelta, ruoli sociali e appartenenza ai luoghi in cui vivono. Da questa prospettiva nasce il progetto “Conoscere ed esplorare il territorio”, un’esperienza di mappatura partecipata che coinvolge utenti, operatori e associazioni nell’esplorazione e reinterpretazione degli spazi quotidiani — la strada, il quartiere, i luoghi di frequentazione — per individuare opportunità e risorse utili alla costruzione di percorsi di salute personalizzati. La sperimentazione in corso nel quartiere Navile si fonda sull’idea che la conoscenza condivisa del territorio possa sostenere la formazione dal basso di comunità locali a sostegno della salute mentale, riducendo la distanza simbolica tra servizi e cittadini.

Negli ultimi anni, e in particolare nel periodo post-pandemico, questa logica di prossimità ha assunto nuova centralità, rendendo più evidente la necessità di interventi radicati nei luoghi di vita. Da qui prende forma il percorso partecipativo promosso dal Dipartimento di Salute Mentale in collaborazione con il Comune e l’Università, che ha portato alla definizione del processo “La salute mentale come bene comune... Perché ci vuole una città” e alla progettazione di un **Recovery College** cittadino. Nel Navile, tali orientamenti si traducono in iniziative rivolte alla gestione dello stress, ai disturbi emotivi comuni e alla relazione tra corpo ed emozioni, che mirano a consolidare la presenza dei servizi nei contesti comunitari e a rafforzare la continuità tra interventi territoriali e pratiche di recovery.

Attività per over 65 e caregiver

L'attenzione al territorio come spazio generativo di salute non riguarda però soltanto la salute mentale. Si estende ad esempio agli interventi rivolti alla popolazione anziana, promossi dal Servizio Sociale di Comunità e dall'Ufficio Reti e Lavoro di Comunità in collaborazione con associazioni e volontariato locale. Tali iniziative – che spaziano dalle attività motorie dolci alla stimolazione cognitiva, dai gruppi psico-corporei ai Caffè Alzheimer, fino alle programmazioni stagionali come “Estate nel Parco” – hanno l'obiettivo di prevenire l'isolamento, rafforzare l'autonomia e sostenere forme ordinarie di socialità e reciprocità. Le Case di Quartiere e i centri civici, in questo senso, agiscono come infrastrutture di prossimità in grado di intercettare fragilità diffuse e attivare risorse comunitarie in una prospettiva intergenerazionale.

È in questa trama di pratiche territoriali integrate che si inserisce il progetto “Corpo e salute, mi muovo, mangio bene, vivo meglio”, avviato nel 2023 nella Casa di Quartiere “Katia Bertasi” della Bolognina, in un'area caratterizzata da un'alta presenza di anziani a rischio esclusione sociale e di *caregiver* (famiglie e badanti) che spesso sacrificano il proprio benessere per dedicarsi alle attività di cura. L'ingaggio avviene tramite il Servizio Sociale del Quartiere, le Cucine Popolari e Auser. Il percorso combina esercizio corporeo, educazione alimentare, momenti culturali e occasioni di socialità, ponendosi come presidio capace di intercettare fragilità che i servizi tradizionali faticano a raggiungere e gettando le basi per future progettazioni partecipate. Le attività si svolgono settimanalmente e si concludono con un pranzo collettivo offerto dalle Cucine Popolari.

Le esperienze descritte — pur diverse per destinatari e modalità — convergono nel delineare un modello di intervento territoriale che va oltre

la semplice contiguità fisica tra servizi. La normativa assegna formalmente alle CdC la funzione di promuovere l'integrazione con i servizi sociali in primis. Come è evidente, la questione va ben oltre la possibilità di un'accoglienza "fisica" dell'intero spettro di servizi sanitari e sociali richiesti dal territorio: sia per limiti strutturali e organizzativi, sia perché la condivisione di spazi e strutture non mette al riparo da un'integrazione meramente additiva di attività, senza che venga effettivamente perseguita una logica di integrazione funzionale e sinergica tra i diversi ambiti di intervento. Ciò che le esperienze qui sinteticamente illustrate mostrano è l'innescio di processi volti ad affrontare la complessità di interdipendenze e relazioni infrastrutturali che influenzano e modellano le possibilità di salute e benessere delle persone e dei gruppi.

In questa direzione si inserisce anche il progressivo rafforzamento della figura **dell'Infermiere di Famiglia e Comunità (IFeC)**, introdotta a livello regionale come uno degli snodi chiave per superare le tradizionali separazioni tra interventi sanitari e sociali (Colombi, 2022; Toschi, 2022) e attualmente operante nel contesto qui indagato. L'IFeC opera nei luoghi di vita delle persone, integrando monitoraggio clinico, prevenzione, educazione alla salute e attivazione di reti formali e informali. La sua funzione è quella di rendere possibile una presa in carico realmente multidimensionale, capace di cogliere precocemente vulnerabilità che non emergerebbero nei setting sanitari tradizionali e di accompagnare utenti e famiglie nella continuità assistenziale, favorendo la mediazione tra servizi sanitari, servizi sociali di comunità e attori del terzo settore. Il potenziale di tale figura risiede nel sostenere processi di integrazione sociosanitaria centrati sui determinanti di salute, in linea con un approccio di tipo ecosistemico e comunitario. Al tempo stesso, come sottolinea Neri (2025), tale potenziale non è privo di criticità: ambiguità definitorie, collocazioni organizzative non sempre chiare e una imple-

mentazione territoriale disomogenea rischiano infatti di indebolire la capacità dell'IFeC di svolgere pienamente il proprio ruolo integrativo e di trasformazione dei servizi.

Per chiudere, seppure provvisoriamente questa parte, riteniamo doveroso un accenno a una questione che si sta presentando con preponderanza e le cui evoluzioni sono in stretta correlazione con le tematiche qui affrontate: la trasformazione digitale del sistema sanitario in Italia. In specifico l'implementazione dei programmi del PNRR dedicati all'introduzione di tecnologie digitali⁶ ha condotto ai primi risultati tangibili, a partire dalla diffusione delle piattaforme di telemedicina e televisite⁷ alla digitalizzazione degli ospedali e del Fascicolo Sanitario Elettronico (EHR 2.0 - Electronic Health Record)⁸ (+ 22% nel 2023 e + 12% nel 2024 l'incremento della spesa a livello nazionale in *digital healthcare*). Anche l'intelligenza artificiale sta guadagnando terreno nel settore offrendo nuove opportunità⁹, sollevando allo stesso tempo questioni sulla ge-

6. Cfr. la riforma M6C1 che nell'ambito del PNRR interviene sul Servizio Sanitario Nazionale con un riordino strutturale e organizzativo, promuovendo il potenziamento della sanità digitale attraverso il rafforzamento del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), lo sviluppo di software interoperabili e l'adozione di modalità innovative di erogazione dei servizi sanitari a distanza, come la telemedicina. In questo contesto è emersa la necessità di definire le funzioni di Centri Servizi (CS) per la telemedicina: servizi tecnico-operativi rivolti all'utenza (sia assistiti che professionisti sanitari). I CS si inseriscono nel contesto dei nuovi modelli organizzativi della sanità territoriale, definiti dal D.M.n.77/2022, in un'ottica di interazione fra più servizi, interconnessi fra loro e molto spesso interoperabili.

7. A livello nazionale nel 2025 si è registrato un utilizzo delle televisite da parte del 36% dei medici specialisti e del 52% dei MMG; la telemedicina è stata utilizzata dal 30% dei medici specialisti e dal 46% dei MMG. Nel 2025 il 59% dei pazienti dei MMF ha utilizzato WhatsApp per comunicare con il proprio medico (il 40% per condividere documentazione medica, il 29% per condividere informazioni sul proprio stato di salute (PoliMi School of Management, 2025).

8. È pari al 27% a livello nazionale la quota di cittadini che ha fatto almeno un accesso al proprio FSE (II semestre 2025) e al 95,2% la percentuale di MMG e PLS che hanno effettuato almeno un'operazione di alimentazione sul Fascicolo Sanitario Elettronico (periodo di riferimento: dicembre 2025) (Ministero della Salute e Dipartimento per la Trasformazione Digitale, 2025).

9. Nel 2025 ha dichiarato di avere fatto ricorso a GenAI il 26% dei medici spe-

stione dei dati e la loro integrazione nella pratica clinica quotidiana¹⁰ (PoliMi School of Management, 2025; Motterlini e Crupi, 2026).

Nel quadro normativo delineato dal **D.M. 77/2022** e dai relativi decreti attuativi, la telemedicina assume dunque sempre più una funzione strutturale nell'organizzazione dell'assistenza territoriale. In tale prospettiva, la realizzazione dei **Centri Servizi per la Telemedicina** si configura come un elemento tecnico-operativo fondamentale, affinché l'innovazione digitale non resti un semplice investimento tecnologico, ma si traduca in valore concreto per cittadini, professionisti e organizzazioni sanitarie (AGENAS, 2025b). Alla luce del quadro sinteticamente delineato i fattori abilitanti includono investimenti nazionali/regionali (es. PNRR), la diffusione di SPID/CIE e le reti digitali regionali; criticità persistenti sono il *digital divide* e la variabilità di adozione tra fasce d'età.

L'Emilia-Romagna mostra una forte crescita degli accessi al Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), con un aumento significativo dal 2021 al 2024 e una stabilizzazione/ulteriore crescita nel 2025. Uno strumento che in Emilia-Romagna viene molto utilizzato: sono oltre 4,3 milioni i cittadini iscritti al servizio sanitario regionale che hanno rilasciato il consenso attivo alla consultazione del Fse, sfiorando il 90% del totale.

Nel 2024 in Emilia-Romagna si sono registrati 68 milioni di accessi al Fascicolo sanitario elettronico e 72 milioni di documenti consultati. Tra i professionisti, oltre ai MMG e ai PLS che hanno integrato nelle proprie cartelle strumenti per la consultazione, sono soprattutto i farmacisti

cialisti, il 19% del personale infermieristico, il 46% dei MMG (PoliMi School of Management, 2025).

10. A gennaio 2026, OpenAI ha presentato ChatGPT Salute. Interessante a questo proposito l'intervista al filosofo della scienza Vincenzo Crupi: <https://www.openimt.it/se-lintelligenza-artificiale-fa-la-diagnosi-a-che-cosa-servono-i-medici/>.

a servirsi in modo consistente del Fse (oltre 19 milioni di accessi nel 2024), per consultare le prescrizioni dematerializzate di farmaci, ai fini dell'erogazione.

Più ridotto, in un confronto regionale, l'utilizzo di strumenti quali televisite, teleconsulti, telemonitoraggi, teleassistenza, che in Emilia-Romagna ha coinvolto (dicembre 2025) 14.994 assistiti per un totale di 24.787 prestazioni, contro, ad esempio, i 109.587 assistiti della Lombardia per un totale di 241.962 prestazioni (AGENAS, 2025c).

Su questo sfondo, è da segnalare la sperimentazione su larga scala dell'uso della **televisita e del teleconsulto nell'Ausl di Bologna** all'interno del Fondo Nazionale Demenze Regione Emilia-Romagna (RER) 2021-2023 (rinnovato per il triennio successivo), grazie al coinvolgimento dei Centri Disturbi Cognitivi e Demenze (CDCD). Le sedi in cui si erogano televisite sono 3, tra cui il **CDCD Bologna Poliambulatorio Byron del Quartiere Navile** (oltre ai CDCD Appennino - Castiglione dei Pepoli e Reno Lavino Samoggia - Casalecchio di Reno) con il coordinamento progettuale e tecnico del Board di Telemedicina della Ausl Bologna, che ha avuto un ruolo strategico nell'implementazione del modello.

In sintesi, la trasformazione digitale sta assumendo un ruolo sempre più centrale all'interno dei sistemi sanitari, incidendo in modo diretto sull'accessibilità ai servizi, sulla qualità dell'assistenza, sulla continuità delle cure e sulla sostenibilità organizzativa (Scuola Ardigò 2021). In questo scenario emerge con crescente evidenza una nuova categoria di **determinanti digitali di salute**, attraverso i quali l'innovazione tecnologica può contribuire a rafforzare l'efficacia dei determinanti tradizionali, ma anche a definire nuove condizioni abilitanti per la promozione della salute, la prevenzione e la presa in carico dei bisogni della popolazione. L'implementazione delle tecnologie digitali può infatti sostenere la costruzione di percorsi di salute su più livelli: sul piano diagnostico e

assistenziale, attraverso strumenti di telemedicina, visite a distanza e forme di comunicazione con i familiari, ad esempio nel caso di persone con disabilità; sul piano della comunicazione e dello scambio di informazioni tra professionisti; e sul piano del supporto alle condizioni di vita quotidiana, mediante l'uso di ausili tecnologici e soluzioni di domotica, particolarmente rilevanti per la popolazione anziana.

Tuttavia, il potenziale di queste tecnologie può realizzarsi pienamente solo se le **infrastrutture digitali** vengono integrate in **infrastrutture sociali** altrettanto solide. Ciò significa sostenere reti di relazione capaci di contrastare condizioni di marginalità e solitudine, favorire il confronto tra diversi professionisti nella lettura dei problemi e promuovere processi di riconoscimento reciproco e di ricostruzione della fiducia. Solo all'interno di questo intreccio tra **integrazione socio-sanitaria e innovazione tecnologica** la digitalizzazione può contribuire in modo significativo al miglioramento dei percorsi di cura e di salute delle persone.

3.3 La questione della partecipazione: tra co-progettazione e redistribuzione di potere

Come già osservato, l'esperienza del GdL della CdC del Navile nasce per promuovere il confronto sulla salute tra i soggetti territoriali presenti: le istituzioni sanitarie, la società civile organizzata, i cittadini. Nella prima fase della propria esistenza, il GdL si è configurato quale forma di autogestione e [auto]formazione e nella ricerca di una specifica posizione nella governance istituzionale locale.

Vediamo come si è evoluto il percorso nella fase post-pandemica, contestualmente alla realizzazione del passaggio, insieme agli attori territoriali, - la "comunità" - da CdS a CdC, in accordo con le finalità indicate

dalla normativa.

Una tappa di questo percorso coincide con l'**incontro tra il GdL e l'Università di Bologna**¹¹. La collaborazione tra ricercatori e attori del territorio, a partire dal GdL, ha per obiettivo la produzione di conoscenze contestualizzate, di rendere visibili pratiche sociali emergenti e promuovere nuove forme di azione pubblica radicate nei vissuti dei cittadini, in particolare nei modi in cui essi affrontano e interpretano quotidianamente le problematiche legate alla salute. Si tratta di un percorso che assume una **postura “pragmatista”** (Hennion, Monnin, 2020) e di **“sociologia pubblica”** (Bifulco e Borghi, 2023), in cui i ricercatori sono inseriti in un contesto caratterizzato da una notevole complessità sociale per sostenere la promozione della partecipazione civica negli spazi pubblici e la costruzione di culture della salute nel Quartiere Navile di Bologna. In questa logica, da un punto di vista prospettico, il progetto di ricerca ha assunto una dimensione progettuale (Lanzara, 2005) con l'intento di creare valore cognitivo aggiunto per la comunità (e per la sua costituzione), in una logica di trasformazione dell'esistente, a sostegno dell'azione pubblica, dell'apprendimento e del cambiamento istituzionale.

In sintesi, il percorso risponde alla finalità generale di dare concretezza alle potenzialità di co-progettazione e di partecipazione della comunità locale per perseguire processi di territorializzazione dei percorsi di salute, in un'ottica inclusiva e capacitante (Sen, 1990).

Vediamo alcuni esempi.

11. Nell'aprile 2023 è stato avviato il *Progetto Infrastrutture della cura. Saperi, processi istituzionali e partecipazione nella costruzione di una Casa di Comunità*. Il progetto si è sviluppato nell'ambito del formale rapporto di collaborazione tra Dipartimento di Sociologia e Diritto dell'Economia (SDE) dell'Università di Bologna (Proff. Vando Borghi e Barbara Giullari) e Direzione del Quartiere Navile – Comune di Bologna. A seguito dell'assegnazione di una borsa di Dottorato finanziata con fondi PNRR da novembre 2023 collabora allo svolgimento del progetto la Dott.ssa Maddalena Crotti, dottoranda del XXXIX ciclo.

A seguito dell'apertura del CAU (*infra*), accanto all'organizzazione di incontri di presentazione del nuovo servizio, dopo alcuni mesi di attività a regime, nel marzo del 2024 è stato realizzato, in collaborazione con Uni-Bo, un **“monitoraggio popolare”**. Se infatti nei mesi a ridosso dell'apertura si è acceso un ampio dibattito sull'efficacia del servizio in relazione alla più ampia geografia dei servizi sanitari territoriali, esso ha coinvolto perlopiù gli attori della politica e del governo aziendale, ma non i cittadini, né gli operatori quotidianamente in contatto con essi. Il monitoraggio svolto nel CAU del Navile ha assunto invece la prospettiva “a livello della strada”¹² per indagare la relazione tra CAU, CdC e territorio. Accanto alla messa in visibilità di una molteplicità di aspetti relativi alle potenzialità di incremento dell'efficacia del servizio in termini di operatività interna, l'analisi – discussa insieme alla cittadinanza in incontro pubblico organizzato dal GdL in una Casa di Quartiere – ha evidenziato come, affinché il CAU raggiunga il proprio pieno potenziale, sia necessario lavorare sulla maggiore integrazione con gli altri servizi sanitari del territorio. E qui sta il cuore dei processi di territorializzazione: costruire conoscenze, dare visibilità e promuovere possibilità di azione radicate nei modi in cui i cittadini vivono quotidianamente i problemi di salute. È in questo modo che il consolidamento della CdC e delle sue varie articolazioni (ad es. il CAU) esprime il proprio potenziale: un dispositivo di innesco di processi di infrastrutturazione territoriale della salute.

Ed è nella medesima direzione che è stato avviato un processo di **map-**

12. Analisi di sfondo tramite accesso ai dati aggregati raccolti dall'Azienda (n. operatori per turno/qualifiche, n. accessi giornalieri, caratteristiche anagrafiche, n. prestazioni, etc.), essenziali per mettere a fuoco il contesto organizzativo e costruire gli strumenti per gli approfondimenti qualitativi;

- interviste a operatori e operatrici del CAU, al fine di comprendere le dinamiche cooperative del lavoro d'équipe, le sfide quotidiane e le opportunità di miglioramento;

- interviste agli e alle utenti del CAU, raccogliendo le loro esperienze, percezioni e valutazioni sul servizio offerto;

- osservazione partecipante.

patura collaborativa (Guldi 2017), tramite incontri laboratoriali (a titolo di esempio: con donne migranti che frequentano un corso di sartoria; con persone, perlopiù anziane, che frequentano una Casa di Quartiere; con adolescenti frequentanti un doposcuola del quartiere...) delle risorse e dei servizi – formali e informali – che costituiscono l’infrastruttura sociale e sanitaria del quartiere. Quello della territorializzazione della salute è un processo dinamico e in costante evoluzione: sia le comunità locali sia le comunità professionali non sono entità fisse, ma realtà fluide, continuamente ricostruite attraverso azioni, esperienze e interazioni situate. A tale riguardo, la mappatura territoriale si configura secondo due approcci distinti ma interrelati: **mappatura descrittiva** e **mappatura trasformativa** (Panajia *et al.*, 2021; CSI, 2022). La prima fornisce un quadro informativo utile alla gestione dei bisogni di salute e malattia in un dato contesto e al contempo costituisce uno strumento per favorire relazioni di prossimità, intesa come condivisione di intenti e significati, oltre la mera vicinanza geografica. La **mappatura trasformativa**, invece, si propone come pratica di cambiamento, volta ad attivare processi di co-produzione di conoscenze tra attori locali e professionisti della salute. Essa non si limita alla raccolta di dati, ma coinvolge attivamente le comunità in un processo partecipativo che mira alla costruzione di una narrazione collettiva e alla rinegoziazione dei significati connessi alla salute. In questo quadro, la mappa finale è meno importante del processo di mappatura, il quale stimola un dialogo riflessivo e generativo tra cittadini, operatori e ricercatori, promuovendo il riconoscimento reciproco e il rafforzamento delle interdipendenze sociali.

Co-progettazione a Gorki

Un ulteriore elemento di interesse è il **percorso di co-progettazione** avviato nell’autunno del 2022 per la gestione condivisa degli spazi del

Centro Civico Michelini in via Gorki 12 (sede originaria di un poliambulatorio dell'AUSL che una volta dismesso è stato assegnato al Quartiere) con un bando rivolto alle Associazioni attive nel quartiere¹³.

Il GdL si è fatto promotore di incontri tra il tavolo di co-progettazione “formale”, la CdC e le diverse realtà del civismo organizzato, attivando un processo di apprendimento collettivo fondato su due interrogativi cardine: «Chi sei e quali sono i tuoi bisogni?», «Quali azioni intraprenderesti e in che modo?». Le risposte che ne sono scaturite (da parte di una ventina di partecipanti al percorso) hanno esplorato una pluralità di dimensioni riconducibili al **concetto ampio di salute**, includendo tematiche quali le **dipendenze, l'accesso ai servizi sanitari da parte delle persone migranti, la salute mentale**, tra le altre. Tra gli esiti del percorso vi è l'apertura di uno Sportello di orientamento e ascolto. Le attività promosse dall'insieme dei soggetti assegnatari comprendono azioni rivolte a persone fragili accanto a iniziative artistiche (musica, canto, teatro) ed a laboratori di sartoria dedicati alle donne straniere, volti a favorire inclusione e scambio interculturale. I prossimi passi del raggruppamento prevedono un rafforzamento dell'integrazione tra le attività proposte e la popolazione residente, con l'obiettivo di sostenere il ruolo di presidio sociale del territorio e ampliare l'offerta di iniziative ricreative e culturali, così come previsto dal contratto di concessione.

Verso una governance partecipata

Come si è cercato fin qui di esemplificare, a distanza di un percorso iniziato da oltre cinque anni – inframmezzato dall'esperienza pandemica – le iniziative promosse dal GdL si sono moltiplicate, si sono allargati i luoghi della partecipazione, sono state create esperienze di integrazione

13. L'esperienza rientra nel quadro dell'Amministrazione condivisa (Arena, 2006), approccio sistemico adottato nel 2014 da Bologna, prima città italiana, e aggiornato nel 2023 con il “Regolamento per la cura e la rigenerazione e i beni comuni urbani”, comprendente in un'unica cornice normativa tutte le forme partecipative locali, associate e non.

multidisciplinare per promuovere la salute in una prospettiva di prossimità, si sono saldate interconnessioni tra realtà formali e informali. Decine di persone tra professionisti, attivisti, cittadini si sono mobilitati intorno alla costruzione di un'idea condivisa di salute, avviando, non senza difficoltà, tensioni e contraddizioni, la costituzione di una comunità "allargata" di pratiche. In queste dinamiche si intravede un cambiamento culturale che si è nutrito anche di un non scontato riconoscimento da parte delle istituzioni (in specifico quelle sanitarie). Tuttavia, è ancora sul tappeto la natura incompiuta del GdL, tra istituzionalizzazione e partecipazione "dal basso", sostanzialmente privo di potere di incidere sui meccanismi decisionali in tema di salute, a qualsiasi livello. Come già osservato, tra i punti critici del modello CdC è di essere gestite dai Distretti SS (Ingrosso, 2023) e di non godere di alcuna forma di autonomia¹⁴ e ciò rappresenta, tra gli altri, un ostacolo alla possibilità di stabilire forme dialogiche strutturate con il territorio di riferimento, in tutte le sue articolazioni e livelli. Questa consapevolezza ha [ri]messo al centro delle attività del GdL la questione del "board" della CdC al fine di dare vita un nuovo livello di governo integrato della salute del territorio, a partire dalla convinzione che «[...] far "parlare il territorio" non può limitarsi al monitoraggio sociale, né alla generica consultazione; vuol dire investirlo nella co-progettazione» (dal Manifesto GdL).

A partire da questa consapevolezza, all'inizio del 2025 le attività del GdL si sono concentrate sulla promozione di un livello integrato di governo della salute territoriale. Se da un lato il GdL ha avviato il percorso con l'idea piuttosto chiara su quali soggetti dovranno comporre il board della

14. Si osservi che i Responsabili organizzativi (Direttrice/Direttore) nel momento della nomina sono investiti di funzioni operative, senza che ciò comporti alcun riconoscimento di avanzamento di carriera, né economico. Inoltre, queste figure non sono dotate di alcun potere "gerarchico" rispetto ai professionisti presenti nella CdC, per cui il ruolo di coordinamento si fonda sulla capacità di cooptazione dei colleghi.

CdC e con quali funzioni¹⁵, dall'altro la postura adottata è stata quella di promuovere un confronto il più ampio possibile, organizzando incontri aperti alla cittadinanza, organizzata e non, in una logica di *mutual education*, sui temi al centro del processo. Ciò è avvenuto grazie all'organizzazione di una articolata fase di ascolto, tramite incontri pubblici, accompagnati da un lavoro istruttorio e di rielaborazione dei contenuti di volta in volta emersi. Questi ultimi hanno messo in evidenza l'esigenza condivisa dai partecipanti di uno **strumento di governo territoriale più ampio rispetto al perimetro "fisico" della CdC**, interpretando così lo spirito di fondo; in modo speculare, dal confronto sono emerse visioni del concetto di salute oltre la dimensione prettamente medico-sanitaria, per includere aspetti relativi alla qualità dell'ambiente di vita (inquinamento da traffico, vicinanza con l'aeroporto, etc.), alle relazioni sociali (opportunità di socializzazione delle fasce più fragili) e alla garanzia di accessibilità dei servizi per le fasce più fragili della popolazione. È emersa inoltre l'esigenza di articolare l'organismo su due livelli: una base ampia e assembleare e una cabina operativa capace di raccogliere, elaborare e rilanciare le istanze. Altrettanto cruciale è che tale spazio favorisca la **connessione tra saperi, esperienze e attori diversi**. Centrale risulta infine il tema della rappresentanza e del superamento della delega, per garantire una reale capacità trasformativa in un'ottica inclusiva. I lavori sono tuttora in svolgimento e non è possibile anticipare gli esiti in termini di formalizzazione di una proposta rivolta alle istituzioni.

15. Dal Manifesto del GdL (2020): Quartiere/Comune, l'AUSL, i rappresentanti della "comunità" (associazioni, terzo settore ...), MMG, PLS, i rappresentanti di "altri" luoghi della salute di Navile (Poliambulatorio Byron, microaree, ambulatori popolari, etc....); così come quelle che dovranno essere le funzioni: promuovere l'ulteriore sviluppo della CdC come snodo della medicina del territorio, svolgere una funzione di monitoraggio dal basso degli esiti delle innovazioni che via via saranno introdotte, nonché avere un ruolo specifico di ingaggio della comunità nella lettura dei bisogni e nell'individuazione delle priorità di azione; l'integrazione tra CdC e i Tavoli territoriali di rete quali sedi fondamentali della co-progettazione comunitaria sui temi del benessere.

3.4 Riflessioni conclusive e prospettive

L'indagine [in corso] nel Quartiere Navile e di cui si sono illustrati gli elementi salienti suggerisce che la **territorializzazione della salute**, promossa dai recenti dispositivi normativi (cfr. D.M. 77/22) e altrettanti strumenti, anche qualora implementati (vedi ad esempio la concreta realizzazione delle Case di Comunità), affinché si configuri quale processo di ripensamento dell'integrazione sociosanitaria, deve poter fare leva su **logiche infrastrutturali** (Alam e Houston, 2020; Borghi e Leonardi 2024; Montesano *et al.* 2025), laddove il concetto di **"infrastrutture della cura"** può costituire una chiave interpretativa utile a comprendere e sostenere i processi di trasformazione in corso delle istituzioni sociosanitarie del welfare a livello locale, ovvero: l'attivazione dinamica di interconnessioni e interdipendenze tra presidi di prossimità, capace di accogliere conflitti, attivare potenzialità latenti e generare pratiche di trasformazione sociale.

Un elemento imprescindibile del processo risiede nella capacità di mettere in relazione le esperienze di vita delle persone — vere e proprie **"infrastrutture dell'esperienza"** — con le diverse infrastrutture socio-materiali (Borghi, 2021). Il modello delle CdC dovrebbe dunque andare oltre la semplice coesistenza dei servizi, favorendo una reale **integrazione interdisciplinare e transdisciplinare tra ambiti sanitari, sociali, educativi e culturali**. L'obiettivo è costruire visioni condivise della salute come bene comune, attraverso la collaborazione tra professionisti di settori differenti e la partecipazione attiva della comunità.

L'obiettivo principale dell'illustrazione di pratiche territoriali che abbiamo proposto non era di dare conto di esempi particolarmente virtuosi, ma di esemplificare **se e come le Case della Comunità possano diventare luoghi di integrazione sociosanitaria e di promozione di interven-**

ti di prossimità. Ciò è possibile nella misura in cui si configurino come veri e propri «**luoghi dei luoghi**» (FDD, 2025): spazi progettuali in grado di mettere in relazione, in modo integrato, le infrastrutture sanitarie e quelle sociali — formali e informali — garantendo una presenza capillare sul territorio e attivando reti e sinergie tra i diversi presidi sociosanitari di prossimità.

Per promuovere questi processi, a parere di chi scrive, è utile richiamare alcuni elementi emersi dal cantiere di ricerca i quali, alla stregua di “**lezioni apprese**”, rappresentano alcune indicazioni strategiche di carattere generale, che facciano leva su:

- **partecipazione attiva e redistribuzione di potere:** l’istituzione di un **board della Casa della Comunità** (come previsto dalla normativa) può rappresentare uno strumento concreto di partecipazione attiva a sostegno di processi decisionali inclusivi, a partire alla definizione condivisa dei bisogni di salute del territorio nelle sue molteplici espressioni e delle risposte;
- **costruzione di conoscenza pubblica:** il modo in cui le forme/formati di conoscenza scientifica, tecnica, esperienziale etc. mettono a tema le questioni [e ne oscurano altre] che riguardano la definizione stessa della salute come bene pubblico e collettivo ha implicazioni dirette nei processi di territorializzazione della salute; tanto sull’efficacia degli interventi che, più in generale, sulla qualità dell’azione pubblica, poiché definisce i confini dell’inclusione e dell’esclusione nel contesto sociale e istituzionale. A tal fine è opportuno sostenere le sinergie tra **mondo della ricerca accademica e territorio** per consolidare percorsi di ricerca attiva (mappatura collaborativa, osservazione, monitoraggio dal basso di servizi e interventi via via introdotti, etc.), adottando una postura di sociologia pubbli-

ca, quindi non consulenziale, né paternalistica, ma di **mutual education**;

- **processi [re]istituenti del diritto [universale] alla salute**: il diritto “di fatto” (e non astratto) alla salute può essere garantito solo a condizione di stabilire canali di confronto e di azione strutturali e strutturati tra società/comunità (nelle sue diverse espressioni) e le istituzioni pubbliche: a tal fine è opportuno promuovere processi di “uscita” delle istituzioni sanitarie (a partire dalla Casa della Comunità) dalle proprie “mura”, per agire in tutti i quei luoghi, materiali e immateriali, formali e informali in cui si produce salute, per ri-costruire istituzioni della cura (Pioggia, 2017; 2024) in grado di rispondere a una molteplicità di esperienze e interessi. In questa logica riveste specifica rilevanza agire sui **fattori di conversione** che “trasformano” l’accesso alle opportunità e alle risorse sociosanitarie presenti sul territorio in concreti processi di promozione della salute delle persone, a loro volta differenziate in base alla combinazione tra elementi individuali e di contesto (es. persone disabili, persone anziane, persone di origine straniera, persone non autonome nell’utilizzo dei mezzi per la mobilità, etc. etc.); di qui la rilevanza di mettere al centro le **“infrastrutture della cura”** come terreno ampio e complesso, che rimanda non solo a servizi e a prestazioni (il cui funzionamento e la cui erogazione sono, ovviamente cruciali), ma anche ai **processi sociali, relazionali e culturali su cui si fonda l’effettiva costruzione di una “place based care”**, cioè di una concezione della cura intesa secondo l’approccio integrato **One Health** e perseguita *con*, più che *per* i cittadini.

Riferimenti bibliografici

Accorinti, M., Giovannetti M., Gramigna A., Poli C. (a cura di) (2022). *Occasioni e spazi per l'integrazione tra il sociale e il sanitario in Italia*, Roma: Roma Tre Press.

Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali - AGENAS (2025a). *Report nazionale di sintesi dei risultati del monitoraggio DM. 77/2022 I semestre 2025*.

Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali - AGENAS (2025b). *Linee di indirizzo sulla realizzazione e il funzionamento dei centri servizi per la Telemedicina*, ottobre 2025).

Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali – AGENAS (2025c). <https://pnt.agenas.it/area-monitoraggio-reportistica/rendicontazione-nazionale>

Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna (2020). *Valutazione di impatto delle Case della Salute su indicatori di cura 2009-2019* <https://assr.regione.emilia-romagna.it/pubblicazioni/dossier/doss269>

Alam, A., Houston, D. (2020). Rethinking care as alternate infrastructure, *Cities*, vol. 100, pp. 1-10.

Arena, G. (2006). *Cittadini attivi*, Roma-Bari: Laterza.

Berloto, S., Notarnicola E., Longo F. (2020). *Prospettive di innovazione delle politiche pubbliche e dei servizi per anziani per la città di bologna e la sua area metropolitana nel post emergenza covid Principali evidenze emerse nel percorso di ricerca*, CERGAS-SDA-Bocconi.

Betti, M. (2022) Il caleidoscopio dei SSR: caratteristiche e mutamento delle politiche sanitarie in quattro regioni del centro-nord, *Politiche Sociali*, 2, 2022, pp. 239-270.

Betti, M., Maino, F. (2024). A Decade in Transition: Forms of Recalibra-

tion in the Italian Regional Health Systems. *Social Policy & Administration*.

Bifulco L. (2013). Citizen participation, agency and voice, *European Journal of Social Theory*, 16(2), 174-187.

Bifulco, L. e V. Borghi (ed.) (2023). *Research Handbook on Public Sociology*, Cheltenham, Edward Elgar.

Bifulco, L., Neri, S., Polizzi, E. (2022). Diritti Frammentati, aziendalizzazione e declino del territorio, in Dagnes, J., Salento, A. (a cura di). *Prima i fondamentali. L'economia della vita quotidiana tra profitto e benessere*. Milano: Quaderni della Fondazione Feltrinelli.

Biggeri, M., Libanora, R. (2011). From Valuing to Evaluating: Tools and Procedures to Operationalize the Capability Approach. In: Biggeri, M., Ballet, J., Comim, F. (eds) *Children and the Capability Approach*. London: Palgrave Macmillan.

Bissolo, G., Fazzi, L. (a cura di) (2005). *Costruire l'integrazione socio-sanitaria, attori, strumenti, metodi*, Roma: Carocci.

Bono, M., Lapierre, J., Morin, P., (2024). Caring for People and Territories: Brief Historical Review of the Intersectoral Social Innovation Experience of Trieste and Its Habitat Micro-Area Program, in *CINSER*, 15/S1.

Bono, M., Morin, P. (2022). *Il Programma Habitat-Microaree nel contesto pandemico. Potenzialità, limiti, sfide*. Sherbrooke University.

Borghi, V. (2021). Capitalismo delle infrastrutture e connettività. Proposte per una sociologia critica del mondo a domicilio, *Rassegna Italiana di Sociologia*, 3, luglio-settembre, 671-698.

Borghi, V., Leonardi, E. (a cura di) (2024). *Il sociale messo in forma*, Napoli-Salerno: Orthotes.

Brambilla, A., Maciocco, G., (2022). *Dalle Case della Salute alle Case della Comunità*. Roma: Carocci.

Casula, M., Terlizzi, A., Toth, F. (2020). I servizi sanitari regionali alla pro-

va del COVID-19. *Rivista Italiana di Politiche Pubbliche*, 15(3), 307-336.
Centro Studi e Ricerche in Salute Internazionale e Interculturale, Università di Bologna (2022) *L'equità nel diritto alla salute: il contrasto alle disuguaglianze nella città di Bologna. Report delle attività di ricerca*. Dicembre 2022.

Colombi, M. (2022). *L'infermiere/a di famiglia e di comunità: servizi che si territorializzano*», Regione Emilia-Romagna, <https://sociale.regione.emilia-romagna.it/piani-programmi-progetti/verso-il-nuovo-pssr/esperienze/linfermiere-a-di-famiglia-e-di-comunita-servizi-che-si-territorializzano>.

Crabu, S. (2016). *Dalla molecola al paziente. La biomedicina nella società contemporanea*, Bologna: il Mulino.

David, P. (1989). L'integrazione socio-sanitaria: storia di un principio mai realizzato, in *Stato e Mercato*, 25 (1), pp. 73-109.

Forum Disuguaglianze e Diversità (2025), *Case della Comunità. Alla ricerca di una «nuova» nozione di pubblico*, https://www.forumdisuguaglianzediversita.org/wp-content/uploads/2024/12/Impaginato-Case-della-comunita-web_DEF.x61544.x85364.pdf

Fox J. (1989). *Health inequalities in European countries*, Aldershot: Gower Press.

Fraguito M., Tola M. (a cura di) (2021). *Ecologie della cura, Prospettive transfemministe*, Ecologia politica, Napoli-Salerno: Orthotes.

Friel, S. (2019). *Climate change and the people's health* (Vol. 2). Oxford: Oxford University Press.

Geddes Da Filicaia, M. (2020). *La sanità ai tempi del coronavirus*, Roma: Il Pensiero Scientifico Editore

Giorgi, C. (2024). *Salute per tutti. Storia della sanità dal dopoguerra ad oggi*. Bari-Roma: Laterza.

Giullari, B., Lucciarini, S. (2025). I lavoratori del SSN (non) vanno in pa-

radiso. Condizione di lavoro e rappresentanza dopo l'emergenza pandemica: evidenza da una survey settoriale, in *Sociologia del Lavoro*, 172, 73-93.

Girotti, F. (2009). *Amministrazioni pubbliche. Un'introduzione*. Roma: Carocci.

Gori, C. (a cura di) (2022). *Le politiche del welfare sociale*, Milano: Mondadori Università

Guldi, J. (2017) A History of the Participatory Map, *Public Culture*, 29, 1/81: 79–112.

Tudor Hart, J. (1971). The inverse care law. *The Lancet*, 297/7696, 405 - 412.

Hennion, A., Monnin, A., (2020). Du pragmatisme au méliorisme radical : enquêter dans un monde ouvert, prendre acte de ses fragilités, considérer la possibilité des catastrophes: Introduction au Dossier. *SociologieS*.

Horton, R. (2020). Offline: COVID-19 is not a pandemic. *The Lancet*, 365, 874. DOI:[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)32000-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)32000-6)

Hunter, D. J. (1999). Integrated Care. *Journal of Integrated Care*, 3(3):155-161.

Inghrosso, M. (2023). La prospettiva di welfare community nella progettazione e sperimentazione delle Case della Comunità, *Autonomie locali e servizi sociali*, 1/aprile.

Kazepov, Y., Barberis, E., (2013). *Il welfare frammentato*, Roma: Carocci.

Krieger, N. (2011). *Epidemiology and the people's health: Theory and context*. Oxford University Press.

Lanzara, G.F. (2005). La deliberazione come indagine pubblica, in Pellizzoni, L., (a cura di). *La deliberazione pubblica*, Roma: Meltemi.

Lascombes, P., Le Galés, P. (eds.). (2004) *Gouverner par les instru-*

ments. Paris: Presses de Sciences-Po.

Leutz, W. N. (1999). Five laws for integrating medical and social services: lessons from the United States and the United Kingdom.

The Milbank Quarterly, 77(1), 77-110.

Lusardi, R., Tomelleri S. (2018), Phenomenology of health and social care integration in Italy, in *Current Sociology*, 66.

Maciocco, G., Santomauro F. (2014). *La salute globale. Determinanti sociali e disuguaglianze*. Roma: Carocci.

Magnussen, L., Ehiri, J., Jolly, P. (2004). Comprehensive versus Selective Primary Health Care: Lessons for Global Health Policy, in *Health affair*, 23, 3, pp.167-176.

Marmot, M. (2016). *La salute diseguale. La sfida di un mondo ingiusto*. Roma: Il pensiero scientifico.

Marmot, M., & Wilkinson, R. (Eds.) (2005). *Social determinants of health*. Oxford: Oxford University Press.

Ministero della Salute - Dipartimento per la Trasformazione Digitale. (2025) [I numeri del Fascicolo](#).

Moini, G. (2012). *Teoria critica della partecipazione. Un approccio sociologico*, Milano: FrancoAngeli.

Montesano, M. G., T. Cingolani e S. Caselli (2025). Infrastrutture ibride della cura: l'esperienza del Laboratorio di Salute Popolare di Bologna, *Autonomie locali e servizi sociali*, vol. 1, pp. 91-105.

Moulaert, F., Martinelli F., Swyngedouw E., & Gonzalez, S. (2005). Towards Alternative Model(s) of Local Innovation. *Urban Studies*, 42(11), 1969-1990.

Motterlini, M., Crupi, V. (2026) *Decisioni mediche. Un punto di vista cognitivo*. Milano: Editore Raffaello Cortina Editore.

Neretti, L. (2025). *L'integrazione dei servizi tra territorio, comunità e partecipazione: un'analisi sulle Case di Comunità nel comune di Bolo-*

- gna, Bologna: Scuola Achille Ardigò-Comune di Bologna
- Neri, S., Vicarelli, G. (2023). Programmazione delle Case della Comunità e modelli sanitari regionali: Lombardia e Marche a confronto, in *Autonomie locali e servizi sociali*, 1/aprile.
- Neri, S. (2020). Quando i nodi vengono al pettine. La sanità italiana nella pandemia, in *Autonomie locali e servizi sociali*, 2, pp. 231-237.
- Neri, S. (2025). Gli infermieri di famiglia e di comunità in Italia tra ambiguità e opportunità di sviluppo, in *La Rivista delle Politiche Sociali / Italian Journal of Social Policy*, 45–67.
- Panajia, A., et al. (2021) *Il Libro Azzurro per la Riforma delle Cure Primarie in Italia. Applicare il modello della Primary Health Care, Un lavoro collettivo promosso dalla Campagna Primary Health Care*, https://www.welforum.it/wp-content/uploads/2021/10/2021_09_libroazzurro_1v.pdf
- Pioggia, A. (2017). *Diritto sanitario e dei servizi sociali*, Torino: Giappichelli.
- Pioggia, A. (2024). *Cura e pubblica amministrazione. Come il pensiero femminista può cambiare in meglio le nostre amministrazioni*, Bologna: il Mulino.
- Pisani, G. (2022). L'integrazione socio-sanitaria come chiave per l'attuazione del diritto alla salute, in *Materiali per una storia della cultura giuridica*, 2: 475-500.
- PoliMi School of Management (2025) Digital innovation trends – Infographics for 2025. <https://eng.osservatori.net/report/other-eng/digital-innovation-trends-infographics-for-2025/>
- Regione Emilia-Romagna. (2021). *Piano Attuativo Case della Comunità* – <https://salute.regione.emilia-romagna.it>.
- Scuola Achille Ardigò sul Welfare di Comunità e i Diritti dei Cittadini - Comune di Bologna (2021). *Il Progetto culturale della Scuola Achille*

Ardigò sul Welfare di Comunità. Bologna: Scuola Ardigò-Comune di Bologna

Sen, A. K. (1990). Justice: Means versus freedoms in *Philosophy and Public Affairs*, 19(2), 111–121.

Subramanian S.V., Belli P., Kawachi I. (2002). The macroeconomic determinants of health, in *Annual Review of Public Health*, 23.

Toschi, R. (2022), *L'Infermiere di Famiglia e Comunità nell'azienda USL* <https://www.ordineinfermieribologna.it/files/2022/11/Linfermiere-di-famiglia-e-di-comunit%C3%A0.pdf>.

Turco, L., (2007). La Casa della Salute, luogo di ricomposizione delle cure primarie e della continuità assistenziale, in *La Casa della Salute: un progetto del Ministero della Salute. Un incontro nazionale a Roma* il 22 marzo 2007. https://www.uilpa.it/attachments/08_la_casa_della_salute_2007_03_22.pdf

Vicari Haddock, S. (2005). La rigenerazione urbana: frammentazioni e integrazioni. In Bifulco, L. (a cura di) *Le politiche sociali. Temi e prospettive emergenti*, Roma, Carocci, 117-134.

World Health Organization - WHO (1978). *Declaration of Alma Ata*. http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf.

World Health Organization - WHO (1986). Ottawa Charter for Health Promotion, Canadian Journal of Public Health - *Revue Canadienne De Sante Publique* 77 (6):425–30.

World Health Organization - WHO (World Health Organization) (2021) Task Force 1 - Global Health and COVID-19 (2021) *One Health-Based Conceptual Frameworks for Comprehensive and Coordinated prevention and preparedness plans addressing global health threats*.

World Health Organization - WHO (2022). *A toolkit on how to implement social prescribing*. Manila: World Health Organization Regional Office for the Western Pacific.

Il Welfare culturale a Bologna, la dimensione ecosistemica, i processi e gli attori per la promozione di benessere individuale e collettivo

di Roberta Paltrinieri e Orkide Izci

1. Che cosa è il welfare culturale?

In questi ultimi anni assistiamo al proliferarsi di iniziative volte a promuovere welfare culturale. Il tema è entrato nel dibattito pubblico e politico-amministrativo e, così come accaduto per altre processualità, come per esempio l'innovazione sociale, sono proliferate in Italia occasioni di promozione di buone pratiche e crescente interesse per le possibili sinergie che riguardano le dimensioni della cultura e del sociale.

La Scuola Achille Ardigò del Comune di Bologna, con grande lungimiranza, sin dal 2019 ha indirizzato la sua attenzione alle processualità e agli impatti che ineriscono il welfare culturale, lavorando in collaborazione con il Dipartimento delle Arti dell'Università di Bologna. Le esperienze di ricerca messe in azione, in collaborazione con la Scuola Achille Ardigò, dal team del Dipartimento delle Arti, diretto da Roberta Paltrinieri e composto da Giulia Allegrini, Cecilia Depau e Orkide Izci, sono assolutamente innovative se si pensa che proprio nel 2019 è uscito il primo report europeo dell'OMS, Organizzazione Mondiale della Salute, dal titolo evocativo *What is the evidence on the role of the arts in improving health and well-being? A scoping review* (Fancourt & Finn, 2019), il quale ha dato vita a un dibattito scientifico in Italia molto importante. I quartieri interessati a questi interventi di studio e di ricerca sono stati il quartiere Navile (2020), il quartiere San Donato-San Vitale (biennio 2023–2024), il quartiere Santo Stefano (2024/2025), mentre a tutt'oggi,

nel 2026, sono in corso ricerche nei quartieri Porto Saragozza e Savena. La definizione di welfare culturale “indica un nuovo modello integrato di promozione del benessere e della salute degli individui e delle comunità, attraverso pratiche fondate sulle arti visive, performative e sul patrimonio culturale” (Cicerchia et al., 2020). Come anticipato, il welfare culturale si fonda sul riconoscimento, sancito anche dall’OMS (2019), dell’efficacia di alcune specifiche attività culturali, artistiche e creative sulla salute e il benessere delle persone e delle comunità.

Nel più ampio cappello del welfare culturale rientrano le buone pratiche che permettono di promuovere l’empowerment e il benessere soggettivo, il capitale sociale individuale relativo agli aspetti relazionali, contrastare le disuguaglianze di salute e di accesso alle risorse, accompagnare l’invecchiamento attivo contrastando il declino psicofisico.

Il presupposto del welfare culturale è che la “cultura cura”. Nel dibattito internazionale il termine welfare culturale, a seguito delle esperienze maturate nel mondo anglosassone e in Canada, rimanda a un approccio salutogenico. Esso si riferisce a un approccio che studia e promuove la salute concentrandosi sul come le persone possono mantenere o migliorare il loro benessere, piuttosto che solo sulla prevenzione o la cura delle malattie. Questo approccio alla salute è stato sviluppato dal sociologo Aaron Antonovsky, nel 1979.

L’obiettivo del welfare culturale, in questa visione orientata alla salute delle persone, è quello di aumentare la partecipazione culturale al fine di migliorare la qualità della vita di persone fragili fisicamente e psicologicamente. In questo senso, al pari della dimensione più prettamente medica, la cultura cura.

Per il welfare culturale la cura della persona dipende da una relazione sistemica e sistematica di collaborazione fra professionisti di discipline diverse e, soprattutto, da una integrazione di scopo fra i sistemi isti-

tuzionali della salute, delle politiche sociali e quello delle arti e della cultura. Per esempio, la danzaterapia non è semplicemente un esercizio fisico: è un dispositivo relazionale attraverso il quale condividere la propria esperienza, al contempo lavora sulla creatività, sulla elaborazione emotiva e impatta positivamente sulla neuroplasticità.

In tale ottica, nel Regno Unito dal 1994 si è realizzato il programma *Arts on Prescription* (AoP), che si fonda sulla convinzione che la partecipazione a un'attività creativa possa promuovere la salute e il benessere, e faccia parte della più ampia categoria delle prescrizioni sociali che operatori sanitari e/o assistenti sociali possono dare ai propri pazienti. In questo caso le esperienze culturali, come per esempio la danza, la pittura, le visite ai luoghi del patrimonio, sono tutte esperienze nelle quali artisti o curatori possono divenire mediatori e avviare a percorsi di benessere le persone all'interno delle comunità (Bungay & Clift, 2010). L'economista della cultura Sacco (2023) ha sistematizzato questo modello di welfare culturale e i suoi potenziali sviluppi in quattro mosse.

La prima mossa riguarda i percorsi di impatto. Secondo l'economista della cultura, un processo di welfare culturale deve porsi la questione inerente a quali siano i meccanismi bio-comportamentali che generano gli impatti. Per Sacco (2023) è essenziale identificare i "principi attivi" della cultura che agiscono sulla salute, implicando una collaborazione senza precedenti tra medicina, neuroscienze, scienziati comportamentali, artisti e produttori culturali.

La seconda mossa fondamentale riguarda lo sviluppo di protocolli che possano testare gli interventi in modo comparativo e riproducibile in diversi contesti. La creazione di protocolli necessita di sperimentazioni che realizzino una stretta collaborazione tra il mondo della scienza e il mondo della cultura, senza dimenticare quanto importante sia la qualità artistica ed estetica dell'esperienza culturale, non relegandola a

un ruolo ancillare. Neuroscienziati che lavorano con istituzioni culturali, medici, psicologi, assistenti sociali che si relazionano con ballerini e poeti, e così via.

La terza mossa riguarda i partenariati, ovvero la creazione di accordi stabili e a lungo termine tra istituzioni culturali e sociosanitarie, andando oltre la logica della collaborazione episodica.

L'ultima mossa riguarda lo sviluppo di politiche efficaci. Le buone pratiche appaiono ancora, secondo Pierluigi Sacco (2023), sperimentali e non hanno ancora sedimentato buone politiche.

La prescrizione dell'arte che cura è in questo momento oggetto di dibattito del Ministero della Cultura nella convinzione che le buone pratiche di welfare culturale, sviluppatesi negli ultimi anni in Italia, possano divenire *policy*, data la ricchezza nel territorio italiano di luoghi, istituzioni ed eventi culturali¹, privilegiando la prescrizione sociale.

La prescrizione sociale è entrata nell'Atlante Treccani della Cultura come un approccio olistico e innovativo alla salute, che integra cure mediche con attività non cliniche (arte, cultura, sport, supporto sociale). Basato su una prospettiva salutogenica, con la prescrizione sociale si mira a contrastare la solitudine e il "mal di vivere" connettendo pazienti a risorse di prossimità. La prescrizione persegue un approccio olistico: riconosce la salute come dipendente da fattori sociali, economici e ambientali e non solo biologici; valorizza le risorse di comunità: postula che i professionisti sanitari indirizzino i pazienti verso attività culturali, artistiche o motorie, potenziando il "capitale di salute". L'approccio alla prescrizione dà vita alla professione del Liker, ovvero individua il ruolo di un operatore di collegamento, figura chiave che aiuta il paziente a

1. In un convegno tenutosi a Roma il 4 giugno 2025 dal titolo la Prescrizione dell'arte che cura è emerso che la ricchezza culturale dei nostri territori è tale per cui essi possano essere integrati nel sistema sanitario e data la loro efficacia terapeutica possano essere fruiti gratuitamente grazie alla prescrizione medica, sul tema della prescrizione.

individuare le esigenze specifiche e a connettersi con il territorio. Il riconoscimento da parte della Treccani, avvenuto a fine 2025, grazie al lavoro di advocacy proposto dal CCW², associazione di Torino nata nel 2020, segna un passo importante per l'integrazione tra welfare sanitario e welfare culturale.

2. La dimensione culturale nei processi di welfare generativo

Le diverse ricerche sui quartieri realizzate a Bologna permettono di proporre una visione del concetto di welfare culturale meno vincolata a pratiche di prescrizione sociale, molto diffuse nel mondo anglosassone. Le ricerche sui quartieri prima ricordati, nel quartiere Navile, nel quartiere San Donato-San Vitale per un biennio e, infine, nel quartiere Santo Stefano, ci permettono infatti di riflettere su un approccio di tipo ecosistemico, che - pur non negando il valore fondamentale della prescrizione né quello della salute intesa in modo olistico, anzi essendone il presupposto - sposti l'attenzione verso una dimensione più collettiva. Se la prescrizione sociale è una buona pratica che implica il miglioramento delle condizioni individuali di salute, tramite un'azione concreta di impegno verso risorse di comunità - ne sono un esempio concreto i progetti *Dance Well* dedicati al Parkinson e *Lo scioppo di teatro* promosso da ERT, rivolto ai minori in rete con il sistema pediatrico, non dobbiamo dimenticare, e l'esperienza nei quartieri di Bologna lo dimostra, che il welfare culturale è fondamentalmente il riconoscimento del valore della dimensione della cultura nei processi di welfare di comunità. Prospettiva questa che accoglie appieno un dibattito internazionale

2. Il CCW +, ovvero Centro Studio sul Welfare Culturale, è nato a Torino dal 2020 ed è presieduto da Catterina Seia ed è il primo centro nato specificamente sul tema.

che ricolloca la dimensione culturale nei processi di democrazia, per esempio le raccomandazioni presentate nel documento europeo del 2023 “Culture and Democracy, the evidence. How citizens’ participation in cultural activities enhances civic engagement, democracy and social cohesion: lessons from international research”.

Nella Città di Bologna, nelle indagini della Scuola Ardigò, il welfare culturale ispira processualità sociali che ricomprendono forme innovative del welfare e i più allargati processi di innovazione sociale e culturale (Andersen & Pors, 2016).

Al centro del welfare culturale, in un’ottica più collettiva, ci sono i processi di welfare più innovativi come quelli di secondo welfare (Maino, 2023). In particolare, fondamentale in questo approccio è il tema dell’*agency*, sia individuale che collettiva, ovvero la promozione di capacità culturali delle comunità, cioè la capacità di generare *landscapes* alternativi, seguendo la teoria dell’immaginazione di Appadurai (2004). Gli atti del programmare, produrre, distribuire e/o redistribuire e consumare cultura producono così una catena di valore che ha un profondo impatto sociale. Tuttavia, le capacità culturali non sono equamente distribuite: incidono sulla loro disseminazione le disuguaglianze in termini di risorse materiali, cognitive e sociali, le quali a loro volta incidono sulla capacità di “navigare” tra un complesso insieme di norme, a partire dalle quali poter appunto riappropriarsi di un modo di rappresentarsi il futuro, per questo è opportuno parlare di produzione di capitale culturale collettivo, che sia al contempo il presupposto e il prodotto per un’azione trasformativa dei soggetti del terzo settore.

In questo senso va reinterpretato il welfare culturale, inteso con una finalità più eminentemente legata al benessere collettivo. In questa accezione il welfare culturale promuove pratiche culturali e la loro messa in rete, promuovendo coprogettazione, il cui fine è la produzione di ca-

pacità culturali e la promozione di partecipazione culturale. Così interpretato, il welfare culturale si colloca all'interno di ecosistemi culturali, come per esempio i festival, le rassegne, i percorsi di coprogettazione di rigenerazione urbana a base culturale (Manzoli & Paltrinieri, 2021). In letteratura gli ecosistemi culturali rappresentano una risorsa strategica per promuovere la coesione sociale, valorizzare il patrimonio culturale, stimolare lo sviluppo economico sostenibile attraverso la cultura, favorire i processi di *community building*, la partecipazione culturale, i processi di innovazione sociale (Argano, 2021) e la cultura della prossimità. La "prossimità" non riguarda solo la vicinanza geografica: include la qualità delle relazioni, la fiducia, l'empatia e la condivisione di risorse. Ezio Manzini (2021), riprendendo le riflessioni del geografo Boschma (2005), sottolinea che un sistema di prossimità funziona quando la vicinanza fisica si intreccia con relazioni di reciproca fiducia. Nelle città, per esempio, le infrastrutture socioculturali (biblioteche, scuole, spazi civici, parchi, ma anche teatri e musei) sono le condizioni strutturali che consentono le connessioni interpersonali e lo sviluppo di capitale sociale (Klinenberg, 2018).

Le infrastrutture favoriscono il contatto fra le persone, animano la vita dei quartieri, permettono la costruzione di legami duraturi e sostengono la capacità di aiutarsi e di agire in modo resiliente. Le infrastrutture sociali richiedono quindi progettualità, cura e investimenti, e sono quanto di più lontano dai processi di pura gentrificazione.

La cultura della prossimità mette in relazione la dimensione socio-culturale (capitale sociale, fiducia) con quella socio-spaziale (i luoghi) (Castrignanò, 2012). Essa richiama un'idea di democrazia della cura fondata sul riconoscimento del bene comune, sulla condivisione di risorse, sulla dimensione collettiva delle pratiche culturali e sulla costruzione di comunità autentiche.

D'altro canto, gli epidemiologi, i sociologi, gli psicologi, gli antropologi, gli economisti civili e della felicità hanno da tempo asserito che esiste una relazione tra contatti sociali, salute e longevità³. Nelle relazioni ecosistemiche, fondate sulla cultura della prossimità, trova atterraggio l'idea che la funzione della cultura non sia accessoria e residuale, ma che la cultura abbia un valore sociale (Paltrinieri, 2022) perché ambito di ricucitura di senso e capacitazione, base per una visione collettiva in continua evoluzione. Detto in altre parole per essere più chiara: la cultura, quando è vissuta e progettata nella prossimità, diventa un vero e proprio atto di cura, per le persone, per le comunità, per i territori.

Se si accettano i presupposti di questo diverso approccio alla cultura, ciò a cui deve tendere il welfare culturale è, dunque, un processo di crescita della partecipazione culturale, laddove il fine ultimo dell'attivazione della partecipazione culturale è la promozione di "cittadinanza culturale", la quale appare il presupposto per uno sviluppo territoriale sostenibile che si ponga come obiettivo il superamento dello iato creato dalle disuguaglianze delle chance di vita delle persone.

Così osservati, i luoghi come i musei, i teatri, le biblioteche (Agnoli, 2023), ma anche i parchi, le piazze, le scuole, i festival e le rassegne culturali diventano delle vere e proprie "agenzie di trasformazione socioculturale per le comunità locali" (Maino, 2023, p. 58).

3. A partire dalla crisi del 2008 sono molti gli studi che hanno problematizzato il tema della felicità e rifondato il paradigma della misurazione del benessere dei territori e della vita delle persone dando l'avvio a strumenti alternativi al PIL, come per esempio il BES proposto dall'Istat.

2.1 L'esempio del quartiere Santo Stefano per uno sviluppo di processi di welfare culturale a Bologna

La ricerca condotta dal team del Dipartimento delle Arti nel Quartiere Santo Stefano è un'esemplificazione delle ricerche svolte nei quartieri di Bologna. La scelta di proporre questa ricerca, tra le altre, nasce dal fatto che essa ha avuto come obiettivo quello di approfondire i ***“molteplici e potenziali significati e ambiti di applicazione del welfare culturale in chiave ecosistemica”*** in una area specifica del quartiere Santo Stefano: l'area Irnerio. Alcuni degli elementi indagati in questa ricerca sono emersi anche negli altri quartieri indagati, anche se le ricerche sul Navile e San Donato e San Vitale erano mirate più specificamente alla lettura del welfare culturale come risposta a bisogni emergenti (il Covid nel 2019 al Navile e la questione giovanile nel Quartiere San Donato) piuttosto che come operativizzazione di un modello.

La ricerca a Santo Stefano ha impiegato una metodologia qualitativa e partecipativa, coinvolgendo le componenti del quartiere, in particolare la Presidente del Quartiere e l'Ufficio Reti, come collaboratori centrali lungo tutte le fasi dello studio.

Il progetto è stato concepito e implementato come un'iniziativa di ricerca-azione partecipata, fondata sui principi di co-progettazione, finalizzata a mappare l'ecosistema culturale del Quartiere Santo Stefano in relazione alle pratiche di welfare culturale. È stato sviluppato congiuntamente dalla Scuola Achille Ardigò del Comune di Bologna, dal Quartiere Santo Stefano (unità amministrativa all'interno del sistema di governance decentrata della città) e dal Dipartimento delle Arti dell'Università di Bologna.

La prima fase del progetto ha riguardato la pianificazione congiunta e ha incluso la costituzione di un comitato di indirizzo (steering commit-

tee), l'implementazione di un processo di outreach e la co-progettazione degli strumenti di ricerca. In questo quadro di metodologia partecipativa, la Scuola Achille Ardigò, il Quartiere Santo Stefano e il gruppo di ricerca universitario hanno lavorato insieme per definire le caratteristiche contestuali salienti del quartiere e identificare un campione qualitativo di associazioni del terzo settore attive nell'area. La selezione è stata informata da criteri elaborati insieme all'Ufficio Reti del Quartiere Santo Stefano, unità comunale responsabile della promozione di reti di comunità, della progettazione partecipata e del coordinamento tra attori locali.

Questa fase di co-progettazione ha posto le basi per lo stadio successivo di lavoro sul campo e raccolta dati, assicurando che strumenti di ricerca e strategia di campionamento fossero non solo metodologicamente solidi, ma anche profondamente radicati nelle dinamiche sociali del quartiere e nell'ethos partecipativo che sostiene il modello bolognese di welfare di comunità (Manzoli & Paltrinieri, 2021).

In totale, sono state selezionate, ai fini della ricerca, diciotto associazioni che operano prevalentemente nell'area Irnerio, individuata come una delle zone del quartiere maggiormente esposte a fragilità socioeconomiche. Ogni organizzazione ha partecipato a un'intervista approfondita semi-strutturata, volta a esplorare la loro storia, le attività e il ruolo percepito della cultura e delle arti nel favorire il benessere comunitario e il welfare culturale. Le interviste hanno approfondito diverse dimensioni chiave: la storia generale e la missione di ciascuna associazione; le attività e i progetti implementati nel Quartiere Santo Stefano; il ruolo percepito di cultura e arti nella promozione del benessere comunitario; l'esistenza e il funzionamento di reti e collaborazioni locali, insieme alle principali criticità incontrate; gli strumenti e i metodi impiegati per la valutazione dell'impatto; infine, le partnership in corso e potenziali tra

attori locali che potrebbero sostenere lo sviluppo futuro di iniziative di welfare culturale nel quartiere. Complessivamente, tali dimensioni sono state pensate per mappare la costellazione dell'ecosistema di welfare culturale del quartiere, evidenziando come le organizzazioni del terzo settore, attraverso processi di welfare di comunità, promuovano attivamente partecipazione culturale, inclusione e benessere come componenti interconnesse dello stesso tessuto relazionale.

Tra ottobre 2024 e febbraio 2025, il gruppo di ricerca ha condotto interviste semi-strutturate con le associazioni selezionate, i comitati e le Case di Quartiere. Quando possibile, le interviste si sono svolte in presenza, negli spazi fisici delle associazioni, consentendo ai ricercatori di osservare direttamente gli ambienti e le attività in corso. In un numero limitato di casi, soprattutto quando vincoli logistici rendevano impraticabili gli incontri in presenza, le interviste sono state svolte online. I partecipanti includevano tipicamente la/il presidente o rappresentante dell'organizzazione; in vari casi erano presenti anche altri membri o collaboratori, arricchendo la prospettiva collettiva. Le interviste sono durate tra 50 e 75 minuti e spesso si sono estese oltre la griglia formale delle domande, poiché molti partecipanti hanno invitato il gruppo di ricerca a visitare gli spazi, osservare le iniziative e intrattenere scambi informali. Tutte le interviste sono state audio-registrate con il consenso dei partecipanti e successivamente trascritte integralmente. Le trascrizioni sono state quindi codificate tematicamente mediante un approccio di analisi qualitativa del contenuto, per individuare pattern ricorrenti e categorie relative a pratiche, significati e dinamiche organizzative del welfare culturale. Nella presentazione degli estratti empirici all'interno di questo articolo, tutte le informazioni identificative (come nomi di associazioni, progetti o riferimenti organizzativi specifici) sono state deliberatamente omesse. Tale scelta risponde sia a considerazioni etiche relative alla pri-

vacy dei partecipanti, sia a richieste esplicite avanzate da diverse organizzazioni e attori istituzionali, finalizzate a evitare esposizione pubblica o potenziali fraintendimenti delle loro dichiarazioni. Questo processo analitico ha permesso di tracciare interconnessioni tra attori, spazi e attività, mostrando come iniziative culturali, reti e collaborazioni contribuiscano a plasmare un ecosistema condiviso di welfare a livello di quartiere. In questo senso, i dati qualitativi non hanno soltanto raccolto narrazioni ed esperienze di singole associazioni, ma hanno anche illuminato la dimensione relazionale dell'ecosistema di Welfare Culturale, i suoi nodi, sinergie e tensioni, consentendo di concettualizzare il Quartiere Santo Stefano come una costellazione di relazioni culturali, sociali e istituzionali che, insieme, sostengono il benessere comunitario. Sulla base delle interviste condotte, è stato possibile sintetizzare, all'interno di una mappa concettuale, cinque macrocategorie emerse dai dati che definiscono l'ecosistema di welfare culturale del Quartiere Santo Stefano. Tali categorie comprendono i principali ambiti attraverso cui le associazioni locali contribuiscono al benessere della comunità, dalla partecipazione culturale e l'educazione alla promozione della salute, all'inclusione sociale e alla rigenerazione urbana, e illustrano nel loro insieme la natura interconnessa delle pratiche di welfare all'interno del tessuto socioculturale del quartiere. Una sintesi di questi cinque domini è presentata nella Tabella 1.

Ambito	Attività	Obiettivi	Beneficiari
Welfare Culturale: promozione della cittadinanza culturale e accessibilità	Organizzazione di eventi culturali (concerti, teatro, cinema all'aperto, club di lettura, presentazioni di libri, cori, giochi di società e di ruolo, corsi e workshop nell'ambito culturale ed artistico)	Rafforzare il tessuto sociale attraverso cultura e partecipazione	Cittadinanza generale, pubblico eterogeneo di tutte le età
Educazione e Formazione	Laboratori didattici, workshop, residenze artistiche, corsi, seminari, valorizzazione memoria storica, narrazione e autobiografia come pratiche di istruzione e sensibilizzazione	Sensibilizzazione e sviluppo di competenze critiche, costruzione di comunità di pensiero critico	Bambini, studenti, donne, cittadini interessati a temi culturali e sociali
Salute e Benessere	Attività fisica adattata, yoga, ginnastica dolce, musicoterapia, promozione di stili di vita sani	Migliorare la salute fisica e mentale, prevenire malattie, contrastare isolamento	Bambini, anziani, persone con disabilità, ex pazienti, <u>caregiver</u>
Welfare Culturale per contrasto alle disuguaglianze e la promozione di inclusione sociale	Seminari e corsi artistici per contrastare disuguaglianze, attività di reinserimento in carcere, supporto alle vittime di violenza	Favorire inclusione sociale, <u>empowerment</u> delle persone svantaggiate, consapevolezza dei diritti ed <u>advocacy</u>	Ex detenute, persone/donne/bambini emarginati o in svantaggio sociale
Rigenerazione urbana a base culturale per contrastare il degrado urbano e coesione sociale	Riqualificazione e cura di spazi pubblici, creazione di spazi comunitari, gestione partecipata di beni comuni	Contrastare il degrado urbano, promuovere socializzazione e benessere, rafforzare il senso di comunità	Cittadini di tutte le età, residenti dei quartieri, focus su bambini e fasce vulnerabili

Tabella 1. L'ecosistema di welfare culturale nel Quartiere Santo Stefano

Questi cinque domini non vanno intesi come categorie isolate o reciprocamente esclusive, ma piuttosto come dimensioni interconnesse e sovrapposte di un ecosistema dinamico di welfare culturale. Molte or-

ganizzazioni operano simultaneamente in più ambiti, riflettendo la natura ibrida e cross-settoriale delle loro pratiche. La mappa concettuale cattura, dunque, la complessità relazionale dell'ecosistema del quartiere, in cui attività culturali, sociali, educative e orientate alla salute convergono per promuovere partecipazione civica e culturale, benessere e inclusione. Questa configurazione multidimensionale evidenzia come il Welfare Culturale appaia ma come un sistema integrato di pratiche comunitarie che intrecciano espressione artistica, innovazione sociale, coesione sociale e sviluppo locale.

Per ciascuna categoria, la mappa concettuale delinea le attività principali, gli obiettivi perseguiti e i gruppi beneficiari di riferimento. Le interconnessioni tra categorie mostrano come obiettivi condivisi e ingaggio multisettoriale generino un sistema integrato di intervento socioculturale. Molte iniziative attraversano categorie differenti, poiché numerose organizzazioni operano in aree sovrapposte e interconnesse di azione sociale e culturale. Questo carattere ibrido e trasversale rende difficile delineare confini rigidi. Di conseguenza, la mappa concettuale va intesa come un quadro rappresentativo che riflette la complessità di un ecosistema in cui le macrocategorie fungono da guide interpretative senza esaurire la ricchezza delle intersezioni tra pratiche, domini e finalità. Per proteggere la privacy di partecipanti e organizzazioni coinvolte, i nomi delle associazioni non sono stati inclusi nella mappa.

3. Per un approccio ecosistemico al welfare culturale

I risultati di questo studio, abbiamo preso come esempio il quartiere Santo Stefano, ma le stesse considerazioni valgono anche per le altre realtà bolognesi di quartiere indagate, illustrano come il Welfare Cultu-

rale operi come ecosistema integrato di realtà socioculturali, appartenenti al terzo settore, che si attivano e abilitano il territorio con pratiche che mirano a dimensioni quali educazione, benessere, inclusione sociale e rigenerazione urbana, rispetto alle quali la pubblica amministrazione opera con processi di facilitazione, messi in campo dall'ufficio reti dei quartieri.

Più che funzionare come insieme di interventi separati, il materiale empirico raccolto nel quartiere Santo Stefano - ma più in generale nel contesto di tutti i quartieri indagati - dimostra come il welfare culturale produca percorsi ecosistemici capaci di creare una infrastruttura relazionale. Il welfare culturale è, dunque, parte del welfare di comunità cittadino capace di produrre innovazione sociale e di creare interazioni culturali, sociali e istituzionali attraverso le quali le comunità: la pubblica amministrazione nelle sedi del decentramento i quartieri, il terzo settore, i cittadini generano benessere individuale e collettivo.

In questo senso, lo studio del welfare culturale bolognese dimostra come nel territorio siano presenti attori di terzo settore che, in una dimensione *bottom up*, sono in grado di produrre ecosistemi di partecipazione culturale, radicata e di prossimità, fondata su incontri quotidiani e pratiche condivise, che possono generare capabilities, rafforzare coesione sociale e favorire forme inclusive di cittadinanza. Se trasliamo nel sociale la definizione che troviamo sulla Treccani, riferita agli ecosistemi naturali, possiamo affermare che: "Ecosistema è una metafora per analizzare le intersezioni tra attori, organizzazioni e istituzioni che interagiscono in un territorio, generando scambi di risorse materiali e simboliche e producendo equilibrio o innovazione nel tempo".

Ecco che parlare di ecosistemi di welfare culturale significa essenzialmente parlare di modelli di governance generativi e trasformativi. Nell'osservare la catena di produzione del valore sociale che realizza

il welfare culturale, gli ecosistemi appaiono un insieme di attori diversi che collaborano per obiettivi comuni, preservando le proprie specificità, la cui finalità è la messa a sistema di buone pratiche territoriali in policy atte a riconoscere il ruolo della cultura come leva di sviluppo delle comunità (Seia, 2026), che si traducono in politiche sensibili ai luoghi (*place-based*), con l'obiettivo di creare *community building* inteso come processo sistemico di capacitazione reciproca tra tutti gli attori coinvolti nel processo.

Come scrivono Ecchia et al. (2024, p. 15): “Gli ecosistemi di successo adottano modelli di governance che integrano la direzione istituzionale (top-down) con la creatività della base (bottom-up). Questo processo richiede un capacity building continuo, in cui non c'è una semplice trasmissione di sapere, ma una trasformazione delle identità degli attori coinvolti (istituzioni, terzo settore e cittadini) affinché imparino a collaborare in modo sistemico”. Così osservato, il welfare culturale è un welfare di comunità e di prossimità a base culturale, le cui finalità sono promuovere salute e benessere collettivo, favorire inclusione sociale ed empowerment, contrastare disuguaglianze. Come affermano Cicerchia et al. (2020): “La cultura non è un lusso, ma una condizione di benessere. È ciò che ci permette di prenderci cura di noi stessi e degli altri”.

La caratteristica saliente di questo modello ecosistemico è quella di essere trasformativo e generativo. Quando si parla di trasformatività si intende la tensione verso un cambiamento reale, profondo e duraturo a livello individuale, istituzionale e sistemico per promuovere processi di emancipazione sociale. La generatività, invece, riguarda la capacità di dare vita a processi di innovazione sociale e culturale, generare nuove forme di risposte a bisogni vecchi e nuovi. La generatività si fonda su un quadro di collaborazione con altri attori sociali, la cui evoluzione non è lineare. Gli ecosistemi generativi sono, dunque, infrastrutture capaci

di originare nuovi orientamenti e comportamenti, attraverso continui adattamenti che portano a far emergere configurazioni comunitarie spesso inaspettate e non del tutto prevedibile nella progettazione.

Queste due dimensioni sono ben presenti negli ecosistemi indagati, perché gli attori che condividono risorse e relazioni possono auto-organizzarsi per produrre valore sociale e innovazione ed il community building ne è la “linfa”, permettendo a questi ecosistemi territoriali di non essere una struttura rigida, ma un organismo vivente e trasformativo, capace di mobilitare l’azione collettiva per affrontare sfide complesse.

L’approccio ecosistemico completa e integra l’approccio salutogenico, nella dimensione del community building, è fondamento e nutrimento della stessa prescrizione sociale, perché la relazione tra questi processi è circolare e co-evolutiva. In tal senso gli ecosistemi di welfare culturale vanno intesi, come infrastrutture di benessere relazionale, Da questa prospettiva discende il riconoscimento del diritto alla bellezza e alla partecipazione culturale come nuove forme di cittadinanza e alimentazione di processi democratici di partecipazione, In questo quadro epistemico si ricolloca il social turn dei luoghi di cultura (musei, biblioteche, teatri), intesi come presidi di prossimità e vere proprie infrastrutture di comunità, finanche spazi abilitanti per la collaborazione. Ecco perché il modello orientato alla prescrizione sociale trova supporto e fondamento negli ecosistemi che sono stati tematizzati.

Si comprende perciò come il corpus delle ricerche bolognesi dimostrino come pratiche culturali ed educative contribuiscano ad ampliare ciò che Appadurai (2004, p. 67) definisce “capacity to aspire”, intesa qui come orientamento verso futuri possibili socialmente distribuito e culturalmente mediato. Attraverso laboratori, residenze artistiche, pratiche dialogiche e attività che promuovono pensiero critico, le associazioni del quartiere creano spazi in cui l’immaginazione diventa potere so-

ziale condiviso, più che privilegio individuale. Queste pratiche non solo co-producono e trasmettono conoscenze: formano comunità riflessive capaci di interpretare le condizioni presenti, negoziare significati collettivamente e immaginare orizzonti alternativi di possibilità. L'enfasi su dialogo filosofico, lavoro sulla memoria e pratiche artistiche embodied mostra come il Welfare Culturale mobiliti forme di agency culturalmente situate che rafforzano dimensioni cognitive, relazionali ed espressive della vita comunitaria.

Secondo l'approccio ecosistemico la lettura dei risultati di ricerca evidenzia il contributo del Welfare Culturale a salute e benessere attraverso approcci salutogenici e non medicalizzanti. Richiamando il quadro di Antonovsky (1979; 1987; 1996), le attività basate sull'esperienza corporea come musicoterapia, arti partecipative e pratiche che sviluppino attenzione al corpo e al respiro funzionano come supporti interpersonali, cognitivi e culturali che consentono a individui e gruppi di attraversare l'incertezza, contrastare isolamento e rafforzare un "sense of coherence" (Antonovsky, 1987, p. 138) e un senso di appartenenza alla comunità e al quartiere. L'analisi complessiva sul territorio bolognese conferma che il benessere emerge non solo da percorsi di cura strutturati e medicalizzati, ma anche dalla capacità delle comunità di mobilitare pratiche culturali che creano significati condivisi, connessione relazionale e opportunità di agency. Questo sostiene la letteratura recente secondo cui la partecipazione culturale promuove salute non perché l'arte venga usata strumentalmente come terapia, ma perché crea contesti di prossimità, riconoscimento e ingaggio collettivo, in cui la resilienza si costruisce attraverso l'esperienza condivisa.

Inoltre, il modello di welfare culturale bolognese mostra un potenziale distintivo nel favorire inclusione e affrontare disuguaglianze. Le associazioni che lavorano con donne, ex detenuti, migranti, caregiver e gruppi

marginalizzati mostrano come le attività culturali diventino catalizzatori di empowerment, consapevolezza dei diritti e ricostruzione di narrazioni personali e collettive. Queste pratiche rivelano come la partecipazione culturale permetta alle persone di riflettere e discutere problemi comuni, apprendere insieme e sviluppare nuove forme di appartenenza e identità collettiva basate su momenti di riflessione condivisa. La ricerca mostra che la partecipazione non richiede adesione a norme culturali formalizzate: emerge invece da spazi conviviali, incontri informali e sperimentazioni creative in cui si può “stare insieme, pensare insieme e creare insieme”, oltre a vincoli di ruoli istituzionali o stigmi sociali.

Infine, i risultati evidenziano la stretta connessione tra Welfare Culturale e processi di rigenerazione urbana. La presenza culturale, attraverso eventi, giardini di comunità, laboratori condivisi o la vita ordinaria degli spazi associativi, agisce come infrastruttura di prossimità che trasforma lo spazio pubblico. In un contesto spesso segnato da frammentazione e routine individualizzate, la presenza fisica di persone impegnate in attività culturali contribuisce a contrastare insicurezza, ripristinare fiducia sociale e produrre forme relazionali di cura territoriale. Lo studio mostra che gli attori culturali non si limitano alla produzione artistica: si impegnano in manutenzione, mediazione e costruzione comunitaria, generando spazi condivisi di socialità e prossimità in cui la convivenza viene appresa e negoziata quotidianamente. Questi processi mostrano che il welfare culturale può sostenere rigenerazione urbana non solo migliorando l'aspetto materiale dei luoghi, ma riconfigurando gli ecosistemi sociali che definiscono come gli spazi pubblici vengono vissuti, percepiti e governati collettivamente.

Gli effetti osservati riguardano la processualità di costruzione del benessere, il rafforzamento dei legami sociali, il maggiore senso di sicurezza, l'ampliamento delle capabilities e ingaggio civico sono reciprocamente

rinforzanti. Emergono dalla capacità delle pratiche culturali di produrre prossimità, abilitare incontri e sostenere produzione di significato condiviso a diversi livelli della vita sociale.

4. Per concludere: indicazioni per il futuro

Un elemento chiave che emerge dagli studi sul welfare culturale di Bologna è che il welfare culturale genera forme di prossimità (fisica, relazionale e simbolica) che mirano a contrastare tendenze all'individualizzazione e alla frammentazione nella vita urbana contemporanea. Le pratiche culturali favoriscono incontri, incoraggiano riflessione collettiva e produzione di senso, e creano opportunità per costruire fiducia e reciprocità. Queste dinamiche, a loro volta, sostengono resilienza e processi di capacity-building che risuonano con la prospettiva salutogenica di Antonovsky (1979, p. 99), mostrando come le esperienze culturali operino come “generalized resistance resources” per individui e comunità. Lo studio evidenzia che il potenziale trasformativo del Welfare Culturale risiede nella sua capacità di creare comunità di pratica in cui apprendimento, riflessione e sperimentazione avvengono attraverso attività e partecipazione condivise.

A partire dal lavoro svolto finora, ricerche future trarrebbero beneficio da un ingaggio più ampio e continuativo con i partecipanti stessi, nell'ottica della fiducia reciproca che può nascere dal rapporto con i cittadini e la pubblica amministrazione: la costellazione più vasta di persone che prendono parte regolarmente a queste iniziative e co-creano attivamente la vita di comunità.

Integrare le esperienze vissute di tali partecipanti nei diversi contesti territoriali coinvolti nel progetto più ampio consentirebbe una com-

prensione più profonda di come il Welfare Culturale venga agito, negoziato e sostenuto nella vita quotidiana.

Prospettive partecipative e cross-contestuali di questo tipo permetterebbero di illuminare le dinamiche relazionali e collettive che fondano il Welfare Culturale, offrendo indicazioni preziose sulla sua capacità di adattarsi a ambienti socioculturali differenti e generare benessere attraverso prossimità, collaborazione e pratiche culturali condivise. Sarebbe inoltre particolarmente utile sviluppare una valutazione di impatto sociale di lungo periodo capace di catturare effetti sia individuali sia collettivi. Un approccio di questo tipo eviterebbe cornici individualistiche e rafforzerebbe l'idea che benessere, empowerment e coesione sociale siano co-prodotti attraverso interazione, reciprocità e partecipazione ad attività culturali di base comunitaria. Ben consapevoli che il realizzare di una valutazione di questo tipo, tuttavia, richiederebbe risorse consistenti, tempi lunghi e relazioni continuative con i partecipanti.

Metodi valutativi creativi e partecipativi come storytelling collaborativo, tecniche visive o performative, interviste qualitative longitudinali o strumenti di assessment co-progettati potrebbero offrire vie promettenti per cogliere la natura complessa, relazionale e processuale dell'impatto culturale. Al contempo, lo studio attiva una riflessione critica sulle difficoltà che i progetti di welfare culturale incontrano nel sostenere continuità, soprattutto per la limitatezza di risorse finanziarie e umane. Molte iniziative dipendono da schemi di finanziamento frammentati e di breve periodo che privilegiano output rapidi e visibili rispetto a processi relazionali di lungo termine fondati su cura reciproca. Questi vincoli temporali e finanziari limitano la possibilità di un impegno sostenuto, che è essenziale affinché le pratiche culturali producano cambiamento sociale significativo.

Questa difficoltà riflette una tensione più ampia tra la temporalità lenta

e radicata nella comunità richiesta dal welfare culturale e la logica neolibérale della “projectification” che struttura molti finanziamenti pubblici contemporanei. Come nota Reckwitz (2020, pp. 7–8), la produzione culturale nella tarda modernità è sempre più inserita in quello che definisce “cultural capitalism”, un sistema orientato alla creazione rapida di esperienze culturali singolari e vendibili. In questo quadro, i finanziatori spesso valorizzano deliverable misurabili e prodotti finali, mentre le dimensioni relazionali, processuali e basate sulla cura del Welfare Culturale tendono a restare sotto-riconosciute. Questo disallineamento rischia di indebolire le condizioni stesse che rendono efficace il welfare culturale, riducendo iniziative a eventi isolati, invece di permettere loro di evolvere in forme stabili e continue di infrastruttura sociale.

In conclusione, le nostre ricerche sui territori dimostrano come il welfare culturale non sia una componente accessoria dei sistemi di welfare locali, ma un’infrastruttura sociale fondamentale. Detto più esplicitamente il welfare culturale non sostituisce il welfare tradizionale; è un dispositivo di secondo welfare che connette cultura e cura, istituzioni pubbliche e attori civici, per generare nuove forme di benessere territorialmente radicate, attraverso prossimità, agency, rafforzamento dei legami comunitari e contributo alla governance collettiva dello spazio pubblico. In tempi segnati da frammentazione sociale e incertezza, le pratiche qui documentate mostrano come la cultura, quando incorporata nella vita quotidiana e radicata nella collaborazione comunitaria, possa sostenere benessere condiviso, inclusione e ampliare le possibilità della vita democratica accessibile a tutti.

Riferimenti bibliografici

- Agnoli, A. (2023). *La casa di tutti*. Roma-Bari: Laterza.
- Andersen, N. Å., & Pors, J. G. (2016). *Public management in transition: The orchestration of potentiality*. Policy Press.
- Antonovsky, A. (1979). *Health, stress, and coping*. Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well*. Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International*, 11(1), 11–18.
- Appadurai, A. (2004). The capacity to aspire: Culture and the terms of recognition. In V. Rao & M. Walton (Eds.), *Culture and public action* (pp. 59–84). Stanford: Stanford University Press.
- Argano, L. (2021). *Guida alla progettazione della città culturale: Rinovare le geografie, il design, l'azione sociale, la pianificazione nello spazio urbano*. Milano: FrancoAngeli.
- Boschma, R. (2005). Proximity and innovation: A critical assessment. *Regional Studies*, 39(1), 61–74.
- Bungay, H., & Clift, S. (2010). Arts on prescription: A review of practice in the UK. *Perspectives in Public Health*, 130(6), 278–281.
- Castrignanò, M. (2012). *Comunità, capitale sociale e quartiere*. Milano: FrancoAngeli.
- Cicerchia, A., Rossi Ghiglione, A., & Seia, C. (2020). Welfare culturale. In *Atlante Treccani della Cultura*. Treccani.
- Ecchia, G., Ganugi, G., & Prandini, R. (2024). *Verso (eco)sistemi di innovazione sociale: Un percorso di capacity building*. Milano: FrancoAngeli.
- Fancourt, D., & Finn, S. (2019). *What is the evidence on the role of the arts in improving health and well-being? A scoping review* (Health Evidence Network Synthesis Report, No. 67). WHO Regional Office for Eu-

rope.

Klinenberg, E. (2018). *Palaces for the people: How social infrastructure can help fight inequality, polarization, and the decline of civic life*. Crown.

Maino, F. (2023). Secondo welfare e cultura: Innovazione e comunità per generare benessere. *Economia della Cultura*, Speciale, 53–60.

Manzini, E. (2021). *Abitare la prossimità: Idee per la città dei 15 minuti*. Egea.

Manzoli, G., & Paltrinieri, R. (Eds.). (2021). *Welfare culturale: La dimensione della cultura nei processi di welfare di comunità*. Milano: Franco-Angeli.

Paltrinieri, R. (Ed.). (2022). *Il valore sociale della cultura*. Milano: FrancoAngeli.

Reckwitz, A. (2020). *The society of singularities*. Polity Press.

Sacco, P. L. (2023). Cultura e salute: Un percorso in quattro mosse. *Economia della Cultura*, Speciale.

Seia, C. (2026, 5 gennaio). L'arte cura. E trasforma la cura. *Vita.it*. <https://www.vita.it/idee/larte-cura-e-trasforma-la-cura/>

Il presente volume raccoglie e sintetizza i risultati delle attività di ricerca e formazione sul welfare di comunità promosse tra il 2021 e il 2025 dalla Scuola Achille Ardigò del Comune di Bologna, in collaborazione con l'Università di Bologna. Le ricerche evidenziano come le disuguaglianze socio-economiche incidano profondamente sulla vita delle persone: dall'accesso alla cura, alle opportunità educative e culturali, fino alla partecipazione alla vita democratica e al contributo allo sviluppo socio-economico del Paese. In questo contesto, il welfare di comunità e di prossimità, basato sulla collaborazione tra istituzioni, terzo settore e cittadini e sulla valorizzazione delle risorse comunitarie, si configura come uno strumento strategico per rafforzare inclusione, partecipazione e crescita individuale e collettiva, attivando risorse diffuse e generando nuove opportunità per le persone e per i territori.

Questa pubblicazione offre uno sguardo sulle trasformazioni sociali in atto a Bologna e propone riflessioni e traiettorie per lo sviluppo futuro del welfare locale.



**Comune
di Bologna**



ALMA MATER STUDIORUM
UNIVERSITÀ DI BOLOGNA