

L'equità nel diritto alla salute:

il contrasto alle disuguaglianze nella
città di Bologna

A CURA DI



ALMA MATER STUDIORUM
UNIVERSITÀ DI BOLOGNA

**Centro Studi e Ricerche in Salute
Internazionale e Interculturale,
Università di Bologna**

IN COLLABORAZIONE CON



**Comune
di Bologna**

POLICLINICO DI
SANT'ORSOLA

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Ospedaliero - Universitaria di Bologna



ALMA MATER STUDIORUM
UNIVERSITÀ DI BOLOGNA



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna

Istituto delle Scienze Neurologiche
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

Questo report è stato **scritto collettivamente dal gruppo di ricerca del Centro Studi e Ricerche in Salute Internazionale e Interculturale dell’Università di Bologna (CSI Unibo).*** Tuttavia, diverse persone e realtà hanno contribuito alla costruzione dei dati e delle analisi qui riportate. Non è possibile menzionarle tutte, anche perché – in un approccio di ricerca-azione – la conoscenza viene co-costruita nell’interlocuzione con tutti gli attori che, a diverso titolo, partecipano al progetto. Riportiamo comunque di seguito le principali istituzioni coinvolte e i rispettivi ruoli nello svolgimento della ricerca:

- L’**UOC Epidemiologia, Promozione della Salute e Comunicazione del Rischio del Dipartimento di Sanità Pubblica dell’AUSL di Bologna e l’Associazione di Promozione Sociale Centro di Salute Internazionale e Interculturale (CSI APS)** hanno ideato il progetto, sottoponendolo all’approvazione del Comitato Etico Area Vasta Emilia Centro (CE AVEC) dell’AUSL di Bologna, e realizzato la prima fase di analisi quantitativa dei dati epidemiologici. L’UOC è stata coinvolta anche nelle successive fasi di ricerca quantitativa, per la raccolta, l’analisi e l’interpretazione dei dati epidemiologici. Il **Dipartimento di Cure Primarie e il Distretto Città di Bologna** dell’AUSL hanno anche contribuito a chiarire alcuni aspetti relativi all’interpretazione dei dati. Per quanto riguarda i dati relativi alla salute mentale, il Prof. Domenico Berardi, il Prof. Marco Menchetti e il Dott. Federico Chierzi hanno contribuito alla costruzione degli indicatori di analisi.
- Il **Dipartimento (ex Area) Welfare e Promozione del Benessere di Comunità del Comune di Bologna** ha contribuito alla costruzione dell’impianto dell’analisi qualitativa, supportando il lavoro del **Centro Studi e Ricerche in Salute Internazionale e Interculturale dell’Università di Bologna (CSI Unibo)** che ha portato avanti tale analisi. L’interpretazione dei dati è stata coordinata da CSI Unibo, attraverso diversi cicli di ricerca-azione nelle aree e a livello centrale. Tale processo ha coinvolto molte articolazioni del **sistema dei servizi** (sanitari, sociali, educativi, abitativi, ecc.), nonché snodi del welfare territoriale come gli Uffici Reti e realtà formali e informali del territorio.

Per quanto riguarda la citazione di questo lavoro, suggeriamo la seguente formulazione:

*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.*

In copertina: illustrazione di Elena Mistrello.

* Il gruppo di ricerca ha visto la partecipazione di: Chiara Bodini, Amalia Campagna, Martina Consoloni, Valerio D’Avanzo, Valeria Gentilini, Giulia Gherardi, Silvia Giaimo, Francesca Girardi, Simona Maisano, Sarah Miclet, Claudia Paganoni, Marianna Parisotto, Ivo Quaranta, Martina Riccio, Matteo Valoncini. Il gruppo si è avvalso inoltre della collaborazione di Gabriele Cavazza, Chiara Di Girolamo, Leonardo Mammana, Francesca Zanni.

INDICE

Indice dei box	3
Indice degli acronimi	4
Sintesi del progetto e dei risultati	6
Introduzione.....	27
Obiettivi e fasi progettuali.....	32
Metodologia	33
Fare ricerca azione durante una pandemia.....	34
Carattere innovativo e punti di forza del progetto	35
1. Le disuguaglianze in salute nella città di Bologna.....	40
1.1 La scelta dei dati.....	40
1.2 Le banche dati e gli indicatori scelti	43
1.2.1 Indicatori di esposizione.....	43
1.2.2 Indicatori di esito	44
1.2.3 Indicatori relativi ad accessi e diagnosi del Dipartimento di Salute Mentale	47
1.2.4 Indicatori relativi alle prestazioni dei servizi sociali.....	49
1.3 Cosa dicono le mappe: la distribuzione delle disuguaglianze a Bologna	51
1.3.1 Indicatori di esposizione.....	52
1.3.2 Indicatori di esito	52
1.3.3 Correlazioni.....	55
1.3.4 Indicatori di salute mentale	56
1.3.5 Indicatori relativi alle prestazioni dei servizi sociali.....	58
1.3.6 Uno sguardo complessivo	58
1.4 Verso un sistema di monitoraggio delle disuguaglianze in salute	60
1.4.1 Popolazione che vive in ERP	61
1.4.2 Offerta e accessibilità dei servizi di cure primarie.....	61
2. I determinanti locali delle disuguaglianze in salute.....	62
2.1 I determinanti sociali della salute	64
2.1.1 Precarietà lavorativa e povertà.....	64
2.1.2 Burocratizzazione e digitalizzazione	66
2.1.3 Reti sociali e spazi aggregativi	67
2.1.4 Reti sociali e conflitti	68
2.1.5 Senso di appartenenza e dimensione relazionale della capacitazione	68

2.2 Il contesto abitativo come determinante di salute	69
2.2.1 Edilizia Residenziale Pubblica.....	70
2.2.2 Periferizzazione	71
2.2.3 Alimentazione	72
2.2.4 Isolamento	73
2.2.5 Scuola	75
2.2.6 Ripensare la salute e la malattia	79
2.3 Dispositivi territoriali di risposta al bisogno	79
2.3.1 Cosa intendiamo per “bisogni di salute”	80
2.3.2 Come si costruisce il “bisogno”	82
2.3.3 Quando il bisogno resta inespresso: stigma e sfiducia nei servizi.....	89
2.3.4 Dall’esperienza della pandemia, nuove tendenze verso il rafforzamento dei servizi territoriali	90
2.3.5 Prossimità.....	94
2.3.6 Integrazione	96
2.4 Dispositivi di lavoro con la comunità e promozione della salute	101
2.4.1 Partecipazione comunitaria, <i>empowerment</i> e promozione della salute.....	101
2.4.2 Lo sviluppo del lavoro di comunità a Bologna	103
2.4.3 Attori e strumenti del lavoro di comunità.....	106
2.4.4 Criticità e difficoltà nel lavoro di comunità	111
3. Promuovere salute ed equità: le sperimentazioni in corso	118
3.1 Considerazioni sulla Carta di Ottawa alla luce della ricerca-azione.....	119
3.2 Diretrici dell’azione nei territori: integrazione, prossimità, partecipazione.....	122
3.3 La ricerca-azione nelle aree	124
3.3.1 Il metodo.....	124
3.3.2 La fase 3 a Borgo Panigale-Reno (focus: integrazione; giovani).....	125
3.3.3 La fase 3 a Navile (focus: prossimità; Microarea).....	128
3.3.4 La fase 3 a San Donato-San Vitale (focus: partecipazione; alimentazione).....	130
3.3.5 Riflessioni conclusive.....	133
Ringraziamenti	136
Bibliografia.....	139
Appendice 1	147
Appendice 2	175

Indice dei box

Box 1	Un linguaggio orientato all’equità	Pag. 31
Box 1	La Carta di Ottawa per la Promozione della Salute	Pag. 36
Box 3	Una base territoriale piccola, ma non troppo: l'area statistica	Pag. 42
Box 4	Rappresentare i dati: la scelta della mappa	Pag. 51
Box 4	La scelta delle aree	Pag. 62
Box 6	Violenza strutturale e incorporazione	Pag. 65
Box 7	La trasformazione dei <i>foodscapes</i> tra via del Lavoro e via Mondo (Q.re San Donato-San Vitale)	Pag. 73
Box 8	L’ingresso della Fondazione Innovazione Urbana (FIU) nel tavolo sul contrasto alle disuguaglianze in salute al Villaggio della Barca	Pag. 75
Box 9	Una ricerca sui/le giovani a Barca (Q.re Borgo Panigale-Reno) negli anni Ottanta	Pag. 78
Box 10	Programmare per l’equità	Pag. 84
Box 11	Navigare Garsia, e l’importanza di andare oltre il “dato”	Pag. 86
Box 12	Favorire intrecci tra servizi e territorio	Pag. 88
Box 13	Le Case della Salute, viste dalla ricerca	Pag. 91
Box 14	Le Microaree nel contesto bolognese	Pag. 100
Box 15	Integrazione per la promozione della salute a Villaggio della Barca	Pag. 101
Box 16	La comunità: alcuni elementi chiave	Pag. 105
Box 17	Il Community Lab a Borgo Panigale-Reno	Pag. 114
Box 18	Il percorso di co-progettazione a Savena	Pag. 116
Box 19	Le strategie previste dalla Carta di Ottawa	Pag. 101

Indice degli acronimi

ACER	Azienda Casa dell’Emilia-Romagna
ASA	Assistenza Specialistica Ambulatoriale
ASP	Azienda pubblica di servizi alla persona
AUSL	Azienda Unità Sanitaria Locale
CdS	Casa della Salute
CL	Community Lab
CFP	Centro di Formazione Professionale
CSI-Unibo	Centro Studi e Ricerche in Salute Internazionale e Interculturale, Università di Bologna
CSI-APS	Associazione di Promozione Sociale Centro di Salute Internazionale e Interculturale
CSM	Centro di Salute Mentale
CUP	Centro Unico di Prenotazione
DCP	Dipartimento di Cure Primarie
DSM	Dipartimento di Salute Mentale
DSP	Dipartimento di Sanità Pubblica
EdS	Educativa di Strada
ERP	Edilizia Residenziale Pubblica
ETI	Equipe Territoriale Integrata
FIU	Fondazione Innovazione Urbana
IFoC	Infermiere/a di Famiglia o di Comunità
MMG	Medico/a di Medicina Generale
MNSA	Minore Straniero/a Non Accompagnato/a
NPIA	Neuropsichiatria Infanzia e Adolescenza
OMS	Organizzazione Mondiale della Sanità
PCAP	Punto di Coordinamento dell’Assistenza Primaria
PLS	Pediatra di Libera Scelta
PNRR	Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza
PS	Pronto Soccorso
RER	Regione Emilia-Romagna
Sest	Servizio Educativo e Scolastico Territoriale

SerDP Servizio per le Dipendenze Patologiche

SSC Servizio Sociale di Comunità

SST Servizio Sociale Territoriale

UR Ufficio Reti e Lavoro di Comunità

Sintesi del progetto e dei risultati

Storia del progetto: una RICERCA-AZIONE per...



CONOSCERE

- Come si distribuiscono la **salute** e la **malattia** a Bologna?
- E come si distribuisce l'**accesso ai servizi sanitari**?

- Associazione Centro di Salute Internazionale e Interculturale (CSI-APS)
- UOC Epidemiologia, Promozione della Salute e Comunicazione del Rischio, Dip. di Sanità Pubblica, AUSL Bologna



COMPRENDERE

- Quali sono i **determinanti** locali delle **disuguaglianze** in salute?
- Quali le risorse per la **promozione della salute** e dell'**equità**?

- Centro Studi e Ricerche in Salute Internazionale e Interculturale, Dipartimento Storia Culture Civiltà, Università di Bologna (CSI-Unibo)
- Dipartimento Welfare e Promozione del Benessere di Comunità, Comune di Bologna
- AUSL di Bologna
- Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna - Policlinico Sant'Orsola-Malpighi

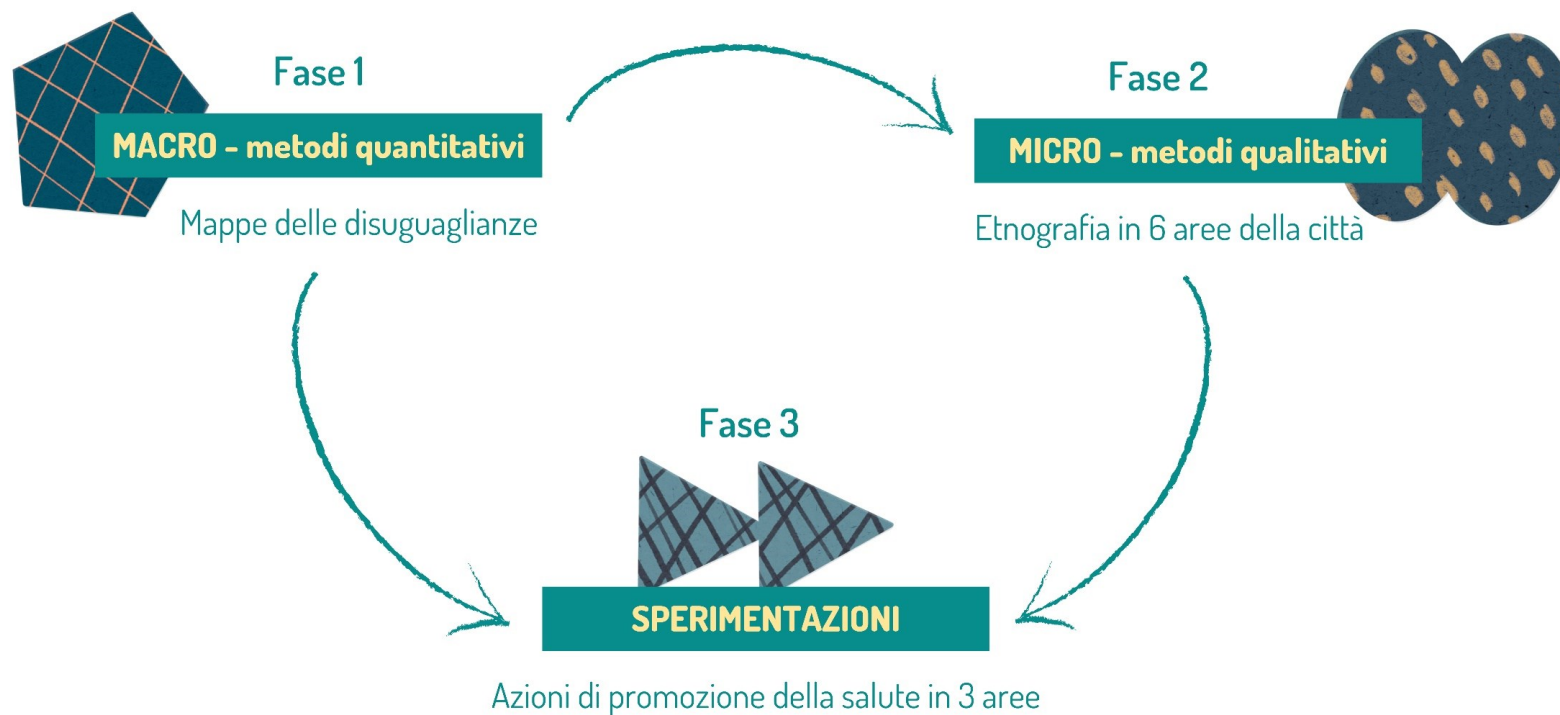


MIGLIORARE

- Come costruire **azioni per promuovere salute** ed equità?
- Come **monitorare** la situazione nel tempo?

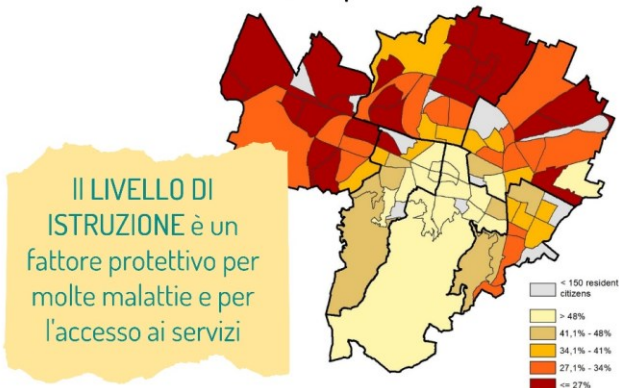


Impianto del progetto: unire gli sguardi

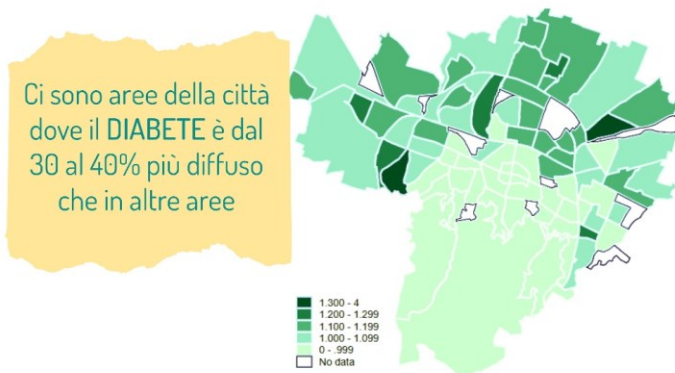


Le mappe: la salute diseguale

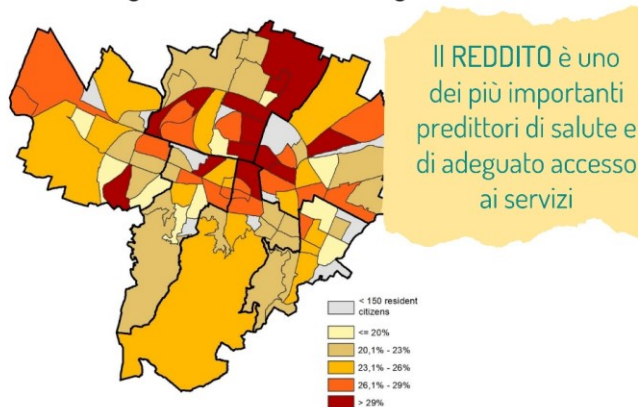
% di persone laureate



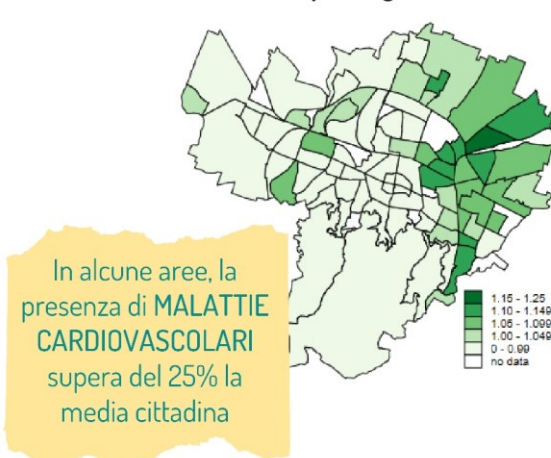
Prevalenza di diabete



% di famiglie con reddito sotto soglia



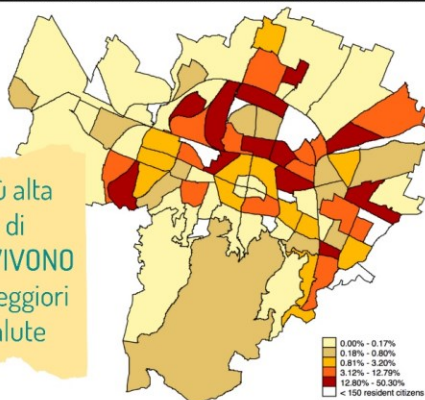
Incidenza di patologie cardiovascolari



Le mappe: la salute diseguale

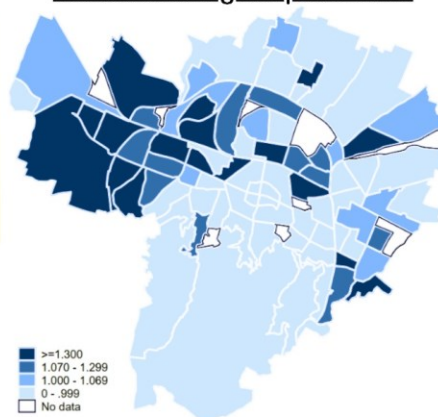
% di persone che vivono in Edilizia Residenziale Pubblica (ERP)

Le aree con più alta percentuale di **PERSONE CHE VIVONO IN ERP** hanno peggiori indicatori di salute



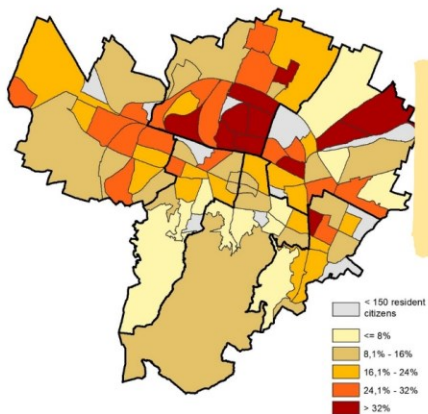
In diverse aree, la presenza di **PATOLOGIE PSICHIATRICHE** supera del 30% la media cittadina

Accessi con diagnosi psichiatrica



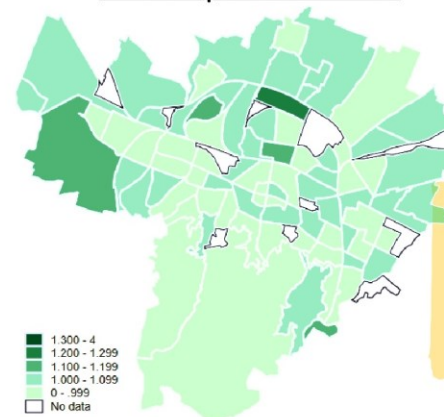
% di persone straniere tra 0 e 19 anni

Le percentuali di **PERSONE MINORI DI ORIGINE STRANIERA** correla con peggiori salute, anche mentale



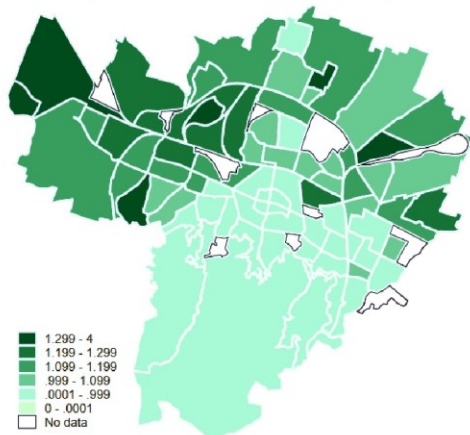
Mortalità per tutte le cause

Nelle aree a **NORD** e nelle periferie **EST** e **OVEST** la mortalità è maggiore, se pure di poco, rispetto alla media cittadina



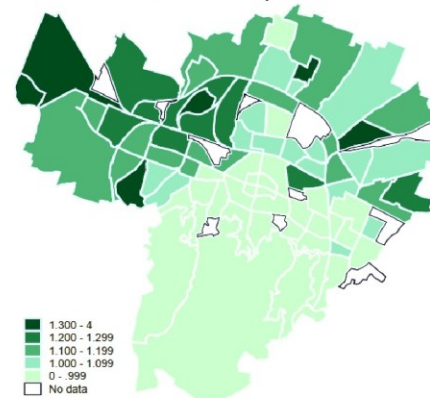
Le mappe: un diseguale utilizzo dei servizi

Accessi al Pronto Soccorso



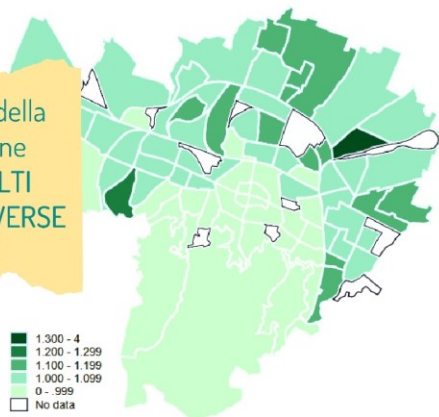
Nelle aree con peggiori indicatori socioeconomici, le persone ricorrono di più al PRONTO SOCCORSO

Accessi al Pronto Soccorso per motivi non urgenti



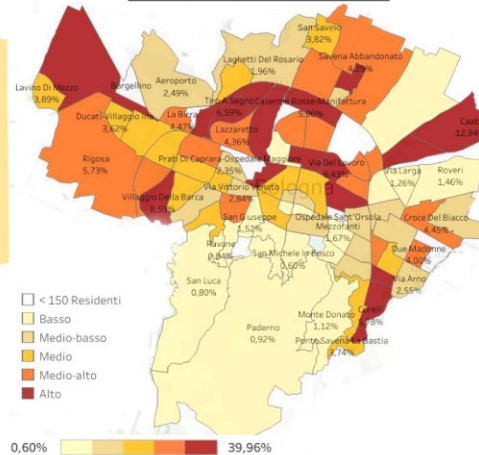
Poliprescrizione di farmaci

In alcune aree della città, le persone prendono MOLTI FARMACI per DIVERSE MALATTIE



Anche l'utilizzo del SERVIZIO SOCIALE è maggiore nelle aree con peggiori indicatori socio-economici

Utilizzo di servizi sociali



Le cause delle cause: periferizzazione ed "effetto area"



Cosa dice la LETTERATURA

Si parla di "effetto area" per indicare come i luoghi in cui le persone vivono, le caratteristiche del quartiere e degli edifici, il livello di sicurezza, la disponibilità di beni e servizi, la presenza di vita comunitaria e di sostegno sociale producano effetti sulla salute delle persone (Sampson, 2002).

Con **periferizzazione** si indica una prospettiva di analisi che cerca di descrivere quelle relazioni sociali che hanno un'implicazione spaziale, focalizzandosi sui processi dinamici attraverso cui le periferie emergono in quanto tali (Kühn, 2015).



Cosa dicono le MAPPE

Si osserva una correlazione da moderata a forte tra la **percentuale di abitanti che vivono in comparti ERP** e tutti gli **esiti in salute**, ad eccezione della mortalità e dell'aderenza agli screening. Questo dato conferma gli studi sull'effetto area: la tipologia di **contesto abitativo** e dell'area di residenza, in modo più o meno mediato da altri fattori, **ha un impatto sulla salute**.



Cosa abbiamo visto sul TERRITORIO

Isolamento di alcune aree per barriere urbanistiche o stradali, **mancanza di reti di trasporto** pubblico adeguate, condizioni di **incuria dei comparti** di edilizia residenziale pubblica, **mancanza di spazi di aggregazione** a libero accesso, scarsità di iniziative culturali e **stigmatizzazione** sono fattori che influiscono negativamente sulla salute delle persone e alimentano processi di **periferizzazione**.

Le cause delle cause: povertà educativa



Cosa dice la LETTERATURA

La povertà educativa è la **limitazione del diritto** dei/le bambini/e e dei/le ragazzi/e all'istruzione e la **privazione delle opportunità** di apprendere, sperimentare, sviluppare e coltivare liberamente le proprie capacità, talenti e aspirazioni. Essa è correlata (spesso ne deriva) alle **disuguaglianze nelle condizioni di vita** delle persone (Lohman & Ferger, 2014; Save the Children, 2018).



Cosa dicono le MAPPE

Si osservano associazioni tra **livello di istruzione** ed **esiti in salute**: man mano che il livello di istruzione aumenta, si registra un calo di eventi avversi per la salute.

La correlazione risulta forte per esiti come la prevalenza di **diabete**, l'accesso in pronto soccorso e la poliprescrizione farmaceutica.



Cosa abbiamo visto sul TERRITORIO

A Villaggio della Barca le persone intervistate parlano di “scuola di periferia” come sinonimo di “scuola problematica”. Le dinamiche di **stigmatizzazione territoriale** che interessano i quartieri si riflettono anche sulle scuole, evidenziando la correlazione tra **povertà educativa**, **contesto urbano** e **segregazione scolastica**.

Le cause delle cause: foodscapes



Cosa dice la LETTERATURA

Le scelte e i comportamenti alimentari, al pari di altri determinanti di salute, sono strettamente legati all'ambiente in cui si riproducono. Per favorire il cambiamento da una prospettiva incentrata sul **comportamento individuale** a una relativa ai **contesti in cui le persone vivono** è sempre più frequente il riferimento al concetto di **foodscape**, che mette al centro le relazioni tra **cibo, contesto spaziale e soggetti** (Miewald & Mccann, 2014).



Cosa abbiamo visto sul TERRITORIO

Negli ultimi anni, la trasformazione dei foodscapes tra via del Lavoro e via Mondo è stata interessata da:

- aumento di **supermercati low cost** a discapito delle realtà commerciali locali: questo ha contribuito a una minore qualità dell'alimentazione e alla **perdita del lavoro** di alcuni esercenti;
- **riqualificazione** dell'ex-mercato rionale di San Donato: l'attuale “Mercato Sonato” è percepito come **elemento “estraneo”** alle esigenze e ai desideri di molti/e abitanti esposti/e a processi di marginalizzazione;
- centralità dei **bar**: luoghi significativi per la popolazione più marginalizzata che permettono un'uscita dalla solitudine, per la quale il **bisogno di socialità** si accompagna al consumo di **cibi di bassa qualità ed alcolici a basso costo**.

Le cause delle cause: accesso ai servizi



Cosa dice la LETTERATURA

Secondo la “*inverse care law*” (Hart, 1971; Cookson, 2021), la disponibilità di una buona assistenza medica tende a variare inversamente con il bisogno di essa nella popolazione servita. Molti fattori sono alla base di questo fenomeno, che è tanto più visibile quanto maggiore è il ruolo giocato dalle forze di mercato nell’organizzazione e disponibilità dei servizi.



Cosa dicono le MAPPE

Le aree della città con maggiore *svantaggio socio-economico* presentano *livelli di accesso al Pronto Soccorso*, anche per motivi non urgenti, e di *utilizzo di farmaci* significativamente *superiori* alla media cittadina. Ciò può essere spia di una *non efficace presa in carico nell’ambito dell’assistenza territoriale*, da un lato, e dall’altro di una *mancata efficacia delle azioni di prevenzione* e di *ricognizione* e *riconciliazione* farmacologica.



Cosa abbiamo visto sul TERRITORIO

Elementi centrali sono la *prossimità*, da intendersi non solo in termini geografici ma anche relazionali, e la *proattività*, in quanto i servizi di attesa spesso riproducono le disuguaglianze anziché contrastarle. La *conoscenza (geografica e sociale) del territorio* da parte di chi opera nei servizi è elemento indispensabile per azioni integrate in questa direzione.

Ragionare di promozione della salute: la Carta di Ottawa

5 AMBITI DI AZIONE



3 STRATEGIE trasversali agli ambiti

ADVOCATE

Sostenere la causa della salute

ENABLE

Mettere in grado persone e comunità di utilizzare risorse, conoscenze e capacità per controllare e migliorare la propria salute

MEDIATE

Mediare tra i diversi interessi della società e sviluppare un'azione coordinata tra vari soggetti coinvolti per perseguire la salute

Ragionare di promozione della salute: Ottawa 2.0

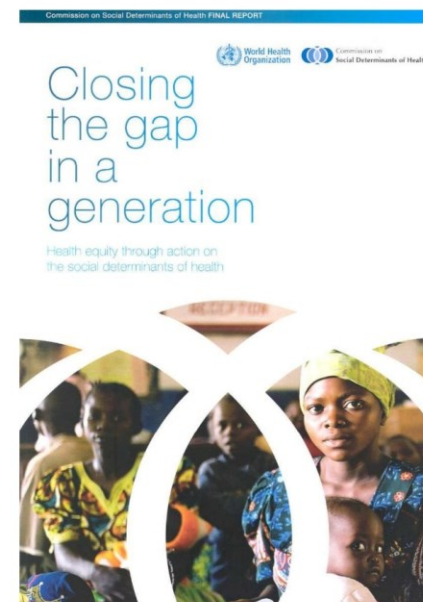
I principi della Carta di Ottawa sono stati aggiornati in merito alla **promozione dell'equità in salute** alla luce delle indicazioni di:

- Commissione sui **Determinanti Sociali della Salute** dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (2008)
- Commissione su **Cultura e Salute** della rivista The Lancet (2014)

La salute viene definita, oltre la prospettiva medico-sanitaria, come un **costrutto culturale** (dipendente da ciò che dà valore alla vita per ognuno di noi) **da generare socialmente** (agendo sulle limitazioni alla capacità di agire delle persone).



**COME POSSIAMO RENDERE MIGLIORE
LA VITA DELLE PERSONE SE NON LE
METTIAMO IN CONDIZIONE DI **DEFINIRE**
CIÒ CHE **QUALIFICA** LA LORO ESISTENZA?**



Ragionare di promozione della salute: Ottawa 2.0

La partecipazione è **scarsamente efficace** se viene utilizzata solo come **mezzo** per raggiungere specifici obiettivi di salute (partecipazione strumentale).

Viceversa, in un’ottica relazionale della partecipazione, servizi e figure di **prossimità**, capaci di creare **relazioni di fiducia**, possono promuovere la partecipazione delle persone:

- nella definizione dei **propri bisogni/interessi**
- nella produzione di **forme di appartenenza comunitarie**



LA PARTECIPAZIONE PERMETTE DI SVILUPPARE SENSO DI SOLIDARIETÀ E COMUNITÀ SE CONSIDERATA COME FINE IN SÉ, POICHÉ PRODUCE RELAZIONI SIGNIFICATIVE E CONTINUATIVE NEI TERRITORI.

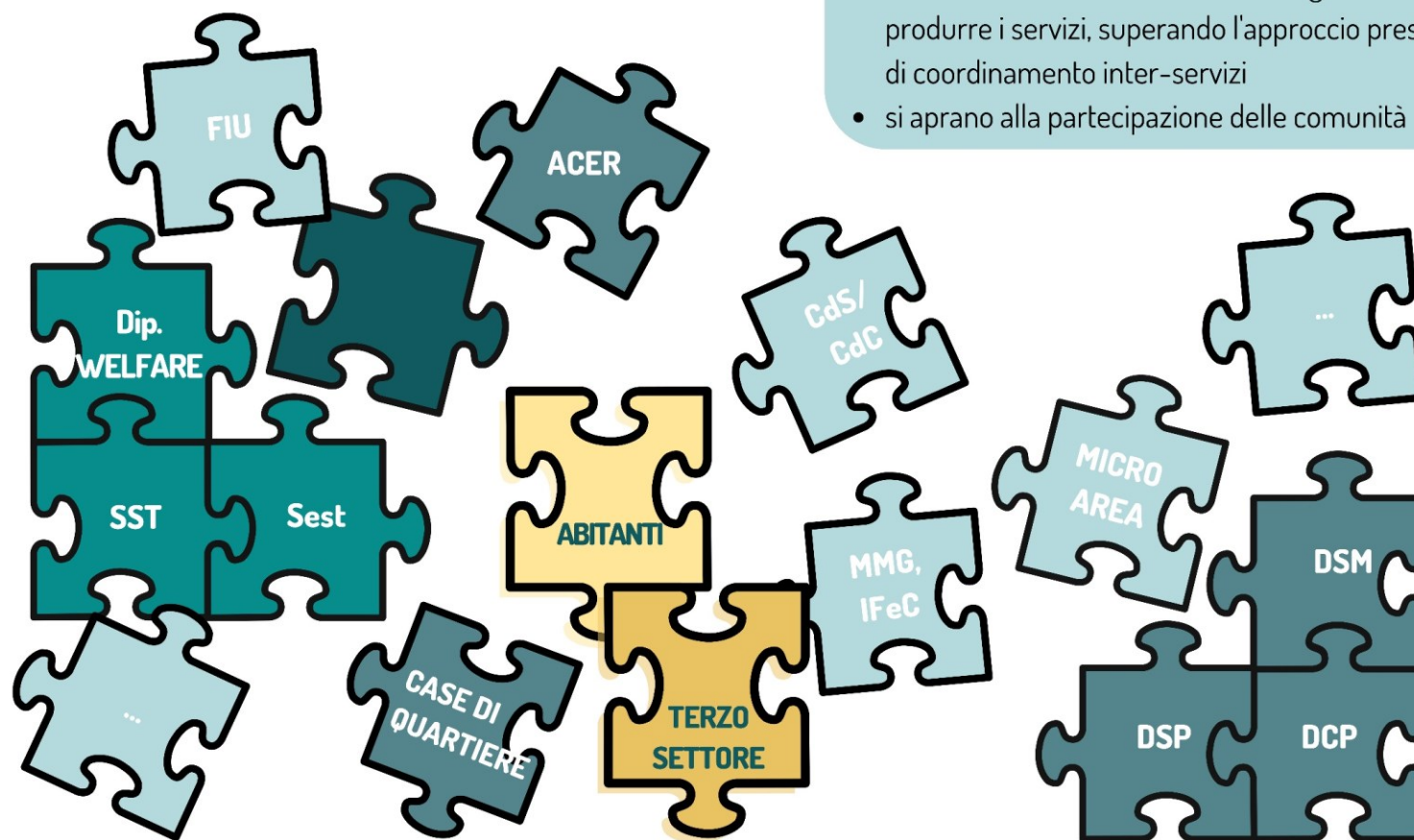
Per esempio, la **capacità di agire in modo sensibile ai bisogni** che si stavano configurando nel nuovo contesto pandemico è stata registrata soprattutto tra le comunità in cui era stato precedentemente sviluppato un certo grado di riconoscimento e fiducia reciproci (Consoloni e Quaranta, 2021).

La (possibile) rete della promozione della salute

La malattia e i bisogni sociali trovano una risposta nei presidi sociali e sanitari, mentre la salute e il benessere la trovano in una rete territoriale capillare di iniziative.

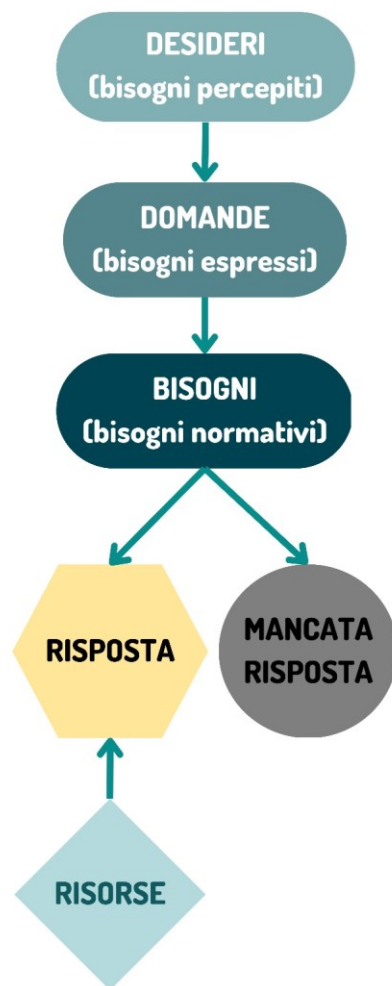
Servono forme di governance di prossimità che:

- estendano a livello di quartiere/zona la cooperazione socio-sanitaria che informa CTSSM e Comitato di Distretto
- consentano una rilevazione dei bisogni continua sulla cui base co-produrre i servizi, superando l’approccio prestazionale e le difficoltà di coordinamento inter-servizi
- si aprano alla partecipazione delle comunità



ACER: Azienda Casa dell’Emilia-Romagna
CdS/CdC: Case della Salute/Case della Comunità
DCP: Dip. Cure Primarie
DSM: Dip. Salute Mentale
DSP: Dip. Sanità Pubblica
FIU: Fondazione Innovazione Urbana
IFeC: Infermieri/e di Famiglia e Comunità
MMG: Medico/a di Medicina Generale
Sest: Servizio Educativo e Scolastico Territoriale
SST: Servizio Sociale Territoriale

Elementi da rafforzare / Lettura dei bisogni



Le domande che spesso vengono formulate e portate a livello istituzionale sono quelle che **le persone ritengono possano essere prese in carico e ascoltate**, non sempre rispondenti a quelli che sono i bisogni percepiti come tali.

Ambiti da rafforzare

- strumenti che guardino **oltre la sfera di produzione dei servizi** (bisogno predefinito) e che comprendano la **distribuzione territoriale dei determinanti sociali della salute**
- **"cultura del dato"**, intesa come capacità di intenderlo criticamente per quello che dice ma, anche, per quello che non dice o occulta, e utilizzarlo per la programmazione
- **integrazione** dei sistemi informativi **tra sociale e sanitario** per una ricomposizione (contestuale e globale) del quadro della persona e del territorio/contesto
- capacità di **non identificare la persona con una condizione** (spesso funzionale all’organizzazione prestazionale del servizio) → rischio etichettamento e stigmatizzazione

RACCOMANDAZIONE → importanza di spazi, approcci e strumenti in cui si ricostruisce uno sguardo più ampio sulla persona, e sulle persone che abitano un certo territorio, anche in ottica di allocazione delle risorse.

Buone pratiche dai territori

Tavolo della solidarietà (Porto-Saragozza); Tavolo adolescenti (Borgo Panigale-Reno); Tavoli di progettazione partecipata e Ruota di Barreto (San Donato-San Vitale), ...

Elementi da rafforzare / Risposta ai bisogni

Viene riportato un **divario tra domanda e offerta dei servizi**, sia quantitativo (necessità di maggiori risorse) che qualitativo (necessità di servizi più attrezzati per la complessità e per i nuovi bisogni).

Ambiti da rafforzare

- **presidi di prossimità** a cui la popolazione possa accedere in modo semplice e diretto
- **approcci proattivi e di iniziativa** che integrino il tradizionale approccio di attesa dei servizi
- **integrazione dei percorsi di sostegno e cura**, per facilitare l'orientamento non solo per le persone, ma anche per operatori e operatrici dei servizi
- piani di **coordinamento e responsabilità condivisa tra diversi settori e servizi** nel prendere in carico e/o nel tenere insieme ciascuno dei percorsi in cui la persona è inserita
- **relazione tra persone e servizi** (sfiducia generata da scarsità delle risorse, con rischio di interventi limitati e talora non risolutivi, e da atteggiamenti di stigmatizzazione)

RACCOMANDAZIONE → Prossimità da intendere in chiave non solo di vicinanza fisica ma anche relazionale, come iniziativa e proattività = la capacità di creare relazioni significative con chi ha maggiori difficoltà ad attivare un percorso di ricerca di aiuto.

Buone pratiche dai territori

Educativa di strada (Borgo Panigale-Reno), Microaree (Navile, San Donato-San Vitale), Infermieri/e di Comunità e Famiglia, ...

Elementi da rafforzare / Lavoro di comunità

Prevale una declinazione della partecipazione in termini di **valorizzazione delle risorse comunitarie**, nella rilevazione dei bisogni e nel dare risposta ai bisogni emergenti, che si traduce operativamente nella collaborazione tra pubblica amministrazione, associazioni e altre realtà territoriali.

Ambiti da rafforzare

- **coinvolgimento attivo delle persone** residenti nei territori, in particolare quelle **più esposte ai processi di marginalizzazione** e alle disuguaglianze, in un'ottica di equità
- costruire **processi a lungo termine** che mirano a un coinvolgimento strutturale della popolazione e di tutte le realtà del territorio, superando le limitazioni e le discontinuità poste da bandi e progetti
- orientare il lavoro di comunità e i processi partecipativi verso **ambiti rilevanti per la salute** e destinare risorse sufficienti per avere un impatto
- prevedere **spazi di aggregazione a libero accesso**, le cui funzioni e la cui fruibilità non siano rigidamente definite (es. fasce orarie di apertura ampie, senza bisogno di iscrizione)

RACCOMANDAZIONE → Gli Uffici Reti e Lavoro di Comunità possono rivestire un ruolo di primo piano per la promozione della salute, a patto di rafforzarne il posizionamento strategico tra abitanti, terzo settore e rete dei servizi, e potenziare il raccordo tra quartieri e con l'amministrazione centrale.

Buone pratiche dai territori

Progetto Opportunità e Community Lab (Borgo Panigale - Reno), percorso di co-progettazione (Savena), Tavoli di progettazione partecipata (San Donato-San Vitale), ...



Sperimentazioni / 1 - VILLAGGIO DELLA BARCA

🎯 INTEGRAZIONE; GIOVANI

🏠 COSTRUIRE POLITICHE PER LA SALUTE

- 
 Condivisione approccio e dati della ricerca con la Cabina di Regia del Tavolo di Promoz. della Salute
- 

 Condivisione approccio e dati della ricerca in diversi contesti, realtà e istituzioni
- 
 Costituzione 'tavolo disuguaglianze' con Uff. Reti, servizi sociali, educativi e sanitari

👥 RAFFORZARE L'AZIONE COMUNITARIA

- 

 Sostegno a dispositivi di partecipazione per la popolazione giovanile (Community Lab)
- 

 Creazione momenti di condivisione tra tav. disuguaglianze e realtà formali e informali

🏠 RIORIENTARE I SERVIZI SANITARI

- 

 In collaboraz. con Uff. Reti, favorire incontri di condivisione tra serv. sociali, educativi e sanitari
- 
 Coinvolgimento strutturale della Casa della Salute e delle Cure Primarie al tavolo disuguaglianze
- 
 Supporto a Uff. Reti e tavolo disuguaglianze per rilevazione e mappatura di bisogni e risorse

👤 SVILUPPARE CAPACITÀ PERSONALI

- 
 Supporto alla collaboraz. tra realtà per promuovere attività ricreative e culturali per giovani
- 



 Supporto allo sviluppo di contesti di informazione e scambio sulla salute giovanile

🌱 CREARE AMBIENTI FAVOREVOLI

- 

 Con tavolo disuguaglianze e FIU, coprogettaz. presidi di promoz. della salute vicino al Treno

- 
ADVOCATE
Sostenere la causa della salute
- 
ENABLE
Mettere in grado
- 
MEDIATE
Mediare

- 
 Azioni che sono state generate o si stanno generando
- 
 Azioni che si vogliono generare

Sperimentazioni / 2 - PESCAROLA

PROSSIMITÀ; MICROAREA

COSTRUIRE POLITICHE PER LA SALUTE

-   Condivisione approccio e dati della ricerca con la Cabina di Regia del Tavolo di Promoz. della Salute
-   Partecipazione al gruppo di lavoro tecnico (cabina di regia) della Microarea

RAFFORZARE L’AZIONE COMUNITARIA

-  Costruzione di momenti di mutuo-aiuto e di socialità con abitanti


RIORIENTARE I SERVIZI SANITARI

-   Favorire incontri di condivisione tra servizi sociali, educativi e sanitari
-   In raccordo con la Casa della Salute, supporto a servizi sanitari territoriali di prossimità e iniziativa
-   Supervisione scientifica e supporto metodologico alla Microarea



SVILUPPARE CAPACITÀ PERSONALI

-   Percorsi di inserimento e/o riconoscimento comunitario di abitanti
-   Produzione con abitanti di narrazioni sulla salute per contrastare stereotipi e pregiudizi

CREARE AMBIENTI FAVOREVOLI

-   Creazione e valorizzazione di punti di incontro sul territorio

-  **ADVOCATE**
Sostenere la causa della salute
-  **ENABLE**
Mettere in grado
-  **MEDIATE**
Mediare

-  Azioni che sono state generate o si stanno generando
-  Azioni che si vogliono generare

Sperimentazioni / 3 - VIA MONDO e VIA DEL LAVORO

◎ PARTECIPAZIONE; ALIMENTAZIONE

COSTRUIRE POLITICHE PER LA SALUTE

-  Condivisione approccio e dati della ricerca con la Cabina di Regia del Tavolo di Promoz. della Salute
-   Condivisione approccio e dati della ricerca con Uff. Reti, servizi e tavoli territoriali

RAFFORZARE L’AZIONE COMUNITARIA

-   Supporto al tavolo Gandusio per lettura bisogni/risorse con strumenti di lavoro collettivo
-    Ampliamento della partecipaz. al tavolo Gandusio (nuovi soggetti di terzo settore e servizi)
-   Dispositivi per consultazione e/o coinvolgimento abitanti nella rete e/o al tav. Gandusio

RIORIENTARE I SERVIZI SANITARI



-   Organizzazione incontri di conoscenza reciproca tra responsabili dei servizi
-    Condivisione e coprogettaz. servizio di mediazione sociale con Uff. Reti, servizi sociali e sanitari
-  Coinvolgimento del Centro di Salute Mentale al tavolo territoriale ‘Gandusio’



SVILUPPARE CAPACITÀ PERSONALI

-  Supporto all’orientamento ai servizi e alle risorse del territorio
-   Promozione di attività centrate sui bisogni e sulle risorse delle persone

CREARE AMBIENTI FAVOREVOLI

-   Nel progetto mediaz. sociale, laboratorio su alimentaz. centrato su bisogni e desideri di abitanti

-  **ADVOCATE**
Sostenere la causa della salute
-  **ENABLE**
Mettere in grado
-  **MEDIATE**
Mediare

-  Azioni che sono state generate o si stanno generando
-  Azioni che si vogliono generare

Cosa è stato raggiunto, cosa ci aspetta



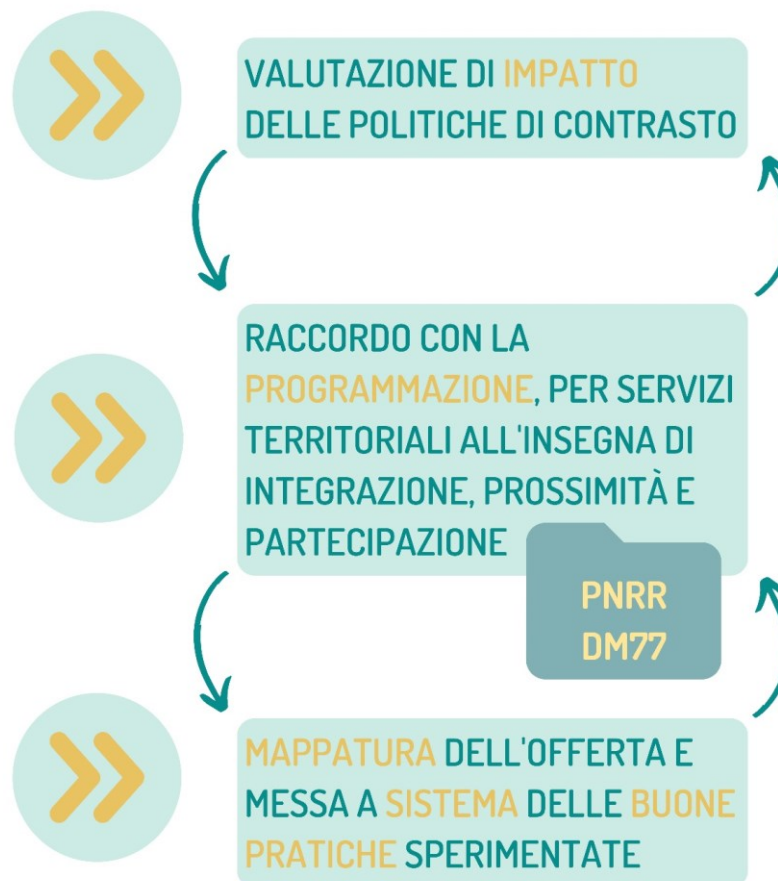
Un sistema di **monitoraggio delle disuguaglianze in salute** su scala cittadina, con indicatori selezionati da verificare nel tempo.



Analisi condivisa dei principali snodi del **sistema dei servizi**, e delle loro potenzialità in termini di **promozione della salute** e dell'equità.



Sperimentazioni in tre aree cittadine, con focus sui tre assi (integrazione, prossimità e partecipazione) e su **determinanti chiave della salute**.



Introduzione

Research is immensely rewarding, but shouldn't we, and that includes me, be trying to do something about it? At the end of every scientific paper there is a familiar coda: more research is needed, more research is needed. What, I wondered, if we added a new coda: more action is needed. It need not be discordant with the first.

Michael Marmot, 2016

Questo report restituisce i risultati del progetto **L’equità nel diritto alla salute: il contrasto alle disuguaglianze nella città di Bologna** (fasi 1 e 2 concluse; fase 3 in corso). Il progetto è nato nel 2019 grazie a una collaborazione tra Università, Azienda USL, Comune e Azienda Ospedaliero-Universitaria S. Orsola-Malpighi di Bologna¹, formalizzata in seno al **Tavolo di Promozione della Salute** tramite un’apposita convenzione e relativo co-finanziamento tra i quattro enti. Una prima fase progettuale, da cui scaturisce l’attuale ricerca e che è ricompresa in questo report, era stata svolta nel biennio 2017-19 grazie a una collaborazione non formalizzata tra il Dipartimento di Sanità Pubblica dell’Azienda USL e l’associazione di promozione sociale Centro di Salute Internazionale e Interculturale (CSI-APS).

L’idea progettuale muove dalla consapevolezza che **le disuguaglianze sociali nella salute rappresentano una sfida profondamente importante** per la nostra epoca: infatti, a fronte di un miglioramento generalizzato nella salute della popolazione, vi è una crescente disparità in come essa è distribuita, che porta con sé forti implicazioni sul piano etico, epidemiologico ed economico. In accordo con quanto proposto dall’Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), la salute è qui intesa come un fenomeno complesso, che si sviluppa nell’**interazione tra le dimensioni biologiche, culturali e sociali**, e viene ricompresa all’interno di riflessioni più ampie che guardano alla salute come un fatto di giustizia sociale (OMS, 2010).

In letteratura vi sono ampie evidenze scientifiche rispetto a come **il contesto**

¹ Firmatari della convenzione sono: Centro Studi e Ricerche in Salute Internazionale e Interculturale, Dipartimento Storia Culture Civiltà, Università di Bologna (CSI-Unibo); UOC Epidemiologia, Promozione della Salute e Comunicazione del Rischio, Dipartimento di Sanità

Pubblica, Azienda USL di Bologna; Area (ora Dipartimento) Welfare e Promozione del Benessere di Comunità, Comune di Bologna; Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna - Policlinico Sant’Orsola-Malpighi.

sociale, politico e culturale modella la distribuzione della salute e della malattia all'interno della società (Wilkinson, 2002; Marmot e Wilkinson, 2005). A questo proposito, l'OMS indica come **determinanti sociali della salute** (Fig. 1) le circostanze in cui le persone nascono, crescono, lavorano, vivono e invecchiano, e l'insieme più ampio di forze e sistemi che modellano

le condizioni della vita quotidiana (OMS, 2008). Poiché tali determinanti sono ciò che influenza la distribuzione di fattori di protezione e di rischio per la salute, producendo esiti che non sono quindi giustificabili da un punto di vista biologico, si parla di differenze evitabili ed ingiuste nello stato di salute della popolazione.

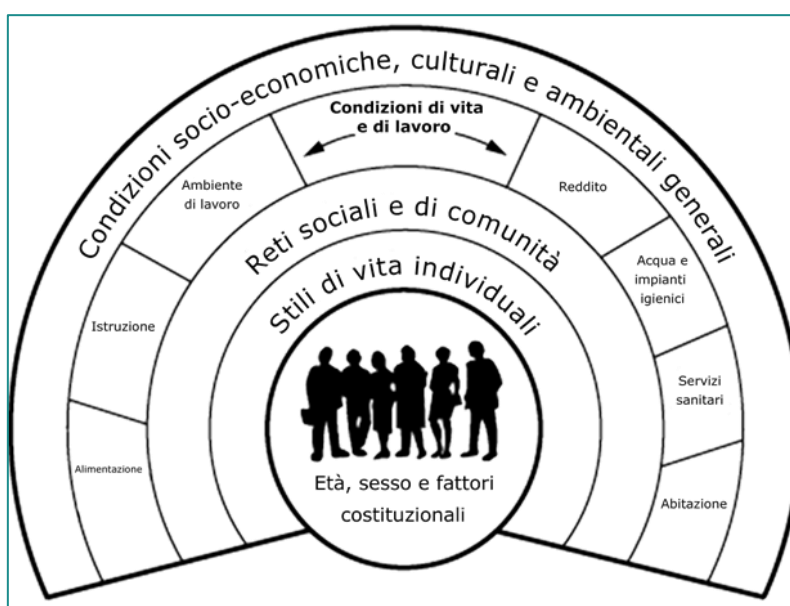


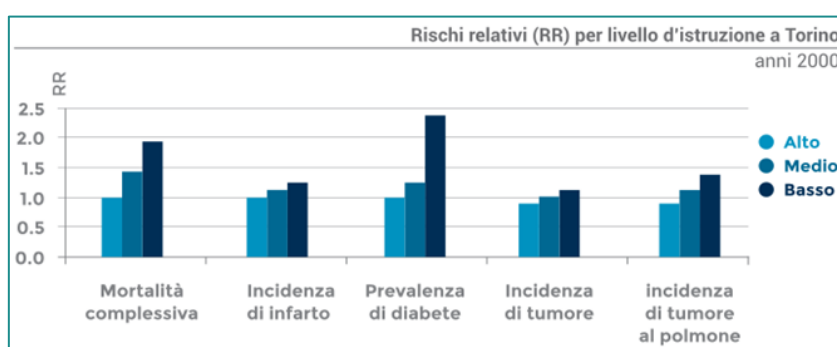
Figura 1 – I determinanti della salute.
Adattato da Dahlgren e Whitehead, 1991

All'interno di questa letteratura, numerosi studi hanno indagato i meccanismi attraverso i quali i **singoli determinanti sociali entrano in relazione tra loro** influenzando la salute delle persone. In particolare, l'approccio ecosociale (Krieger, 2011) ha messo in luce come **le persone si collochino contemporaneamente in diverse strutture di disuguaglianza** (ad esempio: uomo, bianco, omosessuale, impiegato in un lavoro manuale; oppure donna, immigrata, eterosessuale, occupata in un lavoro dirigenziale). Secondo questo approccio, la posizione che **la persona occupa all'interno di tali strutture viene letteralmente incorporata sotto forma di patologia e/o di**

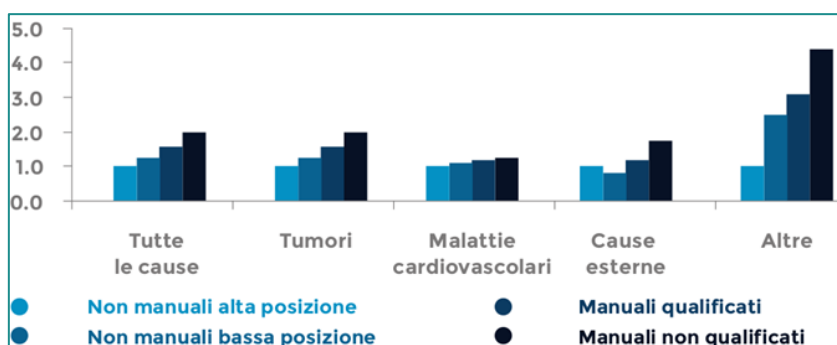
fattore di rischio (Nguyen e Peschard, 2003). Questo conduce a un ripensamento profondo della salute, in quanto elemento costitutivo dell'interazione tra la persona e l'ambiente fisico, sociale e relazionale che essa abita e, al tempo stesso, ci porta a considerare la malattia come traccia sul piano bio-psichico individuale delle condizioni sociali di cui si partecipa. Tuttavia, nella nostra società è ancora predominante una **visione biomedica della salute**, che la confina alle dimensioni più strettamente biologiche, limitando spesso l'azione alla sola traccia incorporata a livello individuale. Al fine di provare a ricomporre uno sguardo ampio sulla salute, è dunque

necessario ricostruire le sue molteplici dimensioni. Il lavoro non è semplice perché – come vedremo nel [Capitolo 1](#) – la frammentazione nello sguardo si traduce in una **frammentazione nei dati che riflettono lo stato di salute**, raccolti secondo logiche diverse e in canali compartimentati a seconda che si tratti di dati sanitari, oppure dati relativi a variabili demografiche, sociali ed economiche. Quando la ricomposizione avviene, però, la salute cessa di essere solo un portato biologico dell’individuo, per

diventare chiaramente anche espressione della posizione che questo occupa all’interno delle varie forme (e forze) delle gerarchie sociali. Si parla di **gradiente sociale** per definire questo fenomeno (Fig. 2 A, B), ampiamente documentato in relazione al rischio di malattia e morte per una serie di condizioni acute e croniche, nonché all’accesso e all’utilizzo dei servizi sanitari, e rilevabile per molteplici indicatori di posizione sociale (reddito, livello di istruzione, occupazione, ecc.).



(A)



(B)

Figura 2 – Esempi di gradiente sociale in relazione al livello di istruzione (A) e alla posizione occupazionale (B).
Fonte: Costa et al., 2014

Nel cercare di comprendere i fattori alla base del gradiente sociale, è stato chiamato in causa non solo il ruolo delle interazioni tra determinanti sociali relativi alla singola persona, ma anche l’**effetto del contesto** in cui questa cresce, lavora e vive. Si è visto infatti che, in contesti con minori disuguaglianze, le persone hanno esiti in

salute migliori e minori problematiche di natura sanitaria e sociale (Pickett e Wilkinson, 2010). Al contrario, il fatto di vivere in una zona con elevata concentrazione di svantaggi può influire negativamente sugli esiti in salute (Wilson, 2010). Si parla di **effetto area** (Oakes et al., 2015; Galobardes et al., 2006) per indicare

dunque come i luoghi in cui le persone vivono, le caratteristiche del quartiere e degli edifici, il livello di sicurezza, la disponibilità di beni e servizi, la presenza di vita comunitaria e di sostegno sociale producano effetti sulla salute delle persone. A tal fine la ricerca si è avvalsa anche di metodologie qualitative: non tutte le variabili da prendere in considerazione sono infatti misurabili e analizzabili attraverso banche dati. Ampia parte del lavoro si è concentrata sulle concrete esperienze vissute delle persone, sulle loro interpretazioni della realtà, al fine di cogliere come le loro biografie vengono ad essere intercettate dalle dinamiche sociali che promuovono o limitano la capacità di mantenersi in salute. Il progetto di ricerca-azione sulle disuguaglianze in salute fa tesoro degli approcci fin qui citati, puntando a ricostruire uno sguardo sulla salute capace di rendere conto il più possibile delle diverse dimensioni che la compongono. Lo fa adottando un approccio interdisciplinare, che combina portati teorici e metodologici propri di ambiti diversi (principalmente: epidemiologia sociale, salute pubblica, antropologia medica). Prova in questo modo a ricucire la frammentazione, unendo dati relativi ai determinanti sociali, agli esiti in salute e all’utilizzo dei servizi, attraverso metodi sia quantitativi (analisi statistiche) sia qualitativi (etnografia). E, seguendo le riflessioni sull’effetto area, cercando anche uno sguardo di contesto.

Ma c’è un’ultima frammentazione da ricucire, ovvero quella tra conoscenza e azione (*know-do gap*), secondo l’OMS una delle più importanti sfide per la sanità pubblica (OMS, 2005). Infatti, nonostante la letteratura su queste tematiche sia cresciuta esponenzialmente negli ultimi vent’anni, anche le disuguaglianze sono cresciute. Ciò significa che **le azioni di contrasto non sono sempre andate di pari**

passo con le conoscenze prodotte in proposito. Tra i tanti fattori, questo è anche riconducibile, da un lato, a una strutturale disconnessione tra generazione di conoscenza e azione, che permea questo come molti altri campi; dall’altro lato, alla mancanza di studi sulle disuguaglianze che mappino la situazione a livello locale, per esempio all’interno di una città, significativamente più informativi per orientare le politiche territoriali e monitorarne l’impatto.

Per far fronte a questa ulteriore frammentazione, il progetto sulle disuguaglianze in salute è stato concepito come una **ricerca-azione** (Loewenson et al., 2014), un approccio capace di generare conoscenze in stretta prossimità rispetto ai contesti potenzialmente generativi di azioni verso l’equità. Molte scelte progettuali, come si vedrà in seguito, sono state fatte con il preciso intento di orientare la ricerca verso ambiti e con strumenti che fossero sensati (nel duplice significato di portatori e generatori di senso) per gli attori locali coinvolti, nella consapevolezza che uno sguardo localmente informato sia indispensabile per costruire soluzioni adatte al contesto e che fanno tesoro delle specifiche risorse già presenti. La ricerca-azione, infatti, “punta a comprendere e a migliorare il mondo trasformandolo, ma lo fa in un modo in cui i soggetti che sono affetti da determinati problemi collettivamente agiscono e producono un cambiamento che diventa uno strumento per costruire una nuova forma di conoscenza” (Baum et al., 2006).

Per questa ragione, abbiamo deciso di riflettere anche sulla terminologia che utilizziamo, al fine di costruire e rafforzare un tipo di linguaggio che, tenendo conto dei meccanismi che generano le disuguaglianze, possa contribuire a questo potenziale trasformativo ([Box 1](#)).

Approfondimenti utili alla lettura

BOX 1 – UN LINGUAGGIO ORIENTATO ALL’EQUITÀ

La revisione della letteratura che ha accompagnato il progetto di ricerca ha portato il gruppo di lavoro a riflettere sul linguaggio utilizzato e sulle narrazioni che danno forma ai nostri modi di pensare. Prendendo spunto da discussioni e iniziative in corso nel contesto nordamericano, proponiamo questa riflessione anche a chi legge il report.

Il punto di partenza è che alcune espressioni comunemente utilizzate possono, anche involontariamente, avere un effetto stigmatizzante e limitare la nostra comprensione delle cause profonde delle disuguaglianze. Questo accade perché anche le parole sono radicate in sistemi di potere che rafforzano la discriminazione e l’esclusione (AMA, 2021). Di seguito illustriamo la proposta di riformulazione che, su queste basi, ci ha guidato durante la scrittura del report, consapevoli che si tratta di un processo e non di una prescrizione, e che allargando la riflessione si possano trovare alternative più calzanti rispetto al nostro contesto e alla lingua italiana.

<i>Domanda guida</i>	<i>Invece di...</i>	<i>Utilizziamo...?</i>
<p>Possiamo evitare l'uso di aggettivi come “fragile”, “vulnerabile” o “emarginato”? Questi termini possono essere stigmatizzanti, perché sono ambigui e, nella loro ambiguità, possono far pensare che la condizione sia riferita alla popolazione specifica piuttosto che a fattori strutturali. Utilizzando altri termini, si può forse spiegare meglio perché e/o come alcuni gruppi sono più colpiti di altri?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • popolazione fragile/vulnerabile • persone emarginate 	<ul style="list-style-type: none"> • persone strutturalmente esposte a processi di marginalizzazione
<p>Possiamo evitare un linguaggio disumanizzante? E, piuttosto, cercare alternative centrate sulla persona?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • diabetici • casi COVID-19 • anziani soli 	<ul style="list-style-type: none"> • persone con diabete • persone che hanno contratto il Covid-19 • persone anziane in condizioni di solitudine
<p>Possiamo evitare termini come “target”, “combattere” o altri con connotazioni violente per riferirci a persone, gruppi o comunità? Soprattutto, in comunicazioni relative ad attività di salute pubblica?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • target 	<ul style="list-style-type: none"> • popolazione coinvolta
<p>Possiamo evitare un linguaggio sessista o che perpetra stereotipi di genere? Laddove possibile, possiamo utilizzare espressioni inclusive e cioè neutrali dal punto di vista di genere; in alternativa, possiamo inserire femminile e maschile, pur consapevoli che non tutte le persone rientrano in uno schema binario.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • medico e infermiere • gli abitanti • cittadini, professionisti 	<ul style="list-style-type: none"> • personale sanitario • gli/le abitanti • cittadini/e, professionisti/e

Obiettivi e fasi progettuali

Obiettivi del progetto sono:

1. **Descrivere le differenze negli esiti di salute** (mortalità, morbosità) e **nell’accesso ai servizi** sociali e sanitari nelle diverse aree del Comune di Bologna, mettendole in relazione con gli indici territoriali di svantaggio demografico, sociale ed economico.
2. Realizzare, nelle aree a maggiore svantaggio e peggiori condizioni di salute, un **approfondimento mediante un’analisi quali-quantitativa** volta a identificare gli specifici **determinanti che agiscono a livello territoriale** nello sviluppo delle disuguaglianze di salute.
3. Individuare, di concerto con chi ha ruoli decisionali e la popolazione, **proposte di politiche e interventi di contrasto** alle disuguaglianze e di promozione dell’equità.
4. Verificare la fattibilità, in termini di analisi costi-benefici, della raccolta e valutazione sistematica dei dati nell’ipotesi di attivare un **monitoraggio nel tempo delle disuguaglianze a livello cittadino** sia per valutare l’eventuale impatto delle politiche nazionali e locali sull’equità nella salute che per valutare gli esiti di specifici interventi, in particolari aree e gruppi di popolazione.

Il progetto ha previsto **tre fasi, temporalmente sovrapposte e tra loro interdipendenti** (Fig. 3), a cui sono dedicati i tre capitoli di questo report.

La **prima fase** ([Capitolo 1](#)), rispondente agli obiettivi n. 1 e 4, è consistita in uno **studio osservazionale sulla distribuzione di indicatori di esiti in salute e di accesso ai servizi** nelle diverse aree statistiche della città di Bologna, messi in correlazione con

indicatori demografici, sociali ed economici prodotti dal Comune di Bologna. I risultati hanno mostrato come anche nel contesto bolognese, caratterizzato da una capillare presenza di servizi e da un quadro di solidità istituzionale, il tema delle disuguaglianze in salute emerga come rilevante e prioritario da affrontare in un’ottica di equità.

Per meglio comprendere le specifiche dinamiche che, a livello territoriale, contribuiscono a minare la capacità di raggiungere una piena equità in salute, è stata avviata una **seconda fase di stampo qualitativo** ([Capitolo 2](#)), volta a indagare le **modalità attraverso cui le disuguaglianze si riproducono localmente** (obiettivo n. 2 di progetto). In particolare, le principali domande che hanno guidato la ricerca nei territori sono le seguenti:

- Quali determinanti sociali intervengono a livello locale sulla salute e in che modo?
- Come si configura il lavoro dei servizi e di altre realtà locali sul territorio?
- Sono presenti dispositivi di partecipazione e coinvolgimento degli/lle abitanti? Quali e come funzionano?
- Come è intervenuta la pandemia di Covid-19 nei territori e che impatto ha avuto sui bisogni delle persone e sul lavoro dei servizi?

La ricerca qualitativa ha portato a identificare, analizzare e descrivere i determinanti sociali coinvolti a livello territoriale nella genesi delle disuguaglianze in salute nelle aree della città che presentano maggiore vulnerabilità e/o peggiori esiti di salute e indicatori di accesso ai servizi, lavorando in sei aree cittadine identificate di concerto con i sei Quartieri (un’area per Quartiere). I determinanti presi in considerazione hanno riguardato anche alcune parti del sistema dei servizi sanitari e sociali, con particolare attenzione agli assi

della prossimità, dell’integrazione e della partecipazione (elementi chiave dell’approccio di promozione della salute), come vedremo meglio più avanti.

Infine, la **terza fase** (obiettivo n. 3 di progetto) – tuttora in corso – prevede la **sperimentazione di azioni di promozione dell’equità in salute** radicate nei risultati

dello studio e concertate con i servizi territoriali e con chi ha ruoli decisionali a livello politico ([Capitolo 3](#)). Nel corso del 2022, tali azioni si sono svolte in tre delle sei aree coinvolte nella seconda fase progettuale (rispettivamente nei Quartieri Borgo Panigale-Reno, Navile e San Donato-San Vitale).

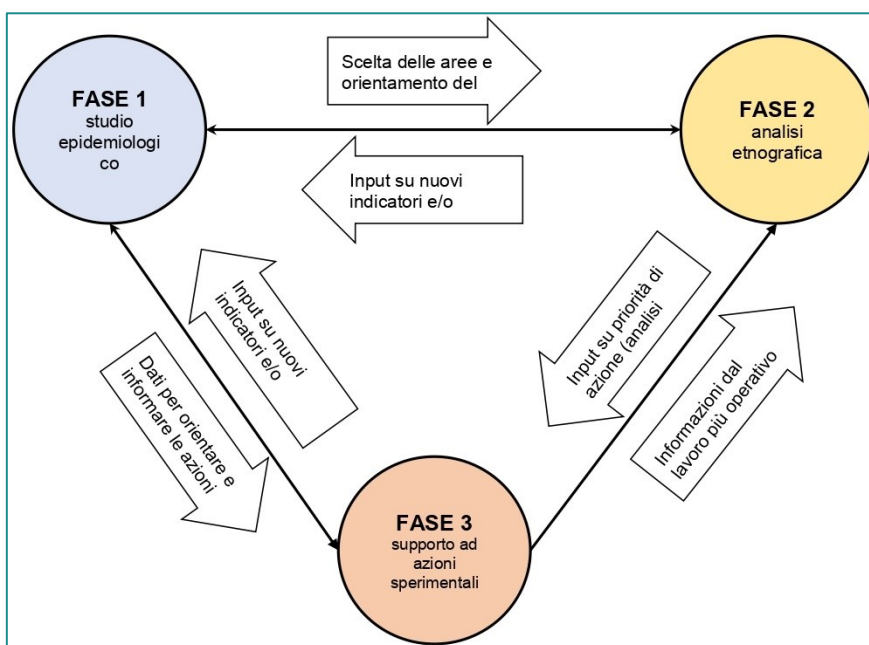


Figura 3 – Le tre fasi della ricerca-azione e le interazioni tra esse.

Metodologia

La **prima fase** di ricerca è stata sviluppata a partire da un **approccio epidemiologico**, e si è avvalsa di **metodologie quantitative** per la documentazione e la caratterizzazione delle disuguaglianze in salute nella città di Bologna. Maggiori dettagli in merito alle scelte fatte e alle metodologie adottate in questa fase sono descritti nel [Capitolo 1](#) di questo report.

La **seconda fase** di ricerca si è invece sviluppata a partire da un **approccio qualitativo, di stampo etnografico**, volto a comprendere la molteplicità e

l’interdipendenza dei fattori che, a vari livelli, concorrono nel creare un contesto di vita favorevole o meno alla salute delle persone nel territorio in cui vivono. A tal fine sono stati utilizzati prevalentemente strumenti quali: **mappature del territorio, osservazione partecipante, interviste in profondità, focus group**, particolarmente appropriati per esplorare i significati che i soggetti coinvolti (abitanti, operatori/rici e responsabili dei servizi, referenti di associazioni del territorio...) attribuiscono ai fenomeni che li circondano e per far emergere i “non detti” impliciti nella pratica quotidiana. Tali strumenti, inoltre, permettono di valutare

nello specifico quali sono i soggetti e i gruppi particolarmente svantaggiati, quali sono i bisogni non soddisfatti a cui si può dare risposta da parte dei servizi e delle istituzioni e quali risorse comunitarie sono già localmente presenti. In questo modo è possibile produrre informazioni (percezioni, emozioni, posizioni radicate nell’interiorità) che non sono indagate dalle comuni banche dati e che esplorano le ragioni per cui si riscontrano determinati problemi di salute e come si potrebbe agire per contrastarli. La **terza fase** trae spunto, come contenuti e come metodologia, dalle prime due, e si

inserisce all’interno di un più ampio **approccio di ricerca-azione** che caratterizza tutto il progetto, con lo scopo di contribuire alla creazione di un “potenziale d’azione” (in termini di relazioni/gruppi di lavoro, conoscenze, competenze, motivazione, mandato politico) per l’equità in salute e, ove possibile, ad azioni concrete in quella direzione. In base a tale approccio, le informazioni raccolte sul campo sono inserite in un **ciclo continuativo di riflessione e azione** (Fig. 4) teso alla trasformazione dei saperi, delle pratiche e dei contesti in cui si sviluppa.

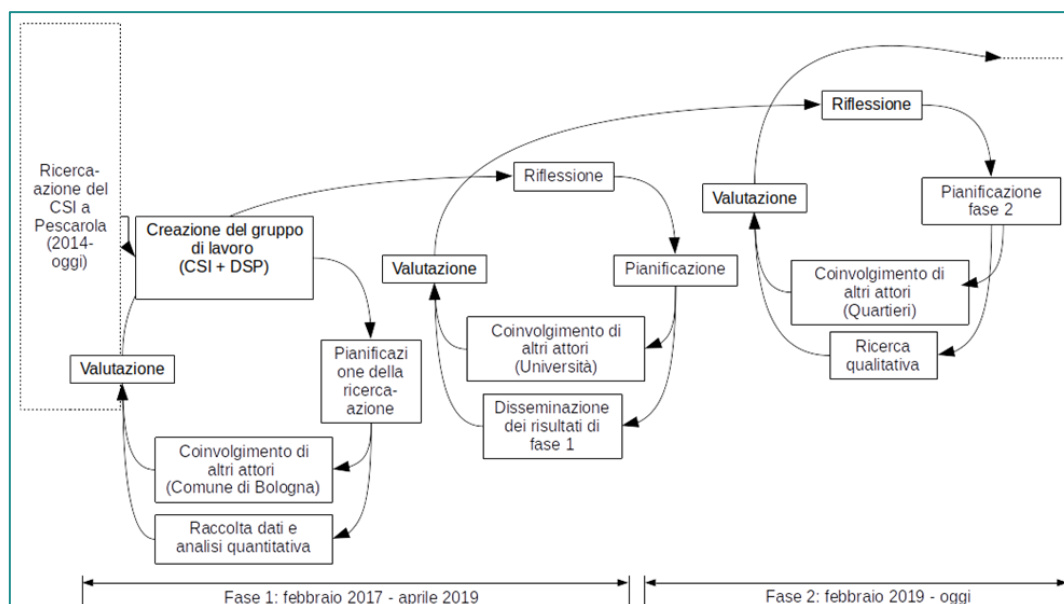


Figura 4 – Il processo della ricerca-azione. Adattato da: Bodini C, Gentilini V. (2020).

Fare ricerca azione durante una pandemia

Nel febbraio del 2020, quando i primi casi autoctoni di Covid-19 sono stati diagnosticati in Italia, la seconda fase del progetto stava entrando nel vivo. D’improvviso, però, intorno tutto è cambiato e **le priorità sono divenute altre**, imponendo la messa in atto di strategie di adattamento.

Ove possibile, le attività di ricerca qualitativa (interviste, focus group) e di ricerca-azione (incontri di confronto e programmazione, restituzioni, analisi collettive dei dati) sono state condotte online. Ove e fin quando possibile, sono state mantenute attività di campo come passeggiate e osservazioni, incontri con singole persone. Purtroppo, è stata molto **sacrificata la parte che doveva coinvolgere le persone residenti nelle aree**

selezionate. È stato altresì difficile, per un lungo periodo, **intercettare le organizzazioni e il personale sanitario**, travolto dalla situazione e con nessuno spazio per attività fuori dall’emergenza.

A seguito della situazione determinata dalla pandemia – considerate anche le conseguenze che essa ha generato sul piano sociale ed economico, oltre che sanitario – di concerto con le istituzioni coinvolte nel processo di ricerca-azione si è deciso di intraprendere **alcune azioni mirate volte a dare supporto al sistema dei servizi** nella rilevazione dei bisogni sia sociali che sanitari, come lo svolgimento di indagini telefoniche brevi a persone con sospetta Covid-19 in attesa di diagnosi definitiva, con il duplice obiettivo di informare le persone circa le condizioni per l’isolamento precauzionale e raccogliere informazioni sui bisogni emergenti.

Carattere innovativo e punti di forza del progetto

Grazie soprattutto all’impostazione di ricerca-azione, il progetto si caratterizza per un **forte orientamento alla ricerca traslazionale**, ovvero alla trasposizione dei risultati dell’analisi epidemiologica ed etnografica in interventi concreti di contrasto alle disuguaglianze in salute. A tal fine, il progetto prevede la partecipazione dei livelli istituzionali e operativi di AUSL, Comune e Università di Bologna, con momenti di confronto volti allo scambio di competenze e a garantire un’azione

sinergica. Si tratta di un approccio incentrato sulla **co-costruzione e la condivisione di conoscenza** volto a ridurre il cosiddetto “know-do gap” che, nel campo delle disuguaglianze sociali in salute, assume connotazioni problematiche di natura anche etica e deontologica.

Inoltre, il progetto è portato avanti da un’**equipe multidisciplinare** con competenze avanzate in epidemiologia e statistica, sanità pubblica e antropologia medica, ed esperienza nell’utilizzo integrato di metodologie quantitative e qualitative. Questo rappresenta un requisito necessario per affrontare un problema multidimensionale e complesso come quello delle disuguaglianze in salute.

Dal punto di vista strategico, il progetto ben si colloca all’interno del quadro del **Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR)**, che prevede investimenti volti a rafforzare i servizi territoriali e le reti di prossimità (Missione 6) e azioni a favore dell’inclusione e della coesione sociale (Missione 5). Le progettualità di sperimentazione individuate nelle diverse aree nell’ambito della terza fase di progetto si inseriscono in questo indirizzo, promuovendo uno slittamento dall’impostazione centrata sulla cura e sulla prevenzione verso la **promozione della salute** ([Box 2](#)). Tale passaggio non è automatico: se infatti la malattia trova una sua risposta nelle politiche e nelle prestazioni sanitarie, la salute trova la sua promozione nell’azione sui contesti di vita e sulle relazioni sociali.

Approfondimenti utili alla lettura

BOX 2 – LA CARTA DI OTTAWA PER LA PROMOZIONE DELLA SALUTE

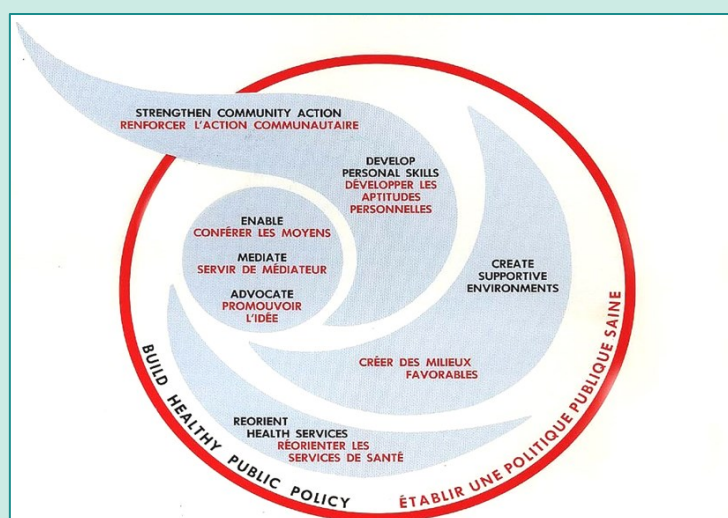


Figura 5 – La promozione della salute secondo la Carta di Ottawa.
Fonte: WHO, 1986.

La carta di Ottawa per la Promozione della Salute (WHO, 1986) – documento di riferimento fondamentale su questo tema – riconosce che **la salute è radicata nel tessuto sociale** e riporta che “fattori politici, economici, sociali, culturali, comportamentali e biologici possono intervenire tutti nell’influenzarla”. Come illustrato nello schema sopra riportato (Fig. 5), la Carta porta di conseguenza l’attenzione sul bisogno di favorire **processi di promozione della salute fondati su diversi pilastri posti a livelli differenti** – dall’individuale, al collettivo, all’organizzazione dei sistemi sanitari, all’elaborazione di politiche pubbliche – per poter influire sul vasto range di fattori che contribuiscono a determinare la salute e favorire l’equità.

Alla luce di questa molteplicità di interazioni, la promozione della salute è definibile come **il processo che consente alle persone e alle comunità di esercitare un maggiore controllo sulla propria salute e di migliorarla**. Essa richiede, dunque, di comprendere innanzitutto **quali dinamiche limitano la capacità delle persone** di esercitare controllo sui fattori che contribuiscono a determinare la salute, ovvero: l’eziopatogenesi sociale delle condizioni di sofferenza e di disagio. Inoltre, intendendo la salute come la capacità di condurre la propria vita alla luce di ciò che la qualifica e gli dà valore, per promuovere la salute è essenziale **mettere le persone nella condizione di definire ciò che qualifica la loro esistenza**.

Orientare le politiche e l’azione dei servizi verso la promozione della salute significa, inevitabilmente, andare oltre l’idea dell’erogazione di prestazioni centrate sul singolo individuo per immaginare la possibilità di creare dispositivi volti a promuovere il **coinvolgimento delle persone nella definizione stessa del loro miglior interesse**. A tal fine occorre ripensare i servizi territoriali per orientarli verso:

- la comprensione dei meccanismi sociali di produzione della sofferenza;
- l’individuazione delle relazioni significative e delle risorse locali su cui fare leva per promuovere la capacitazione delle persone.

Nell’ottica dell’integrazione auspicata dal PNRR, **la promozione della salute rappresenta la cornice concettuale privilegiata per tenere insieme ambiti che culturalmente immaginiamo e organizziamo in termini distinti e frammentati.** Se infatti pensiamo la salute come assenza di malattia (e viceversa) rischiamo di equiparare la promozione della salute con le azioni di prevenzione o educazione sanitaria. Spostare il campo ai contesti di vista ci aiuta invece a comprendere come **salute e malattia siano anche indicatori delle relazioni e dei contesti sociali di cui le persone partecipano,** imponendoci così di interrogarci sulla natura di tali relazioni e di eleggerle a terreno di specifici interventi. In tale cornice l’assistenza sanitaria, come del resto le iniziative di prevenzione e di educazione sanitaria, giocano un ruolo cruciale, ma hanno bisogno di essere integrate in azioni volte a fare leva sui determinanti e sulle relazioni sociali nonché sul coinvolgimento attivo delle persone.

La proposta innovativa dal punto di vista teorico-pratico per orientarsi verso la promozione della salute richiede di **pensare la salute come un costrutto culturale** (dipende da ciò che dà valore alla vita per ognuno di noi) **da generare socialmente** (agendo sulle relazioni di cui i soggetti partecipano nei loro contesti di vita) (Quaranta, 2014). A tal fine è necessario predisporre **servizi e figure di prossimità, in cui prossimità non significa semplicemente vicinanza fisica** ai contesti di vita delle persone: significa piuttosto creare spazi di praticabilità per la tessitura di relazioni che abbiano un significato per le persone coinvolte. Se spogliamo salute e malattia di questi aspetti ci priviamo di appigli su cui fare leva per la promozione della salute.

Attualmente, tuttavia, l’azione dei servizi territoriali risente di una **frammentazione organizzativa che limita le possibili sinergie**

fra i diversi ambiti (sanitario, sociale, educativo, abitativo...) e con le risorse espresse dal territorio, e dunque la **capacità dei servizi e della politica di generare comunità di cura** (Napier et al., 2014) che coinvolgono tanto operatori e operatrici dei servizi, quanto le persone con le proprie reti socialmente significative. Il concetto di comunità di cura implica la necessità di **andare oltre una visione dell’empowerment come capacità del singolo individuo di agire, a vantaggio di una sua declinazione relazionale.** Attraverso la partecipazione a relazioni per loro significative le persone guadagnano la capacità di agire nel promuovere e generare salute. Questo rappresenta un passaggio cruciale: **la promozione della salute non è un qualcosa che possa essere erogato. Essa piuttosto si realizza attraverso le forme di vita delle persone:** sono loro le vere protagoniste della generazione della salute intesa appunto come capacità di vivere la propria esistenza alla luce di ciò che le dà senso.

Appare allora evidente che salute e malattia non sono termini e ambiti mutualmente esclusivi. Al contrario: la promozione della salute emerge ancor più necessaria quando le persone vedono la propria esistenza segnata da condizioni che impongono un ripensamento radicale della propria economia di vita (come nei contesti della cronicità, ad esempio). La possibilità di condurre un’esistenza qualificata, nel contesto di condizioni per le quali non vi è possibilità di guarigione, ci fa comprendere quanto la promozione della salute affondi le sue radici nella capacità di dare significato alla vita e di essere in grado di condurla alla luce di quel significato. Il **paradigma della cura, intesa in ottica relazionale** (attraverso il concetto di comunità di cura, sopra richiamato) **fa da cornice alla promozione della salute** in termini ampi e capaci di ricomprendere al suo interno tanto l’azione

dei servizi sanitari quando quella di altri servizi (sociali e socio-sanitari, educativi, abitativi, ecc.).

La sfida posta dalla traduzione in azione dei risultati generati dall’analisi dei determinanti sociali della salute non è dunque solamente di stampo organizzativo. Essa è anche squisitamente culturale e inevitabilmente politica: chi (e come) definisce la salute e le pratiche idonee alla sua promozione? Le scienze sociali ci insegnano che i rapporti di senso sono rapporti di potere e quella per la classificazione del mondo è inevitabilmente un’arena di lotta fra molteplici prospettive. È dall’esito di tale confronto che dipenderà come andremo a qualificare di senso concetti cardine come quelli di “prossimità”, “partecipazione”, “integrazione” e, in ultima istanza, “salute”. In questo senso, **l’attivazione di processi partecipativi sembra non essere un utile mezzo per perseguire altri fini: piuttosto può essere assunta essa stessa come fine dell’azione dei servizi territoriali.** In questi termini la promozione della salute e la sua cura possono assurgere a cornice concettuale della politica, intesa come azione sulle relazioni di cui siamo parte e da cui dipende il nostro rapporto con il mondo.

Coerentemente a quanto esposto, il carattere innovativo del progetto di ricerca-azione non si limita a tradurre in spunti operativi, per la politica come per i servizi, i risultati dell’analisi di contesti specifici nel quadro dei determinanti sociali di salute. Esso va individuato anche nella sua metodologia, che assume **il principio di partecipazione come terreno per il coinvolgimento attivo dei partner nella ricerca nella co-produzione non solo (e non tanto) di dati, ma di una chiave di lettura del mondo.** Le scienze sociali ci hanno insegnato che la realtà dipende da come la interpretiamo, dal significato che le attribuiamo; e che tali significati sono processualmente prodotti in pratiche

relazionali. Il coinvolgimento dei partner è stato assunto come terreno operativo per la co-produzione di significati attraverso cui l’equipe di ricerca ha avuto accesso al punto di vista degli attori coinvolti, e questi hanno partecipato a un processo dinamico di condivisione di conoscenze e competenze nella lettura del mondo.

La ricerca-azione rappresenta quindi una scelta metodologica consapevolmente adottata per declinare la ricerca in termini partecipativi e trasformativi, con l’obiettivo non già di generare solo nuova conoscenza, ma anche un capitale d’azione capacitante per che vi partecipa. Il coinvolgimento degli attori nei diversi contesti della ricerca-azione infatti non è stato solamente funzionale alla individuazione della specifica area su cui concentrarsi per l’analisi, ma anche nel continuo processo di condivisione attraverso la pratica della restituzione dei risultati in itinere. Tale processo è stato il contesto vivo attraverso cui sono nate le progettualità della fase 3 del progetto: sperimentare innovative pratiche di promozione della salute.

L’obiettivo dell’equipe di ricerca è stato infatti fin dall’inizio quello di **condividere con i partner un metodo di lavoro** attraverso cui interrogare la realtà rispetto ad elementi e aspetti che i percorsi abituali di formazione non necessariamente contemplano, in virtù della frammentazione delle conoscenze (con la loro conseguente gerarchizzazione in termini di prestigio) che caratterizza la nostra organizzazione del sapere (anche e soprattutto a livello accademico). Se i significati attraverso cui definire i propri bisogni (di salute) non sono un qualcosa che le persone hanno a priori, ma emergono dal processo di co-costruzione nella relazione di cura, quando questo si realizza in modo consapevole, parimenti, nella relazione con i partner istituzionali del progetto, la partecipazione alla ricerca è stata assunta strategia volta a promuovere il loro “diritto al

significato”, affinché le progettualità elaborate avessero senso per loro. **La dimensione qualitativa del progetto, dunque, non ha come sua motivazione esclusiva quella di accedere a dati altrimenti invisibili attraverso le banche dati, ma ha come obiettivo quello di realizzare relazioni di prossimità attraverso cui attivare processi di co-costruzione partecipata del significato.** Ci sono dati, in altre parole, che emergono solo se vengono prodotti e la ricerca-azione ha fra i suoi obiettivi precisamente quello di

promuovere, attraverso metodi caratterizzare da prossimità, pratiche di produzione di significati che altrimenti non potrebbero essere contemplati. In conclusione, il progetto di ricerca-azione ha coadiuvato i partner nel loro processo di ideazione e realizzazione di sperimentazioni innovative sul fronte della promozione della salute che avessero un senso nel contesto specifico del quotidiano lavoro dei e nei servizi di quartiere.

1. Le disuguaglianze in salute nella città di Bologna

Almost no one needs to be told about health inequalities any more or to be asked to look at more graphs or tables of figures. Instead, we need finally to find the collective will to do something about it.

Iona Heath, 2010

Questa prima fase della ricerca-azione, riguardante lo sviluppo di uno **studio epidemiologico sulle disuguaglianze in salute a Bologna**, nasce all’inizio del 2017 da una collaborazione tra due attori: il Centro di Salute Internazionale e Interculturale APS e il Dipartimento di Sanità Pubblica di Bologna.² Fin dai primi momenti di questo incontro le domande sembrano essere piuttosto chiare: **come si distribuiscono la salute e la malattia nel territorio di Bologna? E come l’accesso e l’utilizzo dei servizi sociali e sanitari? Quali sono le spie per intercettare il fenomeno delle disuguaglianze sociali in salute? Con i dati che emergono, quali processi locali possono essere riorientati in direzione dell’equità?**

Viene esplicitato e condiviso con tutti gli attori che il progetto non deve solo produrre nuove conoscenze, ma essere **orientato al cambiamento**. L’obiettivo dello studio, infatti, non voleva solo essere quello di fornire una mappatura delle disuguaglianze in salute a Bologna, quanto piuttosto quello di renderle visibili e permettere così agli attori istituzionali di orientarsi verso azioni di promozione dell’equità.

1.1 La scelta dei dati

Il primo passaggio è stato quello di **identificare la popolazione di riferimento, gli indicatori per le analisi statistiche, le unità di misura e la loro rilevanza in termini epidemiologici**. Il processo di selezione è stato guidato da considerazioni relative all’accessibilità e alla disponibilità dei dati. Da un lato, infatti, esistono importanti **limitazioni legate alla normativa sulla privacy** che impediscono di utilizzare in modo

² Per il Dipartimento di Sanità Pubblica, hanno partecipato alla ricerca Paolo Pandolfi, Vincenza Perlangeli, Paolo Marzaroli, Lorenzo Pizzi, Muriel Musti, Elisa Stivanello.

coordinato database relativi a dati individuali di pertinenza del Comune e dell’AUSL di Bologna. Grazie a una convenzione tra gli enti, però, è stato possibile accedere ai **dati aggregati per area statistica** (vedi [Box 3](#)). Questo ha consentito di agevolare in modo significativo il processo, pur presentando alcuni limiti. Infatti, l’utilizzo di dati aggregati non permette di studiare il rapporto di causa-effetto tra esposizioni ed esiti a livello individuale (ci descrive cioè il comportamento di un’area all’interno della quale possono risiedere individui con caratteristiche molto diverse), di sviluppare un disegno di studio più solido in termini di evidenze, di seguire gli spostamenti delle persone nel tempo. Inoltre, possono verificarsi fenomeni “distorsivi”, dovuti per esempio alla presenza in alcune aree statistiche di strutture come case residenza per anziani. Infine, non è possibile tenere conto dei determinanti strutturali che hanno portato alla svantaggiosa distribuzione delle persone nelle aree statistiche, né di capire quali meccanismi, spesso al di fuori dell’area di residenza, hanno inciso sulla salute delle persone. **La distribuzione diseguale della salute sul territorio è infatti una conseguenza (non un fattore causale) delle dinamiche strutturali in cui si esprimono le diverse dimensioni dell’ingiustizia sociale** (classe socio-economica, provenienza geografica, genere, livello di istruzione, ecc.); di conseguenza, considerare solo la distribuzione in unità territoriali rischia di occultare il modo in cui strutture sociali inique alimentano o mitigano le disuguaglianze locali in salute.

D’altro canto, l’utilizzo di dati aggregati per area statistica presentava, oltre all’accessibilità, **due importanti vantaggi**: la disponibilità di analisi dei dati demografici, sociali ed economici aggiornati annualmente dal Comune di Bologna a partire dal 2016; la definizione di aree di popolazione e di territorio sufficientemente

ampie da consentire una significatività statistica per un buon numero di indicatori, e sufficientemente piccole da permettere un successivo approfondimento di stampo qualitativo.

Sul versante della disponibilità dei dati, la scelta è stata quella di basarsi su **flussi raccolti di routine dalle istituzioni coinvolte** (AUSL e Comune di Bologna), in modo da facilitare il raggiungimento del quarto obiettivo del progetto, ovvero la messa a sistema di un monitoraggio delle disuguaglianze in salute. Se infatti il progetto si fosse fondato su una raccolta dati ad hoc, difficilmente sarebbe stato riproducibile e sostenibile nel tempo nel contesto di servizi pubblici in carenza strutturale di risorse e personale. Tra le limitazioni che questo ha comportato, il fatto di riferirsi **esclusivamente alla popolazione residente**, non tenendo conto quindi di persone come studenti e studentesse fuori sede, lavoratori e lavoratrici stagionali, persone immigrate non in regola con la normativa sul soggiorno. Ancora, il fatto di rilevare – per le analisi sull’utilizzo dei servizi – solo le **prestazioni erogate in ambito di servizi pubblici o privati convenzionati**, tralasciando l’importante fetta del privato che, soprattutto in alcune aree della città e per alcuni ambiti, è senz’altro significativa.

Una volta definite le fonti dei dati, la discussione ha riguardato i **flussi utilizzabili per caratterizzare il fenomeno** delle disuguaglianze in salute. Ci si è basati sia sulle evidenze presenti in letteratura (forza delle correlazioni dimostrate tra determinanti sociali, esiti in salute e accesso ai servizi), sia sulle esperienze delle persone coinvolte (dirigenti ed epidemiologi dell’Ausl) in merito all’attendibilità di certi flussi di dati e alle probabilità di ottenere – in base alla numerosità dei fenomeni osservati – analisi con sufficiente significatività statistica.

poiché mancano le informazioni sulle caratteristiche socio demografiche, ad aree con più di 10.000 abitanti (12.834 area di XXI aprile). Il numero medio di residenti è di circa 5.000 (nello specifico 4.941). I nomi attribuiti alle aree possono derivare da elementi di interesse culturale (es. San Michele in Bosco) o naturalistico, dal nome distintivo che hanno acquisito fra le persone che vi abitano (es. Cirenaica), oppure riferirsi alla via principale (es. Zanardi), o ancora connotare l’elemento funzionale principale che ospitano (es. Aeroporto, Ospedale Bellaria).

Fonte: <http://inumeridibolognametropolitana.it/dati-statistici/popolazione-residente-area-statistica-ed-eta-al-31-dicembre>

1.2 Le banche dati e gli indicatori scelti

Come già accennato, le banche dati utilizzate sono state quelle **facilmente accessibili e routinariamente disponibili** per i servizi sanitari e sociali. Questo con lo scopo di minimizzare i costi e massimizzare la possibilità che un’analisi e un monitoraggio in ottica di equità possano essere fatti sistematicamente e possano essere replicati in tutta la città metropolitana di Bologna.

Per quanto riguarda gli **indicatori demografici, sociali ed economici**, come sopra riportato ci si è riferiti ai dati elaborati dal Comune di Bologna per area statistica, di derivazione dall’anagrafe comunale (variabili demografiche), dai database dell’Agenzia delle Entrate (variabili legate ai redditi) e dal censimento 2011 (altri indicatori).

Per quanto riguarda lo **stato di salute e l’uso dei servizi**, sono stati utilizzati i flussi informativi a disposizione dell’AUSL di Bologna come il registro di mortalità, che contiene le informazioni dei decessi delle persone residenti nel Comune di Bologna, o il flusso relativo all’assistenza farmaceutica territoriale, per studiare le prescrizioni farmaceutiche (farmaci rimborsabili dal Servizio Sanitario Nazionale). Sono stati anche utilizzati il flusso delle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO), che

contiene i dati relativi a tutti i ricoveri (diagnosi, patologie concomitanti, terapie/interventi eseguiti durante il ricovero), e quello del Pronto Soccorso, che fornisce le informazioni su ogni accesso, seguito o meno da ricovero. Più di recente sono stati poi analizzati i dati disponibili presso il Dipartimento di Salute Mentale.

Infine, sono stati utilizzati i **flussi raccolti tramite la piattaforma Garsia** (Gestione Accesso Rete Socio-Sanitaria Integrata Automatizzata) per l’analisi dell’utilizzo dei servizi e delle prestazioni sociali.

Per quanto riguarda gli indicatori, essi sono concettualmente divisi in **indicatori di esposizione** (determinanti sociali, concepiti come fattori di rischio per lo sviluppo di certe condizioni di salute, o per un utilizzo non efficace dei servizi sanitari) e **indicatori di esito** (mortalità, malattia, utilizzo dei servizi). Riportiamo qui in maniera descrittiva alcune delle scelte fatte, rimandando alla Tabella 1 per una sintesi degli indicatori selezionati, e all’[Appendice 1](#) per una descrizione completa degli stessi e delle metodologie di analisi utilizzate.

1.2.1 Indicatori di esposizione

Dal 2017, nell’ambito del Piano dell’innovazione urbana, l’Area Programmazione Controlli e Statistica del Comune di Bologna conduce una ricerca dal titolo “**La fragilità demografica, sociale**

ed economica nelle diverse aree della città”.³ Si tratta di una mappatura che interessa le 90 aree statistiche di Bologna, tracciando per ciascuna un profilo secondo una selezione di 14 indicatori di vulnerabilità territoriale divisi in tre categorie: vulnerabilità demografica, sociale ed economica, da cui vengono prodotti tre indici sintetici e un indice cumulativo di fragilità ([Appendice 1](#), [Tabella 2](#)).

Tra gli indicatori di vulnerabilità, ne sono stati scelti alcuni per effettuare correlazioni puntuali con gli indicatori di esiti in salute e di utilizzo dei servizi. Ancora una volta, la scelta è stata fatta guardando sia alla letteratura (relazioni dimostrate tra indicatori ed esiti in salute e/o accesso ai servizi), sia testando le correlazioni per tutti gli indicatori e selezionando quelle più solide/stabili. Gli indici sintetici non sono stati utilizzati per le correlazioni, perché l’aggregazione degli indicatori che li compongono rischiava di coprire l’effetto di esposizione reale di ciascuna variabile.

1.2.2 Indicatori di esito

Tra gli indicatori accessibili e disponibili, in relazione alle considerazioni fin qui riportate, la scelta di quelli da includere nell’analisi (Tabella 1) è stata fatta tenendo in considerazione le **evidenze presenti in letteratura** (esiti correlati ai determinanti sociali della salute) e la **numerosità dei fenomeni osservati** (in grado di generare significatività a livello di confronto tra aree statistiche). In alcuni casi, queste valutazioni sono state fatte dopo una prima fase di analisi, portando a escludere alcuni indicatori (es. infarto miocardico acuto, ictus), poco stabili nelle diverse elaborazioni per la scarsa numerosità, e propendere

verso **aggregazioni di più patologie** (es. patologie cardiovascolari). Analogamente, non sono stati presi in considerazione tassi di incidenza di alcune malattie infettive, come l’HIV e i virus dell’epatite B e C, o i di alcuni tumori, come il tumore del polmone (Huisman et al., 2005), e tutti i dati relativi alla salute materno-infantile, in particolare i tassi di incidenza di basso peso alla nascita (Dubois e Girard, 2006). Queste condizioni potevano certamente essere interessanti da indagare in quanto, seppure con sfumature diverse, sono fortemente correlate sia ai determinanti più prossimali (stili di vita) sia ai determinanti distali (contesto abitativo), tuttavia la numerosità degli eventi rischiava di non essere sufficiente per poter fare confronti tra aree territoriali così piccole.

Al contrario, indicatori come la **prevalenza di diabete**, una delle malattie croniche più diffuse in Europa, causa di mortalità e morbilità, e in continuo aumento a causa dell’invecchiamento della popolazione, non presentano problemi di numerosità e correlano molto bene con i determinanti sociali. È noto infatti che sono a maggior rischio di diabete i gruppi di popolazione soggetti a marginalizzazione, che soffrono solitamente di maggior stress psicologico, hanno maggiori difficoltà economiche e minore accesso a istruzione e servizi, fattori che, a loro volta, influenzano la possibilità di compiere scelte salutari per il proprio benessere (Bartolini et al., 2020). Inoltre, per il peso relativo della patologia anche sui percorsi assistenziali e sulla spesa sanitaria (Berti et al., 2019), il diabete rappresenta sia un buon tracciante delle disuguaglianze, sia una potenziale leva strategica per motivare la necessità di azioni a contrasto.

La scelta degli **indicatori di accesso e utilizzo dei servizi** mira invece ad acquisire informazioni sull’uso più o meno efficace dei

³ I dati dello studio aggiornati al 2010 sono disponibili a questo indirizzo: <https://public.tableau.com/app/profile/ufficio.statistiche.ter>

ritoriali.bologna/viz/Fragilita/FragilitaBologna (ultimo accesso 18.07.2022).

servizi stessi, sui volumi e quindi – in modo più indiretto – sulla domanda di salute. È noto infatti che, anche in un sistema dei servizi a impianto universalistico come il nostro, spesso le disuguaglianze esistenti nella società vengano riprodotte o addirittura amplificate all’interno dei percorsi di, talvolta mancata, presa in carico (Agabiti et al., 2020; Löfqvist et al., 2014). Per esempio, l’**accesso al Pronto Soccorso per motivi non urgenti** (codici bianchi e verdi) può essere spia di una non efficace presa in carico di un problema di salute nell’ambito dell’assistenza territoriale, a sua volta riconducibile alla presenza di barriere di accesso (non avere il medico di base, non

conoscere la rete dei servizi e/o non sapere come attivarla). In modo simile, l’**utilizzo contemporaneo di più classi di farmaci** (indicatore sulla poliprescrizione farmacologica) fornisce da un lato un’idea sul carico di malattia presente in quella popolazione, ma può dall’altra rappresentare una mancata efficacia delle azioni di prevenzione così come una mancata azione di ricognizione e riconciliazione farmacologica.⁴ Infine, l’analisi dei **tassi di aderenza ai programmi di screening** fornisce informazioni sull’abilità del sistema di promuovere misure efficaci di prevenzione a livello di popolazione.

Tabella 1 – Lista degli indicatori di esposizione e di esito selezionati

Dominio	Definizione	Significato
<i>Esposizione</i>		
Livello di istruzione	Percentuale di persone laureate in età tra 25 e 44 anni sulla popolazione totale in età 25-44 anni	Riflette le risorse socio economiche e intellettuali della famiglia di origine. Contribuisce a determinare l’accesso e la posizione occupata nel mercato del lavoro. Ha un impatto sulla capacità di cercare e elaborare informazioni, incluse anche quelle riguardano la propria salute
Risorse materiali	Percentuale delle famiglie con un reddito medio pro capite equivalente inferiore a 12.337 euro (pari al 60% della mediana)	Il reddito è uno dei modi più importanti per misurare l’accesso alle risorse materiali e influisce sullo stato di salute con modalità differenti per esempio determinando l’accesso a cibo salutare, a un’abitazione confortevole e ai servizi. Il reddito influisce in modo indiretto anche sulla partecipazione sociale e sull’opportunità di esercitare il proprio potere in alcune circostanze della vita.
	Percentuale di abitanti residenti in comparti di	I comparti ERP sono spesso aree con alti livelli di deprivazione materiale, sociale ed economica, pertanto un’elevata concentrazione in un

⁴ Per “riconciliazione farmacologica” si intende il processo nell’ambito del quale si confrontano i farmaci assunti dalla persona con quelli indicati per la cura nella particolare

circostanza, in funzione di una decisione prescrittiva corretta e sicura.

	Edilizia Pubblica (ERP)	Residenziale quartiere potrebbe essere un segno di condizioni socio economiche scarse
Supporto e reti sociali	Percentuale di minori in famiglie monogenitoriali (non coabitanti) sul totale dei/lle minori	Tra gli indicatori indiretti delle reti sociali e del supporto sociale, le famiglie monogenitoriali mostrano un’associazione con esiti in salute peggiori e aumentata mortalità
	Percentuale della popolazione straniera in età tra 0 e 19 anni sulla popolazione totale in età tra 0 e 19 anni	La popolazione straniera affronta diverse sfide, incluse barriere di accesso ai servizi, stato socioeconomico inferiore, esclusione, discriminazione, mancanza di reti sociali e di supporto. La concentrazione di stranieri in un quartiere può quindi essere un indicatore indiretto sul livello di reti sociali e livello di integrazione di quell’area.
<i>Esito</i>		
Stato generale di salute	Mortalità per tutte le cause	È un indicatore semplice, ma chiave, che racconta lo stato di salute di una popolazione.
Carico di malattie croniche	Prevalenza diabete	Come la maggior parte delle malattie croniche, la prevalenza di diabete correla con i determinanti socio-economici, soprattutto con il livello di istruzione (Sommer et al., 2015).
	Incidenza di malattie cardiovascolari	L’incidenza di alcune patologie cardiovascolari, come ictus e cardiopatie, si correla con le disuguaglianze socio-economiche. Questo indicatore le raggruppa, tenendo conto che i meccanismi patologici sono analoghi, per fornire una distribuzione di malattia più solida da un punto di vista numerico.
	Incidenza di tutti i tumori	Con questo indicatore viene misurata l’incidenza di tutti i tipi tumori. In particolare per alcuni di questi, come ad esempio quello del polmone e stomaco, l’incidenza correla con il livello di istruzione e lo status socio-economico. L’effetto della marginalizzazione si ripercuote sia nella fase di diagnosi, che tende ad essere tardiva, sia negli esiti dei trattamenti: la mortalità è più alta.
Accesso e uso dei	Pronto Soccorso	Il tasso di accesso al PS non monitora l’attività del PS stesso, ma serve per valutare in maniera

servizi sanitari	Pronto Soccorso per codici bianchi e verdi	indiretta l’efficacia assistenziale del territorio, in particolare andando a misurare quelli che sono gli accessi per codici bianchi e verdi. Tendenzialmente le persone che subiscono una marginalizzazione (geografica, ma anche sociale) sono quelle che accedono più frequentemente e in modo ripetuto al PS.
	Poliprescrizione farmaceutica	Per poliprescrizione si intende la prescrizione di 3 o più categorie di farmaci differenti (per questo calcolo non sono stati inclusi gli antibiotici). Oltre a informare sul carico di malattia presente, si è visto che il consumo dei farmaci è più elevato nelle persone che vivono in aree svantaggiate e deprivate (Caranci et al., 2021).
	Poliprescrizione di prestazioni di specialistica ambulatoriale	È un indicatore che rappresenta l’effettuazione di più di 10 prestazioni di specialistica ambulatoriale (visite e esami diagnostici) nel Servizio Pubblico o convenzionato nel 2015. Questo dato informa circa l’appropriatezza nell’uso dei servizi e indirettamente permette una riflessione sulla risposta dei servizi ai bisogni di salute.
	Ricoveri	Attraverso questo indicatore sono state selezionate le persone che hanno avuto almeno un ricovero in regime ordinario.
	Tassi di aderenza ai programmi di screening colon-retto e mammella	Fornisce informazioni sull’abilità del sistema a promuovere misure efficaci di prevenzione a livello di popolazione.

1.2.3 Indicatori relativi ad accessi e diagnosi del Dipartimento di Salute Mentale

Poco prima della stesura di questo report, sono state realizzate le analisi – ideate da tempo – sui **dati disponibili presso il Dipartimento di Salute Mentale (DSM)**. Sulla base della ricerca qualitativa, infatti, la prevalenza di disturbi legati a questo ambito era emersa come caratterizzante le aree interessate dalla ricerca-azione, e si era pertanto formulata un’ipotesi da verificare

anche tramite i dati epidemiologici. D’altro canto, in letteratura sono riportate **correlazioni tra un basso stato socio-economico e una maggiore prevalenza di problematiche di salute mentale** e, nella stessa città di Bologna, sono stati realizzati studi riguardanti le diagnosi di esordi psicotici rapportate ad alcuni indicatori di svantaggio sociale (Tarricone et al., 2012). In misura minore, è stato studiato l’effetto dell’area di residenza per quanto riguarda la prevalenza di tali problematiche (Kirkbride et al., 2007).

Per studiare come si distribuisce lo svantaggio in salute mentale all’interno delle aree statistiche della città di Bologna sono stati individuati alcuni indicatori (Tabella 2), costruiti **raggruppando più tipologie di diagnosi psichiatriche riguardanti il periodo**

2015-2019. L'accorpamento delle diagnosi e l’analisi su più anni hanno consentito di poter avere una buona numerosità dei fenomeni osservati nel generare solide analisi statistiche.

Tabella 2 – Lista degli indicatori di salute mentale selezionati

Indicatore	Definizione	Significato
Almeno un accesso al DSM	Accesso al DSM per qualsiasi motivo identificato dall’apertura annuale della cartella	Presenza di una scheda aperta dal DSM riferita a una persona (generalmente su invio del medico curante o dopo accesso diretto della persona a un Centro di Salute Mentale, o segnalazione da parte dei servizi sociali o familiari, vicinato...). All’interno della scheda possono esserci uno o più accessi riferiti alla stessa persona.
Patologia psichiatrica	Accesso al DSM con diagnosi psichiatrica (escluse persone con disabilità intellettiva, demenza, delirium o altri disturbi mentali conseguenti a danni cerebrali di tipo organico)	In questa classe di indicatori si sono esclusi i disturbi mentali derivanti da conseguenze organiche (ictus, emorragie, traumi) e persone con demenze, delirium (sia dalla nascita che acquisite in seguito).
Disturbi mentali “comuni”	Disturbi depressivi moderati Ansia e disturbi somatoformi	Dall’inglese: “common mental disorders”, riguarda una serie di disturbi considerati “comuni” nella popolazione, spesso co-gestiti tra il Medico di Medicina Generale e i Centri di Salute Mentale.
Disturbi mentali gravi	Schizofrenia e altre psicosi funzionali Disturbi maniacali e bipolari Disturbi depressivi maggiori	Dall’inglese: “severe mental disorders”, riguarda una serie di disturbi considerati gravi e meno comuni all’interno della popolazione, la cui gestione è in genere appannaggio dei Centri di Salute Mentale.

1.2.4 Indicatori relativi alle prestazioni dei servizi sociali

Benché non prevista inizialmente, grazie al coinvolgimento formale del Comune di Bologna è stato possibile condurre anche un’analisi dei dati di produzione dei servizi sociali registrati sulla piattaforma Garsia. La scelta degli indicatori da prendere in considerazione è stata fatta dopo una ricostruzione del funzionamento della piattaforma, realizzata in una serie di incontri dedicati con esperti sia sul fronte tecnico della piattaforma, sia su quello operativo del funzionamento dei servizi e della compilazione dei dati di produzione.

I principi che hanno guidato la scelta sono:

- **attendibilità** (indicatori che obbligatoriamente vanno inseriti sulla piattaforma, in modo che le differenze rilevate non siano operatore dipendente);
- **significatività** (indicatori che rappresentano eventi sufficientemente numerosi);
- **correlazione con la residenza** (indicatori che possono essere

analizzati in modo aggregato per area statistica);

- **rilevanza** (indicatori che sono spie di una condizione di svantaggio e di disuguaglianza).

Sulla base di queste considerazioni, sono stati selezionati 14 indicatori suddivisi per tipologia di intervento (11 categorie) e per gruppo di popolazione coinvolta (in linea con le suddivisioni delle aree di intervento ISTAT, cfr. ISTAT, 2012): famiglie e minori, disagio adulti (comprese le persone adulte con disabilità) e persone anziane (Tabella 2; per una descrizione più dettagliata, vedi [Appendice 1, Tabella 5](#)).

Va sottolineato che, nonostante l’obiettivo di partenza fosse di rappresentare la diseguale distribuzione del bisogno di intervento sociale, l’analisi dei flussi disponibili ha portato a una **caratterizzazione della risposta al bisogno, in parte coincidente con l’offerta dei servizi**. Al fine di temperare questo fenomeno, non sono stati presi in considerazione quegli indicatori che, pur soddisfacendo i criteri sopra elencati, sono relativi a prestazioni per cui esiste un tetto di spesa che – di fatto – non consente di fare emergere differenze significative tra le aree.

Tabella 3 – Lista degli indicatori relativi alle prestazioni dei servizi sociali

Indicatori	Significato
Persone con servizi autorizzati (2018-2019)	Tutte le persone che hanno un qualche tipo di servizio attivato.
Bonus utenze energia elettrica (2018-2019)	
Contributi economici a integrazione del reddito familiare (2018-2019)	Contributi economici erogati con finalità diverse.
Buoni spesa e buoni pasto (2019)	

Contributi economici per l’inserimento lavorativo (tirocini) (2018-2019)	
Esenzione retta servizi scolastici (2018-2019)	
Segnalazione per ammissione a nidi, materne e centri estivi (2018-2019)	Tutti gli interventi di tipo educativo.
Supporto all’inserimento lavorativo (tirocini) (2018-2019)	
Assistenza educativa domiciliare (2018-2019)	
Distribuzione pasti e lavanderia a domicilio (2018-2019)	Categoria che include diverse prestazioni al domicilio, compresi gli assegni di cura utilizzati per pagare le prestazioni domiciliari.
Utenti con interventi di assistenza domiciliare (2018-2019)	
Case residenza anziani-ospiti per posti definitivi e di sollievo (2018-2019)	Persone anziane che vengono trasferite nelle case residenza (CRA).
Persone con autorizzazione accesso servizi residenziali (2018-2019)	Persone che usufruiscono di strutture per parte della loro giornata.
Interventi in rapporto all’Autorità Giudiziaria (2018-2019)	Interventi di supporto, non di tipo economico, soprattutto nei contesti familiari.

1.3 Cosa dicono le mappe: la distribuzione delle disuguaglianze a Bologna

In questo paragrafo, verranno proposte e commentate le mappe rappresentanti la distribuzione dei fattori di esposizione (determinanti sociali) e degli indicatori di esito (relativi allo stato di salute e all’accesso ai servizi) precedentemente descritti. La scelta di rappresentare i dati tramite mappe è frutto di considerazioni volte a facilitare e rafforzare il loro utilizzo nell’ambito della ricerca-azione ([Box 4](#)). Vengono qui riportate alcune mappe significative a titolo di esempio; per un’illustrazione completa delle mappe si veda l’[Appendice 1](#).

Per i **fattori di esposizione**, nelle mappe il colore descrive i vari livelli di intensità di

fragilità, più il colore è intenso (tendente al rosso), più le aree riportano una percentuale (o numero) di fragilità elevata per quell’ indicatore. Per i **dati sanitari**, nelle mappe il colore descrive, in varie sfumature, l’intensità delle aree che hanno maggiore carico di malattia e di accessi ai servizi (colori più intensi) o minore (colori più tenui) rispetto alla media cittadina a parità di distribuzione di età; tutti i valori > 1 sono al di sopra della media cittadina e quindi rappresentano un certo grado di vulnerabilità per l’indicatore studiato.

Dai risultati e dalle mappe è possibile vedere che nella città di Bologna sono presenti **considerevoli disuguaglianze tra la popolazione residente**, sia per quanto riguarda gli accessi ad alcuni servizi sanitari, gli esiti di salute e la distribuzione dei fattori di esposizione.

Approfondimenti utili alla lettura

BOX 4 – RAPPRESENTARE I DATI: LA SCELTA DELLA MAPPA

Sulla scorta di analoghi studi realizzati a livello internazionale e nazionale (Costa et al., 2016; Marmot, 2020), e parallelamente a quanto fatto dal Comune di Bologna nella ricerca sulla fragilità demografica, sociale ed economica, si è scelto di rappresentare le analisi sugli indicatori sotto forma di mappe.

Le mappe sono strumenti potenti ed evocativi (Krieger, 2009), semplici da comprendere, in cui facilmente riconoscersi e orientarsi anche per persone che non hanno familiarità con le analisi statistiche e gli studi epidemiologici. Durante le varie fasi della ricerca, sono state utilizzate per mostrare la distribuzione geografica dei determinanti sociali, degli esiti in salute e dell’utilizzo dei servizi nella città a una serie di interlocutori istituzionali e non dei territori coinvolti. L’esperienza ha mostrato la loro utilità nel generare riflessioni e discussioni sulle diverse realtà locali e orientare le fasi successive (per esempio, la scelta delle aree in cui effettuare gli approfondimenti qualitativi). Tuttavia, va sottolineata la necessità di accompagnare le mappe con le dovute spiegazioni, perché talora la loro apparente facilità di interpretazione ha generato tesi che – più che confrontarsi con i dati generati – utilizzavano le mappe per suffragare ipotesi e giudizi preesistenti.

1.3.1 Indicatori di esposizione

Al censimento del 2011 la distribuzione della **percentuale di persone laureate in età tra 25 e 44 anni sulla popolazione totale in età 25-44 anni** mostra un chiaro divario tra nord e sud della città: le aree con la percentuale minore di popolazione laureata sono infatti maggiormente concentrate nelle aree nord-ovest della città; l’area con la percentuale minore di laureati è quella del Mulino del Gomito (15,3%), quartiere Navile, mentre quella con la percentuale maggiore è Osservanza (63%), quartiere S. Stefano.

Analogamente anche le aree con la **percentuale di famiglie con un reddito medio pro capite equivalente inferiore a 12.337 euro (pari al 60% della mediana)** nel 2018 mostrano una disposizione simile con divario nord-sud, con alcune aree fragili anche nel centro città; l’area con la percentuale maggiore di famiglie con reddito sotto 60% della mediana è quella del Mulino del Gomito (38,6%), quartiere Navile, mentre quella con la percentuale minore sono Via Larga, quartiere San Donato-San Vitale e Fossolo, quartiere Savena (entrambe con 15,3%).

Anche la distribuzione delle aree con **percentuale della popolazione residente straniera in età tra 0 e 19 anni sulla popolazione totale in età tra 0 e 19 anni** mostrano la stessa geografia; al 31/12/2019 l’area con la percentuale maggiore di figli/e di residenti stranieri è quella dell’Ex Mercato Ortofrutticolo (65,3%) nel quartiere Navile, seguita dall’area del CAAB (61,7%) nel quartiere San Donato-San Vitale, mentre l’area con la percentuale

minore è Via Larga (2,7%), sempre nel Quartiere San Donato-San Vitale.

Ai dati del censimento del 2011 anche le aree con **percentuale di abitanti residenti in comparti di Edilizia Residenziale Pubblica (ERP)** si localizzano a nord della città e in alcune periferie. L’area con la percentuale maggiore risulta essere quella di Mulino del Gomito nel Quartiere Navile (50,27%), seguita da Pilastro nel Quartiere San Donato-San Vitale (31,11%). Numerose aree presentano la percentuale dello 0%.

Infine, l’indicatore relativo alla **percentuale di minori in famiglie monogenitoriali (non coabitanti) sul totale dei/le minori** al 31/12/19 mostra una disposizione differente in città concentrandosi maggiormente nelle aree del centro città e in alcune aree a sud-est; l’area con la percentuale maggiore di famiglie monogenitoriali è Marconi-1, nel Quartiere Porto-Saragozza (25,3%), mentre quella con percentuale minore è Ex Mercato ortofrutticolo, nel Quartiere Navile (4,9%).

1.3.2 Indicatori di esito

Sia nel 2015 che nel 2019 la distribuzione della **prevalenza del diabete**, malattia tra le più condizionate dai fattori sociali e ambientali, evidenzia differenze significative (dell’ordine di oltre il 50% per l’area del Pilastro, Quartiere Navile, e del 40% per l’area di Villaggio della Barca, Quartiere Borgo Panigale-Reno) tra le aree del centro e delle zone collinari rispetto a quelle periferiche (Figura 8).

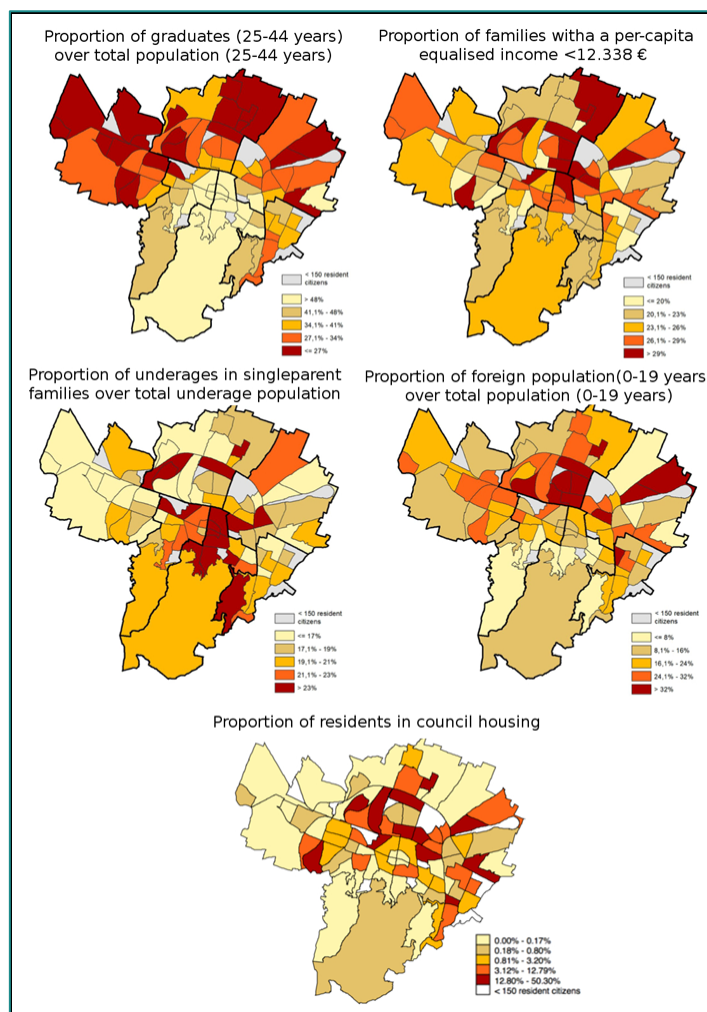


Figura 7 – Distribuzione geografica di alcuni degli indicatori di esposizione per area statistica. Bologna, 2011-2015.

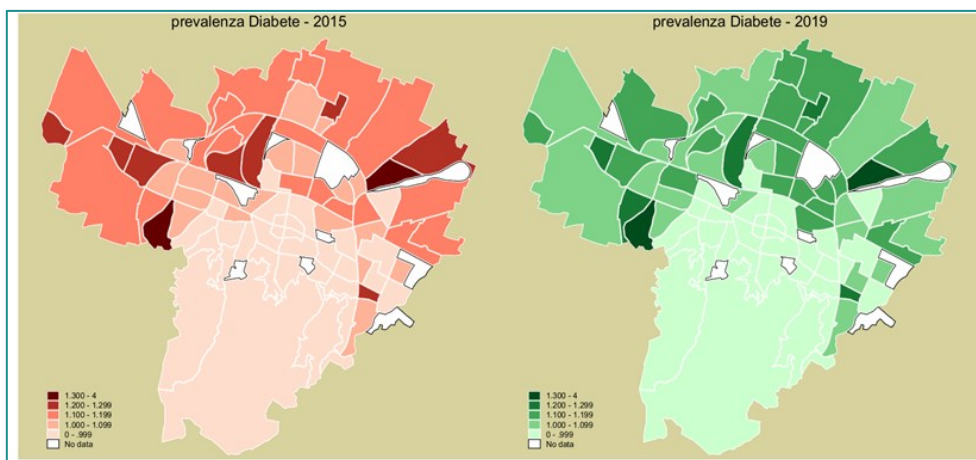


Figura 8 – Distribuzione geografica per area statistica della prevalenza di diabete (rischi relativi bayesiani). Bologna, 2015 e 2019.

Nel 2015 le **malattie cardiovascolari** sono state esplorate attraverso 2 indicatori (incidenza di Infarti Miocardici Acuti e Ictus nell’arco di tempo 2011-15), nel 2019 si è deciso di accorpate questi indicatori in un’unica mappa che raccogliesse le patologie cardiovascolari (incidenza malattie cardiovascolari 2015-19). Dall’analisi di quest’ultima si vede che si è accentuata la maggiore incidenza di patologie cardiovascolari nella zona nord-est (si nota >17% nell’area del Pilastro), con relativo miglioramento a nord-ovest (fatta eccezione per alcune aree a maggiore vulnerabilità, come ad es. Agucchi >6%).

La distribuzione dell’**incidenza di tutti i tumori** (anni 2011-15 e 2015-19) presenta differenze abbastanza evidenti tra centro e periferie nord, anche se le differenze tra le aree riportano valori molto esigui (l’area che riporta l’indicatore peggiore è quella del Pilastro con >7,7% rispetto alla media della città). In generale, la variabilità geografica di

questo indicatore è minore rispetto a quella degli altri indicatori di esito.

L’incidenza di **mortalità** (anni 2011-15 e 2015-19) mostra una eterogeneità minore pur evidenziando valori più elevati nelle aree periferiche e una lieve differenza nord-sud; da notare l’area Caserme Rosse nel Quartiere Navile che presenta, in entrambi gli archi temporali, valori >20% rispetto alla media cittadina.

Sul fronte dell’**accesso ai servizi** è possibile notare una distribuzione geografica simile a quella degli esiti, come mostrato dagli indicatori di **accesso complessivo al PS** e di **accesso al PS per motivi non urgenti** (codici bianchi e verdi) per gli anni sia 2015 che 2019. Emerge infatti un gradiente nord-sud e considerevoli differenze tra centro e aree delle periferie nord (dell’ordine di oltre il 35% come ad es. per le aree di Pescarola nel Quartiere Navile e di Villaggio della Barca nel Quartiere Borgo Panigale-Reno).

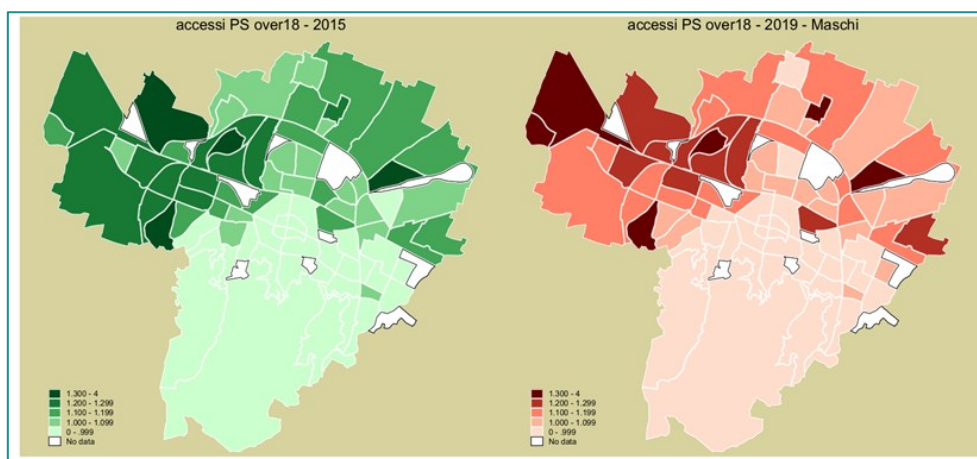


Figura 9 – Distribuzione geografica per area statistica della prevalenza di accessi al Pronto Soccorso per persone di età ≥ 18 anni (rischi relativi bayesiani). Bologna, 2015 e 2019.

Anche le mappe riguardanti la **poliprescrizione farmacologica** (persone che assumono farmaci appartenenti a 3 categorie differenti) nel 2015 e 2019

mostrano una distribuzione geografica molto in linea con le mappe di accesso in PS, e dunque a quelle degli esiti in salute (in aree come il Pilastro, nel Quartiere San

Donato-San Vitale, e Villaggio della Barca, nel Quartiere Borgo Panigale-Reno, l’indicatore supera di oltre il 30% la media cittadina).

La distribuzione della prevalenza di persone che hanno avuto più di 10 accessi alla **specialistica ambulatoriale (ASA)** negli anni 2015 e 2019 mantiene il gradiente nord-sud e centro-periferie mostrando un forte sbilanciamento tra est e ovest con maggior prevalenza a ovest con aree che mostrano differenze molto marcate rispetto alla media cittadina (Pescarola, Quartiere Navile, >53%; Villaggio della Barca, Quartiere Borgo Panigale-Reno, >45%). È possibile che la distribuzione di questo indicatore risenta delle differenze nell’offerta dei servizi e nelle modalità prescrittive tra diverse aree della città, oltre che di reale differente accesso e/o possibile differente distribuzione di alcune patologie.

Le mappe dei **ricoveri** del 2015 e del 2019 mostrano in modo marcato ancora la distinzione nord-sud della città,

sottolineando la presenza di maggior vulnerabilità nell’area del Pilastro, Quartiere San Donato-San Vitale (>11%), tuttavia gli intervalli sono molto vicini tra loro e sono pochi gli scostamenti dalla media cittadina, sia in senso positivo che negativo.

Solamente per l’anno 2015 sono stati calcolati i tassi per area statistica delle persone che hanno aderito allo **screening colon-rettale** (maschi e femmine tra i 50 e i 69 anni) e le donne che hanno aderito a quello **mammografico** (fascia d’età 45-74 anni), rapportate a tutte le persone che hanno ricevuto l’invito. Dai risultati si può notare che le aree che nelle mappe precedenti apparivano come più svantaggiate, sia per quanto riguarda esiti che per maggior numero di accessi ai servizi, sono le stesse che hanno un’incidenza maggiore di adesione agli screening. Una possibile spiegazione potrebbe essere il ricorso a test di screening privatamente da parte della popolazione abitante nelle zone più economicamente agiate.

1.3.3 Correlazioni

Per valutare la relazione tra gli indicatori di esposizione e gli esiti è stato usato il coefficiente di correlazione (per approfondimenti, vedi [Appendice 1, Correlazioni](#)).

- **Livello d’istruzione** (percentuale di persone laureate): si osservano associazioni inverse tra un alto livello di istruzione e gli esiti in salute, ovvero man mano che il livello di istruzione aumenta, si registra un calo di eventi avversi per la salute. La correlazione con il livello di istruzione risulta forte per esiti come la prevalenza di diabete, l’accesso in

PS e la poliprescrizione farmaceutica. Risulta più debole invece per la mortalità generale. L’aderenza ai programmi di screening mostra invece una tendenza a diminuire là dove aumenta il livello di istruzione, un dato atteso e spiegato probabilmente da un maggior ricorso a servizi privati tra le fasce più abbienti della popolazione.

- **Basso reddito familiare**: questo indicatore correla positivamente in modo debole e moderato con mortalità, diabete, accessi in PS, poliprescrizione farmaceutica,

mentre con l’aderenza ai programmi di screening si nota una correlazione inversa/negativa, analogamente a quanto avvenuto col livello d’istruzione.

- **Percentuale di abitanti che vivono in comparti ERP:** si osserva una correlazione da moderata a forte con tutti gli esiti in salute, ad eccezione della mortalità e dell’aderenza agli screening. Questo dato conferma gli studi sull’effetto area: la tipologia di contesto abitativo e dell’area di residenza, in modo più o meno mediato da altri fattori, ha un impatto sulla salute.
- **Percentuale di persone giovani figlie di genitori stranieri:** analogamente a quanto riportato in precedenza, si osserva una correlazione da moderata a forte con tutti gli esiti in salute, ad eccezione della mortalità e dell’aderenza agli screening.
- **Famiglie monogenitoriali con almeno un/a minore a carico:** le correlazioni tra questo indicatore e gli indicatori sanitari mostrano un andamento contrario e inaspettato rispetto a quanto si osserva in letteratura: all’aumentare del primo, diminuiscono gli esiti avversi. Questo potrebbe spiegarsi con il fatto che le

strutture familiari sono comunque diverse, anche se monogenitoriali, rispetto a quelle internazionali (Chiu et al., 2017). È inoltre possibile che questo indicatore di esposizione non sia ottimale per rappresentare una condizione di svantaggio socio-economico, come suggerito anche dalla distribuzione irregolare sulle mappe cittadine.

1.3.4 Indicatori di salute mentale

Dalle mappe possiamo vedere che la distribuzione degli indicatori riguardanti gli **accessi al DSM** e gli **accessi al DSM con diagnosi psichiatrica** sono sostanzialmente sovrapponibili e mostrano una concentrazione di aree svantaggiate soprattutto a ovest, nella prima periferia a nord e in alcune aree ad est della città. Per quanto riguarda gli accessi al DSM (rischi relativi bayesiani), l’area di Villaggio della Barca presenta il 79% di accessi in più rispetto alla media di Bologna e l’area del Villaggio Ina il 62% in più. Per gli accessi al DSM con diagnosi psichiatrica (rischi relativi bayesiani) spicca nuovamente l’area di Villaggio della Barca con un 74% di accessi in più e l’area dell’Aeroporto con un 67% di accessi in più rispetto alla media di Bologna.

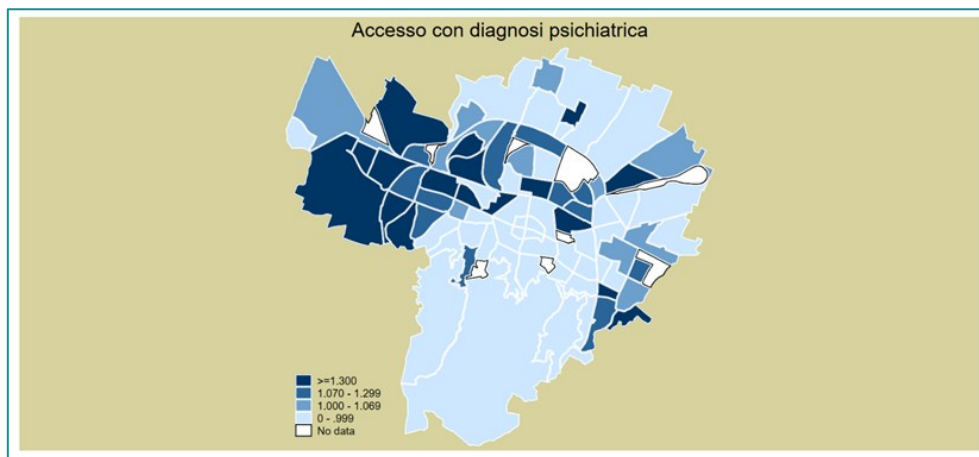


Figura 10 – Distribuzione geografica per area statistica della prevalenza di accessi al DSM con diagnosi psichiatrica (rischi relativi bayesiani). Bologna, 2015-2019.

La mappa dei **disturbi mentali “comuni”** (SMR) mostra una geografia simile a quella relativa agli accessi DSM. Relativamente a questi indicatori spiccano le aree di Borgo

Centro, Villaggio della Barca e Lazzaretto con circa il 70% di diagnosi in più rispetto alla media di Bologna.

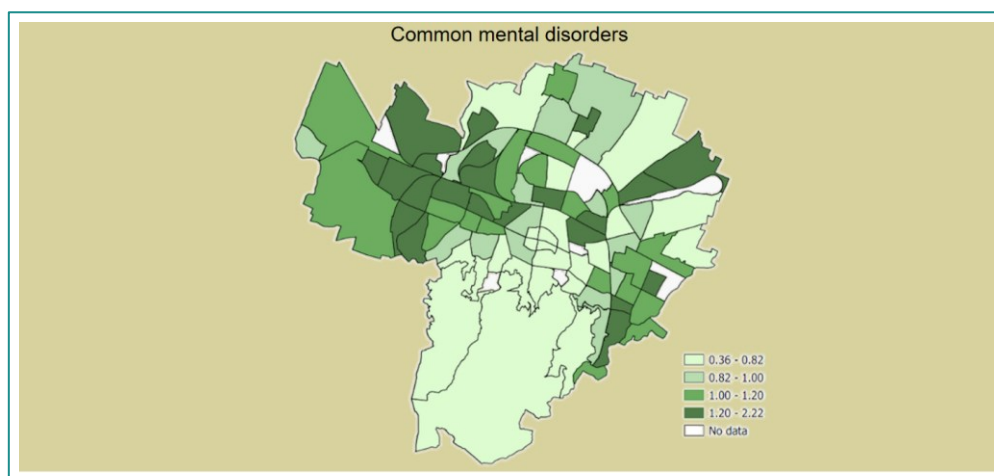


Figura 11 – Distribuzione geografica per area statistica della prevalenza di disturbi mentali “comuni” (SMR). Bologna, 2015-2019.

La mappa dei **disturbi mentali gravi** (SMR) mostra anch’essa differenze significative tra le aree. Oltre alla già segnalata Villaggio della Barca, emergono qui anche Piazza dell’Unità e Pilastro. Si notano anche alcune aree che spiccano notevolmente probabilmente per la presenza di centri

residenziali (CRA): Ospedale Bellaria, Ospedale Maggiore e Ravone.

In sintesi, si osserva che la distribuzione degli indicatori di salute mentale ricalca quanto osservato per gli altri indicatori sanitari: le aree più svantaggiate da un punto di vista economico e sociale

presentano indicatori peggiori di salute mentale sia per quanto riguarda gli accessi ai servizi del DSM, sia per quanto riguarda le diagnosi di patologie considerate come “gravi” e “comuni”. Spicca una concentrazione di diagnosi nella zona ovest, nella prima periferia nord e in alcune aree della periferia est della città.

1.3.5 Indicatori relativi alle prestazioni dei servizi sociali

Nonostante per molte aree della città manchino i dati e pertanto non si riesca ad avere un quadro completo ed esaustivo, anche le mappe relative alle prestazioni dei servizi sociali ricalcano in parte la geografia osservata per gli altri indicatori.

La percentuale di **persone con i servizi sociali attivi** sul totale dei residenti di una stessa area risulta più alta nel nord della città; si confermano inoltre alcune aree statistiche con percentuali più alte: Villaggio della Barca, Quartiere Borgo Panigale-Reno, con 8,59% e Via del Lavoro, Quartiere San Donato-San Vitale, con 6,43%. Lo stesso si osserva per la percentuale di cittadini/e con un **bonus utenze attivo** e quelli che ricevono delle **integrazioni al reddito: le aree a nord mostrano valori più alti** (Caserme Rosse 1,60% bonus utenze, Pilastro 1,01% per integrazioni), supportando indirettamente l’ipotesi che in queste aree il bisogno economico sia più consistente. Tra gli indicatori dell’area minori, la mappa relativa agli **interventi in rapporto all’autorità giudiziaria** mostra un forte gradiente nord-sud e ovest-est: risaltano diverse aree dei quartieri Borgo-Panigale, Navile e San Donato-San Vitale. Per gli indicatori dell’area anziani, il pattern è meno completo, in quanto mancano i dati relativi a molteplici aree. Ad una osservazione delle mappe si vede però che nelle aree

svantaggiate ricorrenti vi sono percentuali più alte di persone anziane che usufruiscono di servizi come le **case residenza per anziani, servizi semi-residenziali e l’assistenza domiciliare socio-assistenziale**.

1.3.6 Uno sguardo complessivo

Da queste analisi si nota che, per quasi tutti gli indicatori, esiste un evidente **gradiente nord-sud e tra centro e le periferie nord-ovest ed est, nonché la presenza di aree con indicatori negativi ricorrenti** (Figg. 12-13).

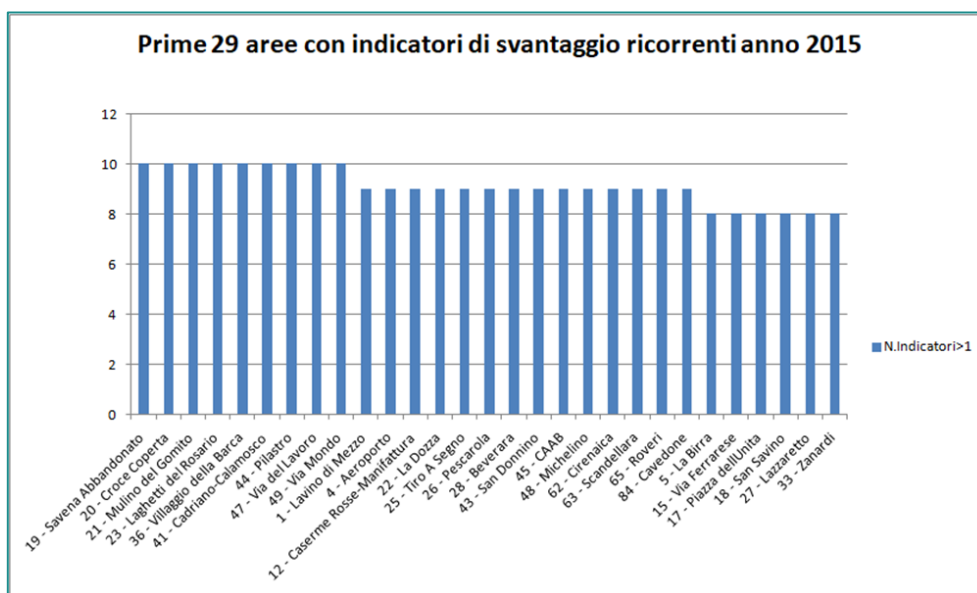


Figura 12 – Aree statistiche che presentano indicatori di svantaggio ricorrenti rispetto alla media cittadina, anno 2015.

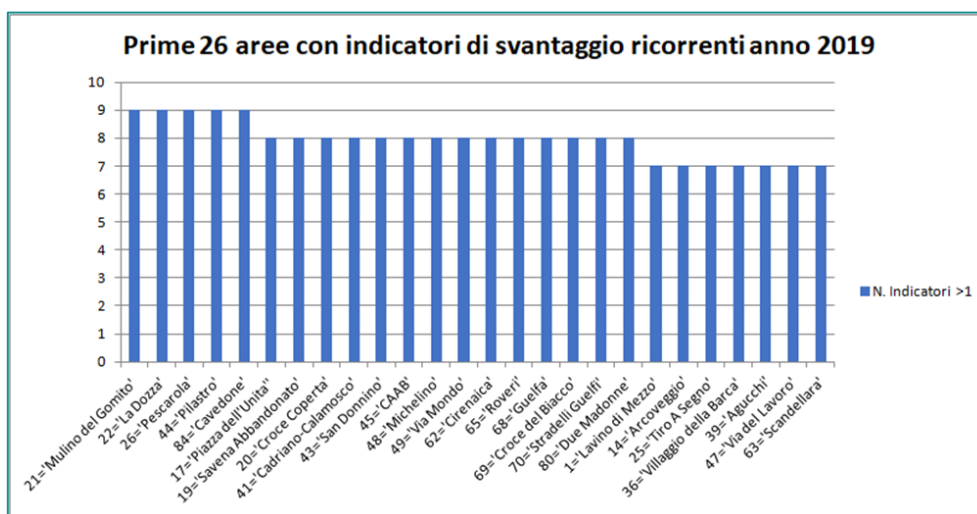


Figura 13 – Aree statistiche che presentano indicatori di svantaggio ricorrenti rispetto alla media cittadina, anno 2019.

Si rileva inoltre la vicinanza tra aree svantaggiate nel Quartiere Borgo Panigale-Reno, nella zona ovest del Quartiere Navile in vicinanza dell’area di Pescarola, nella zona di confine tra il Quartiere Navile e San Donato-San Vitale fino all’area del Pilastro. È infine presente un cluster anche a sud-est della città nel Quartiere Savena.

Nelle aree in cui compare una maggior incidenza e prevalenza di malattia vi è anche un maggior ricorso alle prestazioni sanitarie pubbliche, presenza di comorbidità e accessi al PS per condizioni che potrebbero essere gestite dalla medicina del territorio. Come già accennato, il fenomeno potrebbe trovare diverse spiegazioni, tra cui maggiori bisogni presenti in quelle aree, una non

esaustiva copertura dei servizi assistenziali, un maggior uso non efficace dei servizi, un’**inadeguata prevenzione e/o presa in carico** della popolazione in campo sociale e sanitario. Si ipotizza anche un **maggior uso della specialistica privata e dei farmaci a pagamento** per le persone residenti nelle zone più agiate del centro e sud della città, che nei dati a nostra disposizione non vengono rilevati. Tale ipotesi potrebbe spiegare in parte la minor adesione agli screening offerti dal pubblico in tali aree, come accennato in precedenza.

Analizzando le correlazioni con gli indicatori demografici, sociali ed economici prodotte dall’Ufficio statistico del Comune di Bologna e gli indicatori di salute si rileva la piena conferma (specie per il livello di istruzione) a quanto già evidenziato in letteratura circa il ruolo della povertà e della bassa istruzione come determinanti della salute.

La ricerca sembra confermare non solo che **le disuguaglianze di salute esistono come frutto delle differenze socio-economiche** degli individui (reddito, istruzione, ecc.), ma che possono essere **potenziate da un ambiente fisico, sociale e culturale** che si determina nelle varie e diverse aree di residenza.

1.4 Verso un sistema di monitoraggio delle disuguaglianze in salute

Dall’esperienza maturata in cinque anni di studio, e in coerenza con l’obiettivo 4 di progetto⁵, sono state concordate con il Dipartimento di Sanità Pubblica una serie di **azioni volte a strutturare un cruscotto permanente, da aggiornare periodicamente, per il monitoraggio delle**

⁵ Obiettivo 4: Verificare la fattibilità, in termini di analisi costi-benefici, della raccolta e valutazione sistematica dei dati nell’ipotesi di attivare un monitoraggio nel tempo delle disuguaglianze sia per valutare l’eventuale impatto delle

disuguaglianze in salute nelle 90 aree statistiche della città di Bologna. Tale cruscotto potrà essere messo a disposizione di tutti i servizi e le istituzioni della città e, più in generale, della comunità coinvolta.

Il monitoraggio delle disuguaglianze in salute aiuterà a valutarne l’**andamento temporale** e porrà le basi per una **valutazione di impatto** delle politiche nazionali e locali sull’equità nella salute e di specifici interventi (sui determinanti sociali così come sul sistema dei servizi), in particolari aree e gruppi di popolazione.

Varie esperienze internazionali riportano infatti l’importanza del monitoraggio dei dati sulle disuguaglianze socio-economiche e in salute e del profilo delle disuguaglianze geografiche all’interno delle città, compresa la resa grafica e comunicativa, come strumento sia per **facilitare il passaggio di conoscenza verso la popolazione** (Costa et al., 2017; Laves e Kwan, 2018), sia per **guidare il confronto degli indicatori tra aree più svantaggiate** e indirizzare sperimentazioni di **ricerca-azione territoriale partecipativa**, di concerto gli/le abitanti (Arcaya et al., 2018). Anche durante l’emergenza pandemica da Covid-19, alcune esperienze ci indicano che il **monitoraggio geografico dell’epidemia è stato utile per il suo contenimento** attraverso la messa in atto di iniziative mirate verso alcuni territori più svantaggiati e verso specifici gruppi di popolazione maggiormente a rischio di contrarre l’infezione e di evolvere in una forma severa di malattia (Malmusi et al., 2022).

Alcuni approfondimenti specifici, riportati di seguito, arricchiranno il cruscotto e dunque le potenzialità di valutazione e monitoraggio delle disuguaglianze.

politiche nazionali e locali sull’equità nella salute che per valutare gli esiti di specifici interventi, in particolari aree e gruppi di popolazione.

1.4.1 Popolazione che vive in ERP

Un ulteriore approfondimento in programma riguarda un **focus di analisi sulle persone che vivono in comparti di Edilizia Residenziale Pubblica (ERP)**. Una serie di elementi, infatti, concorre a indicare questa popolazione come quella più esposta alle disuguaglianze sociali di salute. Tra questi, la significatività delle correlazioni tra la percentuale di abitanti in comparti ERP e gli indicatori di esito in salute e accesso ai servizi; la ricorrenza – tra le aree a maggiore svantaggio sanitario e sociale – delle aree a più alta percentuale di abitanti in comparti ERP; le conferme provenienti dall’indagine qualitativa ([Capitolo 2](#)), che ha evidenziato la presenza di disuguaglianze interne alle aree, con una concentrazione dello svantaggio a livello dei comparti ERP.

L’ipotesi che guida l’approfondimento, dunque, è che, analizzando gli indicatori già presi in considerazione per la popolazione che vive in comparti ERP, le **disuguaglianze a livello cittadino risulterebbero più significative** di quanto già riscontrato (attenuando l’effetto di moderazione che, verosimilmente, la popolazione “non ERP”

opera nelle aree ad alta percentuale di ERP). Inoltre, sempre nell’ottica di generare conoscenze utili a una trasformazione verso una maggiore equità, questo tipo di analisi potrebbe da un lato contribuire a **documentare il problema** e porlo all’attenzione pubblica, dall’altro essere la base per **programmare azioni mirate** e valutarne l’impatto.

1.4.2 Offerta e accessibilità dei servizi di cure primarie

Infine, è in corso un approfondimento volto a **mappare la distribuzione e l’accessibilità dell’offerta di servizi di cure primarie**, e metterla in relazione con le mappe delle disuguaglianze. Questo ha un duplice scopo: da un lato, valutare se alcune delle disuguaglianze rilevate possono essere ricondotte anche a una diversa organizzazione o distribuzione dei servizi; dall’altro, evidenziare eventuali disuguaglianze nell’offerta o accessibilità dei servizi stessi. In entrambi i casi, il fine è quello di supportare una programmazione dei servizi di cure primarie orientata all’equità.

2. I determinanti locali delle disuguaglianze in salute

The primary determinants of disease are mainly economic and social, and therefore its remedies must also be economic and social. Medicine and politics cannot and should not be kept apart.

Geoffrey Rose, 1992

Questo capitolo riporta i risultati dell’indagine qualitativa sulle disuguaglianze in salute condotta nelle sei aree statistiche selezionate (vedi [Box 5](#)). Nella prima parte, ci concentreremo sui **determinanti sociali** (Fig. 1) **trasversali alle aree**, per poi esplorare con maggior dettaglio alcuni determinanti emersi come particolarmente rilevanti, quali: l’impatto delle **politiche urbanistiche e abitative** sugli esiti in salute della popolazione, il funzionamento dei **dispositivi territoriali di risposta al bisogno** e il funzionamento dei **dispositivi di lavoro con la comunità e promozione della salute**.

La rilevanza data a questi ambiti, nell’impianto di ricerca prima ancora che nell’esposizione dei risultati, è coerente con l’impostazione generale del progetto, che vede nelle **politiche locali un importante spazio di azione** per il contrasto alle disuguaglianze. Politiche urbanistiche e abitative, organizzazione territoriale dei servizi sanitari e sociali e – non ultimi – i dispositivi di cui il Comune si è dotato per promuovere partecipazione e inclusione sociale in ottica di welfare di comunità sono quindi strategici da indagare al fine di ottimizzarne il funzionamento in chiave di **equità e promozione della salute**.

Approfondimenti utili alla lettura

BOX 5 – LA SCELTA DELLE AREE

Le **sei aree statistiche selezionate per la ricerca qualitativa** (Fig. 14) sono state individuate d’accordo con la cabina di regia del progetto, identificata con il Tavolo di Promozione della salute del Comune di Bologna, e in **consultazione con i rispettivi Quartieri**. La scelta si è basata sui risultati dell’analisi quantitativa, che hanno messo in luce le zone con maggiore svantaggio sia sociale che sanitario, e su considerazioni specifiche delle amministrazioni locali circa le priorità di intervento e le allocazioni esistenti e previste, al fine di generare convergenze tra gli scopi della ricerca e le direttrici delle politiche locali.

Tra la fine del 2019 e l’inizio del 2020 sono quindi state individuate le **prime tre aree**, rispettivamente:

- **Villaggio della Barca**, per il Quartiere Borgo Panigale-Reno;
- **Pescarola**, per il Quartiere Navile;
- **Via Mondo-Via del Lavoro**, per il Quartiere San Donato-San Vitale.

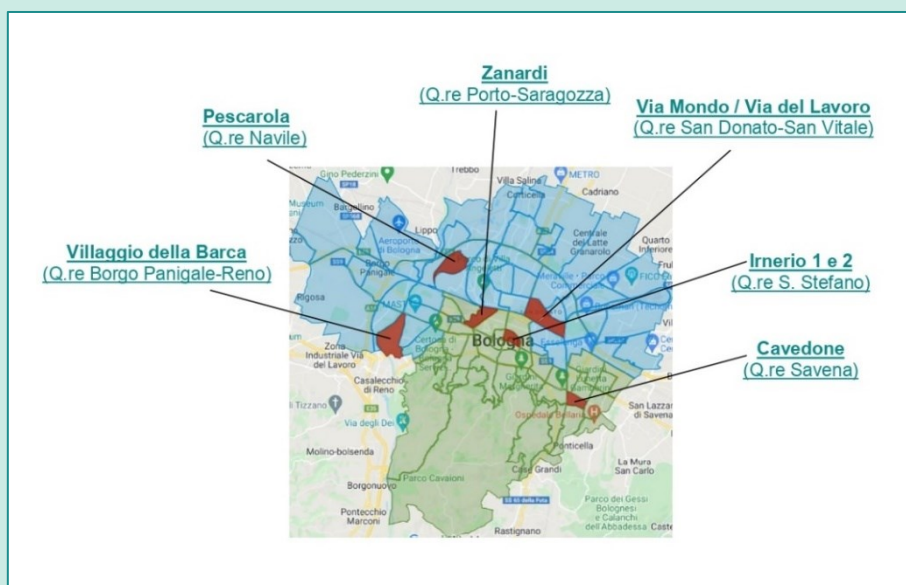


Figura 14 – Le sei aree identificate per la ricerca qualitativa.

Da segnalare che, nella discussione con i Quartieri, le aree sono state parzialmente riviste rispetto ai confini che le definiscono, che non sempre rispondono a criteri “di senso” e unità territoriale riconosciuti da chi li abita e da chi ne ha la responsabilità istituzionale. In particolare, nel caso di Via Mondo-Via del Lavoro (originariamente due aree statistiche distinte), l’area di intervento è stata ridefinita insieme all’Ufficio Reti e Lavoro di Comunità (d’ora in poi Ufficio Reti) in base a una lettura ragionata del territorio, prediligendo le zone più popolate e con presenza di edilizia residenziale pubblica ed escludendo quelle meno abitate a carattere industriale e fieristico.

L’avvio delle attività della seconda fase del progetto è coinciso con l’inizio della pandemia da Covid-19, con conseguente necessaria ridefinizione delle modalità e delle tempistiche della ricerca. Nella primavera del 2021 si è comunque proceduto alla selezione e all’inizio dei lavori anche nelle **nuove tre aree**, rispettivamente:

- **Irnerio 1 e 2**, per il Quartiere Santo Stefano;
- **Cavedone**, per il Quartiere Savena;
- **Zanardi**, per il Quartiere Porto-Saragozza.

2.1 I determinanti sociali della salute

In questa sede proponiamo un tentativo di individuazione e di analisi dei determinanti sociali della salute che sono emersi in modo trasversale nelle sei aree coinvolte dallo studio. In alcuni casi, tuttavia, si è deciso di **riportare elementi specifici di alcune zone della città**, perché considerati rilevanti per gli obiettivi generali dello studio e, dunque, di interesse potenziale anche per altre aree.⁶

Pur mantenendo un certo grado di specificità legata al contesto, i fenomeni analizzati restituiscono in modo efficace le modalità con cui le disuguaglianze si declinano nei territori attraverso precisi processi sociali, economici e politici. L’analisi che proponiamo assume come punto di partenza i **determinanti sociali della salute detti “distali”** (condizioni socio-economiche, culturali, ambientali) per arrivare ai cosiddetti **determinanti “prossimali”** (reti sociali e stili di vita individuali), come si può evincere dallo schema di Dahlgren e Whitehead (Fig. 1). Questa schematizzazione risulta molto utile per comprendere i diversi livelli di azione dei determinanti e delle disuguaglianze: i due termini infatti sono utilizzati per indicare la distanza tra individuo (e la sua possibilità di azione) e i determinanti stessi. Tuttavia, occorre sottolineare che tale distanza non deve indurre a leggere una correlazione lineare tra i processi laddove, invece, la **matrice di interazioni è molto complessa**. Questo paragrafo mira quindi a evidenziare quanto i determinanti siano indissolubilmente legati tra di loro, in continua trasformazione e da osservare nella loro complessa implicazione reciproca.

⁶ Come già illustrato, la metodologia della ricerca-azione prevede un coinvolgimento dei diversi attori in cicli di definizione dell’oggetto della ricerca, di individuazione degli obiettivi e delle azioni per raggiungerli; il tema delle disuguaglianze in salute è stato quindi declinato in termini

I processi macroscopici rischiano di rimanere invisibili proprio perché sembrano avere un impatto indiretto: tuttavia, è necessario iniziare l’analisi proprio dai determinanti distali per comprendere quali dinamiche influenzano la vita delle persone in un determinato contesto. Come messo in luce dall’analisi quantitativa (vedi [Capitolo 1](#)), le zone indagate sono tra quelle con il reddito pro capite più basso rispetto alla media cittadina. La povertà economica risulta quindi ampiamente presente, insieme ad alti tassi di disoccupazione e a una diffusa precarietà lavorativa, trascinando con sé una serie di criticità che alimentano ulteriori processi di marginalizzazione delle persone.

2.1.1 Precarietà lavorativa e povertà

La condizione di precarietà lavorativa, e dunque spesso anche economica, è evidente nella storia di tante persone che abitano nelle zone dove abbiamo lavorato. Nello specifico, nel comparto di Pescarola risulta esplicita la storia di Aida.⁷ Aida ha 53 anni, vive sola in un alloggio ERP; la sua famiglia è lontana e raramente riesce a vedere sorelle, fratelli e genitori; ha difficoltà economiche e riporta di soffrire di depressione. Da dodici anni è in carico ai servizi sociali e svolge tirocini formativi (ex borse lavoro) della durata variabile di qualche mese. Tra la fine del periodo di tirocinio e il suo rinnovo rimane a lavorare gratuitamente presso l’ente di riferimento. Questa precarietà ha anche un impatto diretto sulla sua condizione di salute, aumentando notevolmente ansia e stress, e limitando la sua capacità di prendersi cura di sé (nell’alimentazione, come nei controlli

di volta in volta specifici alla luce della forma che il processo di coinvolgimento degli attori ha assunto in un dato contesto cittadino.

⁷ Tutti i nomi utilizzati sono di fantasia, al fine di tutelare l’anonimato.

medici). Durante i mesi di lavoro non retribuito, inoltre, Aida si trova ad accumulare debiti con amici/che o esercizi commerciali, oltre che con l’Azienda Casa dell’Emilia-Romagna (ACER) e gli enti predisposti all’erogazione di acqua, gas e luce. Nel mese di gennaio 2022, l’assenza di lavoro l’ha costretta a viaggiare sui mezzi pubblici senza abbonamento per alcune settimane, fino a che non è riuscita – grazie ad un’associazione del territorio – ad ottenere un buono sufficiente per pagare un abbonamento annuale, già a prezzo ridotto a causa della sua posizione precaria e di salute.

La storia di Aida è utile a comprendere come i **determinanti sociali possano interagire tra loro, esacerbandosi**

vicendevolmente, aumentando la complessità nella definizione di un potenziale percorso di intervento. La condizione di Aida non è un caso eccezionale: essa rappresenta solo una specifica declinazione di analoghe dinamiche che toccano la vita di molte persone che, come lei, sono schiacciate da processi di esclusione e marginalizzazione sociale che vengono letteralmente incorporati a livello bio-psicologico come patologie. Per “curare” tali patologie, tuttavia, non basta il solo intervento medico-sanitario. In questo, come in tanti altri casi, la patologia è la traccia individuale delle relazioni che la persona intrattiene con le più ampie dinamiche che vive in virtù della sua posizione sociale ([Box 6](#)).

Approfondimenti utili alla lettura

BOX 6 – VIOLENZA STRUTTURALE E INCORPORAZIONE

Per descrivere il processo di incorporazione bio-psicologica delle disuguaglianze socio-economiche, l’antropologo e infettivologo **Paul Farmer** recuperò il concetto di violenza strutturale, inizialmente coniato da Johan Galtung nel 1969. Per violenza strutturale si intende un particolare tipo di violenza che si manifesta nella vita delle persone che occupano posizioni marginali in organizzazioni sociali caratterizzate da profonde disuguaglianze.

Si tratta di una violenza silente e invisibile che rischia di non essere imputata ad alcun responsabile, in virtù del suo essere processuale e indiretta:

- è **processuale** perché non si realizza in un singolo evento, ma nel quadro delle relazioni che intratteniamo quotidianamente con la realtà socialmente informata;
- è **indiretta** perché non è generata da un attore in particolare, ma da una configurazione di relazioni sociali che concorrono nel limitare la capacità di azione delle persone.

Per Paul Farmer, le patologie riconducibili alle disuguaglianze socio-economiche sono una delle tante possibili forme attraverso cui la **sofferenza sociale** si manifesta nella vita delle persone.

Esplicitare la genesi sociale della sofferenza individuale è, per Farmer, funzionale a ripensare le strategie d’intervento. Da medico, mostra la **miopia di interventi terapeutici** che, concentrandosi **esclusivamente sulla patologia**, trattano il prodotto finale senza intervenire sul processo che l’ha generato.

Se la violenza strutturale segna la vita delle persone limitando la loro capacità di azione, non si dovrà procedere facendo appello a un cambiamento dei loro comportamenti (ad esempio attraverso campagne di educazione e di prevenzione basate sulla diffusione dell’informazione), ma piuttosto **promuovendo la loro capacitazione**, ovvero la capacità di generare comportamenti attraverso cui negoziare i termini della propria esistenza.

2.1.2 Burocratizzazione e digitalizzazione

Un ulteriore determinante trasversale ai territori riguarda i **processi di burocratizzazione**: la complessità delle procedure amministrative risulta relativamente affrontabile se si dispone di una determinata posizione sociale, capace di garantire il supporto di un’adeguata rete di relazioni (capitale sociale), di un conseguente capitale educativo e di tempo. Non solo, in tempi più recenti abbiamo assistito a una **transizione tecnologica** che investe ogni campo dell’esistenza. Infatti, questa non riguarda solamente il mondo del lavoro (Beltrametti et al., 2017), ma anche i processi burocratici, compresi quelli dell’ambito sanitario. La pandemia di Sars-CoV-2 ha rappresentato un acceleratore di questa transizione (Peek et al., 2020): nell’ultimo anno, i servizi socio-sanitari e i sistemi di welfare sono stati messi a dura prova, evidenziando così le loro criticità organizzative particolarmente nel fronteggiare disuguaglianze vecchie e nuove e nel riuscire ad affrontare al meglio questa transizione. Consapevole della situazione, alla fine del 2021 l’amministrazione comunale ha commissionato una ricerca sulle capacità di utilizzo delle tecnologie digitali della popolazione bolognese con più di 65 anni⁸, i cui risultati hanno messo in luce difficoltà soprattutto per le persone più anziane.

Nei contesti analizzati, il tema del **digital divide** è emerso fortemente, e non solo in relazione alla fascia anziana della popolazione, Esso infatti si manifesta trasversalmente e, spesso, va a complicare ulteriormente la burocrazia soprattutto per le persone e i gruppi maggiormente esposti a processi di marginalizzazione. Molte

pratiche introdotte negli ultimi anni prevedono la registrazione al **Sistema Pubblico di Identità Digitale (SPID)**, per esempio, e questo ha rappresentato un ostacolo per molti degli attori sociali da noi incontrati. In questo senso, snellire la burocrazia utilizzando pratiche digitali ha significato per alcune persone l’impossibilità di far valere le proprie posizioni “grigie” con operatori e operatrici, e dunque di trovare soluzioni in tempi rapidi a dei problemi puntuali, proprio per l’arbitrarietà difficilmente eludibile dei sistemi informatizzati.

Rispetto ai processi burocratici, soprattutto per quanto riguarda quelli non ancora del tutto digitalizzati, la maggior parte degli attori intercettati sul territorio conosce molto bene le procedure e le loro scappatoie; nonostante ciò, con estrema difficoltà riesce a far valere i propri diritti nella giungla della burocrazia. Queste dinamiche non fanno che peggiorare le condizioni precarie di persone già marginalizzate e con poche risorse a propria disposizione.

Un esempio è Federica, una donna di circa 40 anni, la cui storia di vita è complessa in virtù dell’intreccio di processi di disuguaglianze, marginalizzazione e razzismo. Ad oggi, Federica accudisce, insieme al compagno, due dei suoi tre figli. Federica si è recata presso uno sportello CUP dell’AUSL per richiedere la tessera sanitaria, presentando come documentazione la ricevuta della richiesta di permesso di soggiorno rilasciata dalla Questura tempo addietro. Tale ricevuta non ha data di scadenza, tuttavia, secondo le persone agli sportelli, è troppo datata per poter procedere il rinnovo dell’iscrizione all’anagrafe sanitaria. La conseguenza immediata per Federica è una duplice negazione: della propria iscrizione con

⁸ I risultati dell’indagine sono consultabili al seguente indirizzo:
<http://inumeridibolognametropolitana.it/sites/inumeridibolo>

gnametropolitana.it/files/altri_temi/report_indaginecompetenzedigitali_comune_di_bologna_agg20211104.pdf
(ultimo accesso 18.07.2022).

assegnazione del medico di famiglia, e dell’iscrizione dei figli con assegnazione del pediatra di libera scelta. Solo grazie all’intervento di persone volontarie facenti capo ad associazioni del territorio, che hanno attivato una consulenza legale, Federica è riuscita a superare lo scoglio burocratico, con risorse che autonomamente non avrebbe potuto mettere in campo. Risulta evidente che il personale amministrativo implicato in questa vicenda è parimenti vittima dei processi burocratici, così come è chiaro che le conseguenze più dannose ricadono su chi è più marginalizzato socialmente. Questi processi burocratici, complessi e spesso contraddittori, certamente non attribuibili alla responsabilità di singoli individui, incidono però profondamente sulla vita di chi occupa i segmenti più subalterni di ordinamenti sociali segnati da disuguaglianze, minando la loro possibilità di vedersi riconosciuti diritti cui avrebbero titolo.

2.1.3 Reti sociali e spazi aggregativi

Federica e Aida hanno trovato supporto nelle reti sociali, formali e informali. **Le reti sociali giocano infatti un ruolo di mediazione potenzialmente protettivo nei confronti dell’azione dei determinanti distali**, il cui impatto differenziale è legato alla posizione che i soggetti occupano nel contesto sociale. È proprio in casi come questi che le istituzioni devono preoccuparsi dell’effettiva esistenza e legittimazione di tali forme di relazionalità, favorendone la tessitura attraverso azioni mirate, come ad esempio la concessione di spazi legittimati.

La **carezza di spazi aperti alla cittadinanza** incide profondamente sul senso di appartenenza delle persone al quartiere: senza punti di riferimento per la socialità, le persone faticano a identificarsi come

abitanti della zona e a costruire relazioni significative con il contesto fisico e sociale in cui vivono. Questo a sua volta indebolisce le possibilità di partecipazione, compromettendo un altro dei determinanti chiave della salute. Questo tema è emerso in modo trasversale a diverse aree (per un approfondimento si vedano i Report d’area in [Appendice 2](#)).

Il tema della partecipazione merita massima considerazione quando si affronta la relazione fra equità e promozione della salute (come vedremo meglio nel paragrafo 2.4). **I processi partecipativi sono salutogenici** in quanto la promozione della salute agisce attraverso una concreta ed efficace azione della comunità nel definire le priorità, assumere le decisioni, pianificare e realizzare le strategie, e questo consente di migliorare il proprio livello di salute. Non stupisce quindi che la Carta di Ottawa per la Promozione della Salute dedichi una particolare attenzione ai processi di partecipazione a dinamiche comunitarie: questi rappresentano precisamente il terreno concreto attraverso cui le persone possono guadagnare un maggiore controllo sulla propria esistenza.

Un esempio è quello di un bar nel quartiere S. Stefano, che funziona da unico punto di riferimento per la zona:

«Lì è un punto importante in cui ci si scambiano tante informazioni... quindi non so, chi fa fatica a fare lo SPID, mettiamo, o che non ha capito cos’è lo SPID, allora c’è l’altro che glielo spiega, oppure gli dice: “Guarda che però puoi andare lì, lo fanno anche lì, lo fanno alla posta adesso” per dire. Quell’altro che ha il fascicolo sanitario e allora l’altro gli fa vedere: “No, ma guarda dal telefonino, si fa così, è semplice, sennò te lo fanno anche per esempio”». (Intervista, residente, S. Stefano, dicembre 2021).

Nel caso di Pescarola, sembra invece che le persone giovani abbiano un maggiore senso di appartenenza al territorio, in cui riconoscono punti di riferimento. Tuttavia, anche per loro mancano spazi di aggregazione:

«A. mi faceva notare che è assurdo che tutte le associazioni hanno uno spazio per sé e i ragazzi che abitano qui, e si incontrano tutti i pomeriggi ai campetti del Boccio, non hanno neanche un posto dove poter andare in bagno, oltre che uno spazio dove potersi vedere d’inverno quando fa freddo!». (Diario di campo, Navile, aprile 2022).

2.1.4 Reti sociali e conflitti

Quando le condizioni di vita sono precarie, anche i rapporti tra le singole persone ne risentono. Fenomeni di conflittualità, seppur manifestandosi in modi diversi, sono emersi costantemente nelle zone indagate. In molti dei comparti ERP le **relazioni tra abitanti/vicini di casa oscillano continuamente tra forme di supporto e situazioni di conflitto**. Se da un lato non è raro poter contare su una o due persone della zona per l’aiuto in alcune faccende quotidiane, queste relazioni non sempre sono considerate significative (es. amici/le, persone di fiducia). Inoltre è diffusa anche la condizione di persone – adulte o anziane – che raramente escono di casa.

«E. mi dice: “lo potrei anche morire qui in casa e nessuno se ne accorgerebbe per giorni!”». (Diario di campo, Navile, aprile 2022)

La fragilità delle relazioni sociali, o il vero e proprio isolamento sociale, si alimentano di un senso diffuso di insicurezza e si manifestano con vari segni di sofferenza o

patologia. Tra questi, ad esempio, da chi opera nei servizi sociali sono stati ripetutamente segnalati i disturbi da accumulo.

Relazioni conflittuali e difficili influiscono anche sulla partecipazione: **legami di fiducia continuativi e stabili tra residenti sono la precondizione per creare una collettività che fa sentire la propria voce** alle istituzioni rispetto ai propri bisogni, e anche che, in forme collettive (gruppo formale o informale), può presenziare a tavoli e incontri, proporre patti di collaborazione, eccetera.

Tali relazioni (conflittuali, ambivalenti, fragili), sono un determinante di salute ma **sono anche un esito dei determinanti stessi** (lavoro, reddito, politiche urbanistiche ecc) che hanno creato condizioni di marginalizzazione, e che rendono difficile per le persone mettersi insieme per portare avanti azioni comuni.

2.1.5 Senso di appartenenza e dimensione relazionale della capacitazione

Queste considerazioni ci portano ad affrontare in modo diretto il **tema della partecipazione**. Questa non deve e non può essere intesa come il dispositivo attraverso cui coinvolgere le comunità, come se queste fossero articolazioni naturali e date degli ordinamenti sociali. **Le comunità sono piuttosto frutto di processi di costruzione simbolica dell’appartenenza attivati precisamente dalla partecipazione**. L’impegno istituzionale dovrebbe dunque dispiegarsi nel favorire la partecipazione come fine in sé, con l’obiettivo di creare spazi di praticabilità per la tessitura di **relazioni che abbiano un significato per le persone coinvolte**, alla luce dei bisogni derivanti dal loro specifico posizionamento sociale. Per avere accesso a ciò che ha

sensu per gli attori, evidentemente anche i servizi devono impegnarsi nel creare momenti partecipativi e relazionali volti a promuovere il cosiddetto **diritto al significato delle persone**. Come agire infatti nel loro migliore interesse, se queste non sono messe in condizione di definire in cosa esso consiste?

Come emerso dalla ricerca, **la capacità delle persone di promuovere e controllare la propria salute viene meno nel momento in cui si è tagliati fuori da dinamiche relazionali**. La partecipazione come momento di creazione di relazioni significative si configura allora come la dimensione pratica di un **processo di empowerment attraverso cui promuovere la capacitazione** (ovvero la capacità di negoziare i termini della propria vita). Dal senso di appartenenza comunitaria che ne deriva possono poi nascere forme di azione capaci di avvicinare la cittadinanza alle tante attività istituzionali ad essa dedicate: patti di collaborazione, tavoli di progettazione partecipata, spazi di co-progettazione, eccetera (vedi Paragrafo 2.4).

Se comprendiamo il **fondamento relazionale della capacitazione**, giungiamo anche a cogliere **il limite di quegli approcci centrati sul singolo individuo**. Tra i determinanti più prossimali, infatti, lo schema di Dahlgren e Whitehead (Fig. 1) riporta la sfera dei comportamenti “individuali”: dall’alimentazione, all’attività fisica, all’uso e abuso di sostanze. Alla luce di quanto finora detto, però, è chiaro che attribuire tali comportamenti all’unica sfera dell’individuo non consente di apprezzare e, dunque, di intervenire sugli intrecci e le dinamiche di interdipendenza tra i vari determinanti. Infatti, nell’analizzare stili di vita e comportamenti delle persone occorre sempre interrogare la natura dei rapporti che intrattengono con la realtà sociale, al fine di comprendere **quali fattori intervengono nel limitare o promuovere la**

capacità di generare comportamenti che promuovono salute.

Nel corso della ricerca molti sono i casi emersi in proposito. Si pensi alle raccomandazioni relative all’attività fisica e al seguire una corretta alimentazione che tante persone ricevono nel corso degli incontri con i propri medici. **La cornice teorica dei determinanti sociali ci invita a interrogarci sulla concreta possibilità delle persone di realizzare quei comportamenti**. Come vedremo nel Paragrafo 2.2.3 dedicato all’alimentazione, per chi abita in certe aree della città e non ha i mezzi economici e una buona rete di relazioni su cui contare, le raccomandazioni relative a un sano stile di vita non sono realizzabili. Occorre allora **un diverso sguardo, capace di collocare la persona nel contesto delle relazioni sociali di cui partecipa**. Il contesto sociale non è uno sfondo neutro derivante dalla sommatoria dei singoli comportamenti individuali, più o meno liberamente intrapresi, ma un sistema di relazioni che interagiscono con le persone in virtù del loro specifico posizionamento in esse, capacitandole o meno.

L’invito è dunque quello di passare dal limitarsi a fornire informazioni con l’obiettivo di cambiare i comportamenti delle persone, all’**interrogarsi sull’effettiva capacità di generare quei comportamenti, mettendo in campo interventi eventualmente volti a promuovere quella capacità**. Va da sé che lavorare in questi termini implica attivare **sinergie operative fra servizi** che spesso sono segnati da una profonda frammentazione, limitando così l’efficacia degli interventi messi in campo.

2.2 Il contesto abitativo come determinante di salute

Al fine di analizzare le specifiche relazioni fra determinanti sociali della salute e territorio,

nel corso della ricerca si è fatto riferimento anche al concetto di “**effetto area**” (Sampson et al., 2002), strumento analitico volto a mettere in luce le correlazioni tra residenza ed esiti in salute della popolazione. Come già evidenziato, **salute e malattia sono costitutivamente correlate alle dinamiche sociali e territoriali di cui le persone partecipano**, al punto che possono essere anche lette come veri e propri indicatori della natura di tali dinamiche sul piano incorporato.

Un ruolo evidente nella generazione tanto della salute quanto della malattia è giocato dalla **qualità e dalla distribuzione di servizi e infrastrutture dedicati a intercettare e a rispondere a determinati bisogni**: dalle biblioteche passando per gli ambulatori di medicina generale fino agli sportelli di ascolto. Con questo approccio, si cerca di prendere in considerazione la varietà delle dinamiche sociali che legano le persone allo spazio urbano, ma anche il mutamento di queste dinamiche in una prospettiva temporale. Uno sguardo di questo tipo aiuta ad esplorare i modi attraverso cui i **determinanti sociali “distali” della salute prendono forma intrecciandosi alla governance della città**.

2.2.1 Edilizia Residenziale Pubblica

Politiche di espansione urbanistica, politiche abitative e di riqualificazione urbana sono quindi inquadrare come fattori che influenzano i contesti di vita delle persone. Facendo riferimento alle correlazioni tra gli indicatori di fragilità sociale e quelli di salute esposte precedentemente, emerge infatti chiaramente che **le aree con maggiore svantaggio sono le aree a più alta concentrazione di ERP**. Una lettura storica aiuta a comprendere alcune delle cause all’origine di questo fenomeno: la concentrazione di comparti ERP in alcune zone della città va infatti inquadrata

all’interno dell’espansione urbanistica del secondo dopoguerra, come il piano I.N.A. casa e successivamente i P.E.E.P. (Leonardi et al., 2008; Di Biagi, 2013), per far fronte all’insediamento di forza lavoro proveniente da altre parti del paese. In alcuni casi, i piani di espansione miravano a creare realtà abitative distanti dal centro della città ma autosufficienti, come il Villaggio della Barca o il comparto ERP tra via Agucchi e via Zanardi a Pescarola. In altri, la scelta è stata di aumentare la densità abitativa di aree già considerate “popolari”. A questo riguardo è possibile citare il caso dell’area di via del Lavoro (San Donato – San Vitale), che sin dagli anni Trenta del Novecento è stata luogo di costruzione delle case “popolarissime” (in via Vezza) destinate ad accogliere le famiglie sfrattate dai borghi demoliti nel centro storico e dal Baraccato, ospedale che accoglieva persone mutilate in guerra, secondo evidenti principi di “zonizzazione classista” (Pieretti, 2000). Poco distante, in via Gandusio nel 1975 venivano edificate quattro palazzine di case popolari, rendendo via del Lavoro una delle aree a più alta densità di case popolari di tutta la città. Altro caso emblematico è quello dell’area statistica di via Zanardi (Porto-Saragozza), dove la popolazione anziana soffre di un considerevole stato di isolamento e l’interazione con i servizi è spesso saltuaria. Un evento interessante da porre in correlazione alla rilevazione numerica di anziani con alti livelli di fragilità, è la chiusura dell’ex ospedale psichiatrico “Francesco Roncati”, avvenuta nel 1980. Dovendo procedere al trasferimento delle persone residenti al suo interno, infatti, si decise di collocarle nel comparto di case popolari adiacenti, attraverso un accordo con l’Istituto Autonomo delle Case Popolari (IACP), per consentire maggiore monitoraggio e prossimità, non avendo esse reti sociali proprie cui appoggiarsi e avendo

passato nell’istituto gran parte della propria vita. Negli anni l’accordo sul comparto si è ampliato, favorendo sistematicamente l’inserimento in alloggi popolari delle persone seguite dal CSM Scalo, situato in via dello Scalo fino al 2016 e poi trasferito presso il Polo Roncati. Con gli anni queste persone sono invecchiate, andando ad aggiungersi alle altre che in quel contesto già soffrivano una situazione di solitudine ed emarginazione.

2.2.2 Periferizzazione

Se molte delle problematiche legate alla mancanza di servizi adeguati per le persone residenti in questi quartieri sono state risolte grazie al progressivo inurbamento delle aree circostanti e allo sviluppo di nuove politiche di welfare nel corso dei decenni, attualmente le evidenze della ricerca mostrano come **persistano situazioni di segregazione residenziale su microscala** (a livello di piccole unità di censo) e **processi di periferizzazione**, non soltanto nei quartieri distanti dal centro storico, ma anche in prossimità e all’interno di esso. Con “periferizzazione” si indica una prospettiva di analisi che cerca di descrivere quelle relazioni sociali che hanno un’implicazione spaziale, focalizzandosi sui processi dinamici (politici, sociali, economici, comunicativi etc.) attraverso cui le periferie emergono in quanto tali. Esso può applicarsi a qualsiasi tipo di spazio, che sia geograficamente al centro o ai margini, e su qualsiasi scala spaziale (uno stato, una regione, una città). Oltre alle disuguaglianze di tipo spaziale (centro vs periferia), nel concetto di periferizzazione vengono tematizzate anche quelle di tipo temporale: le periferie non necessariamente rimangono sempre periferie (Kühn, 2015).

A questo riguardo, è interessante che **in alcune interviste svolte con persone residenti si sia fatto riferimento al concetto**

di “ghettizzazione”. Una persona molto coinvolta nel supporto alle famiglie della zona di Barca, per esempio, si era espressa in questo modo:

«Ma questo è un discorso che qua va avanti già da tanti anni, già prima che io arrivassi, si è sempre cercato un po' di ricordare alle istituzioni dicendo: “attenzione che la possibilità ghetto esiste alla Barca”, ma non perché venga gente brutta e cattiva, ma perché se metti assieme tante persone in difficoltà è facile poi ghettizzare». (Intervista, residente, Borgo Panigale-Reno, luglio 2020).

Tale concetto non sembra essere, nella nostra lettura, l’espressione più appropriata per interpretare le eterogenee condizioni delle aree prese in esame (motivo per cui qui si utilizza il termine “periferizzazione”); tuttavia, è significativo che esso sia stato utilizzato da diversi attori locali per descrivere l’acutizzarsi di un disagio vissuto nei contesti in cui sono immersi.

Nel corso della ricerca, sono stati rilevati diversi elementi di carattere urbanistico che contribuiscono a processi di periferizzazione. È stato riportato come le reti di trasporto pubblico siano talvolta percepite come inadeguate per gli spostamenti dei/lle abitanti verso i servizi, ad esempio per raggiungere lo sportello sociale di Borgo Panigale-Reno dal Villaggio della Barca, o per recarsi alla Casa della Salute del Navile partendo da Pescarola.

Anche la già citata mancanza di spazi di aggregazione o di luoghi deputati ad accogliere iniziative di tipo culturale o artistico rientra tra i bisogni che necessiterebbero di una risposta strutturale e di un ripensamento delle politiche di organizzazione della città, con un’attenzione particolare alla popolazione giovanile che

paga le conseguenze psicologiche e sociali della pandemia di Covid-19.

La progressiva scomparsa di negozi e botteghe di piccole dimensioni a favore di supermercati low-cost della grande distribuzione organizzata è un altro fenomeno ricorrente in diverse delle aree prese in esame. Non è infatti priva di importanza la tipologia di luoghi in cui le persone si recano per soddisfare le proprie esigenze alimentari. Il mutamento del paesaggio urbano ha riguardato negli anni anche molti negozi che, non potendo competere con le grandi catene di supermercati (anche low-cost) che via via si sono affermate nei territori, hanno dovuto chiudere la propria attività.

«Ci sono altre attività storiche tipo la farmacia, il tabaccaio, il forno lì di fianco alla farmacia. Sconta avere poche attività secondo me, perché tolto il fornaio storico il resto non è che ci siano tanti negozi qua, come avete visto. È quello che vale un po' per tutte le periferie». (Intervista, residente, Navile, marzo 2021).

2.2.3 Alimentazione

È emerso dalla ricerca quanto luoghi come piccoli negozi e bar, talvolta gestiti da persone del quartiere, rappresentino spesso punti di riferimento per la popolazione residente, dove incontrarsi, parlare e creare relazioni. Le scelte e i comportamenti alimentari sono influenzati da una moltitudine di fattori, dal contesto culturale alle preferenze personali, ma anche la relazione tra le nostre scelte alimentari e l'ambiente in cui facciamo queste scelte è ormai ampiamente riconosciuta. Se quindi l'ambiente influenza come e cosa le persone mangiano, ne influenzerà di conseguenza anche la salute. Per riflettere sulla relazione tra il cibo, il suo contesto spaziale e il soggetto (o i soggetti) protagonista della relazione, una sempre più nutrita letteratura fa riferimento al concetto di **foodscapes** (Box 7), che privilegia e valorizza una precisa indicazione spaziale e un focus sulle relazioni che una determinata comunità ha con il cibo (Miewald e Mccann, 2014). Tale concetto viene sempre più utilizzato anche per incentivare un cambio di paradigma nelle politiche di salute pubblica, suggerendo di **spostare il focus dai comportamenti individuali al contesto in cui le persone vivono, contribuendo a rendere disponibili, identificabili e accessibili scelte alimentari salutari** a persone di ogni provenienza, reddito, località geografica (Mikkelsen, 2011; Lake, 2018).

Approfondimenti utili alla lettura

BOX 7 – LA TRASFORMAZIONE DEI FOODSCAPES TRA VIA DEL LAVORO E VIA MONDO (Q. RE SAN DONATO–SAN VITALE)

Negli ultimi anni la pianificazione urbanistica è stata caratterizzata dall’aumento di supermercati low cost (due supermercati Lidl immediatamente adiacenti alle aree oggetto di studio, un supermercato IN’s in via Amaseo, un supermercato Eurospin in via del Lavoro) a discapito delle realtà commerciali locali. La percezione di diversi interlocutori è che questo abbia inciso negativamente sulla qualità dell’alimentazione delle persone e abbia determinato la perdita del lavoro di alcuni esercenti, con conseguenti difficoltà economiche e aumento del disagio psichico. La chiusura e la successiva riqualificazione dell’ex-mercato rionale di San Donato, oggi “Mercato Sonato”, da diverse persone residenti nella zona è stata vissuta con criticità: gli spazi sono stati chiusi a causa delle crescenti difficoltà economiche affrontate dagli esercenti e sono stati dati in gestione a un’associazione culturale e co-progettati in seguito a un percorso di ascolto. Il Mercato e i suoi frequentatori sono oggi percepiti come elementi “estranei” al contesto. Tra i luoghi più significativi e frequentati dalla fascia della popolazione più marginalizzata, invece, i bar, in cui un diffuso bisogno di socialità si accompagna spesso al consumo di cibi che, a fronte di un basso prezzo, presentano anche scarsissima qualità; tuttavia, vengono consumati all’interno di un contesto relazionale che permette un’uscita temporanea dalla propria solitudine.

2.2.4 Isolamento

La scarsa manutenzione delle aree in cui sono presenti alloggi popolari è un’altra questione aperta: le difficoltà di interlocuzione con l’ente gestore (ACER) e **il generale stato di incuria di alcuni comparti sembra incidere negativamente sul senso di appartenenza** degli/le abitanti e sulla loro fiducia verso servizi e istituzioni. Sono state segnalate difficoltà, da parte di persone residenti in case ERP in diverse aree, a mettersi in contatto con gli uffici e comunicare le proprie necessità, talvolta per mancanza di informazioni, talvolta per irreperibilità degli uffici stessi, fattore che in certe aree ha incrementato sentimenti conflittuali e di avversione verso l’ente e verso i servizi. Per esempio, l’isolamento di persone anziane si trasforma in alcuni casi in vera e propria reclusione, a causa di appartamenti ACER non dotati di presidi (ascensori, montascale, rampe) che

permettano a persone con ridotta capacità motoria di uscire di casa in autonomia.

Questi e altri fattori si traducono anche nella percezione, da parte di chi risiede nelle aree interessate dalla ricerca, di essere oggetto di pregiudizi e di stereotipi, che si concretizza urbanisticamente in evidenti disparità tra quartiere e quartiere, con effetti dannosi per la salute:

«Sicuramente è una cosa radicata nella mentalità del bolognese. Cioè proprio questo quartiere storicamente è un quartiere popolare, prima lo era per i meridionali che venivano al Nord a lavorare, adesso per gli immigrati. È sempre stato visto come un quartiere di periferia. Banalmente, da una strada all’altra cambia anche il prezzo materiale dell’affitto e della casa in vendita. Basta una strada per dividere la percezione del benessere dal malessere». (Intervista, educatrice, Borgo Panigale-Reno, marzo 2021).

Nonostante in alcune delle aree oggetto della ricerca vi sia una discreta ricchezza di realtà associative e di reti di supporto informale, **i processi di periferizzazione** (insieme a quelli di stigmatizzazione territoriale) **sembrano aver avuto un effetto negativo sullo sviluppo di una coesione sociale salutogena**. In ambito sociologico, l’espressione “coesione sociale” viene usata come attributo descrittivo di una collettività, indicante la qualità dell’unitarietà di tale insieme di persone. È possibile prendere in considerazione principalmente tre dimensioni, che combinandosi possono produrre coesione sociale:

- il sentimento di appartenenza a un luogo;
- le relazioni sociali (categoria ampia nella quale ricadono anche elementi come la partecipazione, la fiducia tra individui e/o verso le istituzioni, il livello di tolleranza reciproca...);
- generale orientamento verso il bene comune, ovvero senso di responsabilità verso il gruppo e, di conseguenza, anche l’accettazione delle norme sociali a cui quel gruppo risponde (Schiefer et al., 2017).

Degrado, disagio abitativo, condizioni di povertà e marginalizzazione sono fenomeni che creano i presupposti per l’affiorare di conflittualità, di senso di insicurezza e di razzismo, logorando il senso di appartenenza ai quartieri, le relazioni di vicinato e la capacità di orientare l’azione di una collettività verso la cura di sé e degli spazi condivisi.

In futuro, **sarà strategica una valutazione degli effetti delle politiche di riqualificazione messe in campo in vari contesti abitativi** (Box 8), come i tentativi di diversificare la popolazione residente in diverse aree o

l’assegnazione di spazi abbandonati alla micro-imprenditoria sociale; politiche che, se non si intrecciano con un solido e reale coinvolgimento della popolazione residente, rischiano di presentarsi o venire percepite come operazioni di cosmesi urbanistica, inefficaci nel contrasto alle disuguaglianze.

“Parlando del progetto di riqualificazione del Treno, un’educatrice che lavora con ragazzi e ragazze della Barca mi racconta un po’ divertita di un evento mediatico che aveva coinvolto diverse istituzioni per annunciare ai giornalisti la volontà di far partire il prima possibile i lavori di ristrutturazione degli spazi abbandonati del lungo edificio. In occasione di tale incontro, il Quartiere si era prodigato nel rendere più presentabile il porticato candidato a patrimonio dell’umanità UNESCO, decidendo di ritinteggiarne le colonne. Ciò che l’educatrice trovava parecchio divertente, ma allo stesso tempo piuttosto indicativo, era il fatto che le colonne erano state pitturate soltanto da uno dei quattro lati, ovvero quello che poi sarebbe stato visibile alle telecamere e ai fotografi”. (Diario di campo, Borgo Panigale-Reno, novembre 2020).

In proposito si segnala l’opportunità di sostanziare l’invito dell’OMS a inserire “la salute in tutte le politiche”, creando sinergie tra politiche urbanistiche e analisi dei determinanti sociali della salute per rendere tali iniziative occasione per la tessitura di relazioni significative del rapporto fra cittadinanza e territorio in un’ottica di promozione della salute. Nuovamente, il concetto di partecipazione come pratica per generare un senso di appartenenza collettiva sembra essere lo strumento più produttivo per realizzare tale sinergia.

Risultati della ricerca-azione

BOX 8 – INGRESSO DELLA FONDAZIONE INNOVAZIONE URBANA (FIU) NEL TAVOLO SUL CONTRASTO ALLE DISUGUAGLIANZE IN SALUTE AL VILLAGGIO DELLA BARCA

All’interno delle progettualità di riqualificazione dell’area del Villaggio della Barca, il Comune, in accordo con ACER, ha avviato la ristrutturazione di 11 locali (grazie a fondi PON metro) presenti sotto il porticato del Treno, entrato a far parte del patrimonio dell’umanità UNESCO nel 2021. Il processo di assegnazione di questi 11 locali è in carico alla FIU, che dialogando con i servizi del Quartiere ha rilevato il bisogno di dedicare spazi di aggregazione e di formazione alla popolazione giovanile, affidandone subito due in gestione al SEST. Altri due spazi ospiteranno gli agenti di prossimità della FIU, i cosiddetti “capitreno”, i restanti sette verranno assegnati tramite bando a soggetti operanti in ambito artistico, culturale, creativo per finalità di rigenerazione urbana, inclusione sociale e sviluppo economico. Alcuni referenti della FIU sono stati quindi invitati a frequentare le riunioni del tavolo multiservizio sul contrasto alle disuguaglianze in salute al Villaggio della Barca, per una condivisione sistematica delle informazioni relative agli spazi e per concordare nuove azioni in un’ottica di promozione della salute. Il tavolo è quindi diventato un dispositivo di integrazione importante, dove l’Ufficio Reti può essere aggiornato sugli sviluppi dell’assegnazione degli spazi e dove il SEST può co-costruire con gli altri partecipanti strategie di collaborazione e di coordinamento con i futuri agenti di prossimità in una prospettiva di contrasto alle disuguaglianze.

2.2.5 Scuola

Un’ultima riflessione va condotta su come **la segregazione residenziale si correla molto spesso in maniera cronica a una condizione generale di povertà educativa**. Con l’espressione “povertà educativa” viene indicata la limitazione del diritto dei/le bambini/e e dei/le all’istruzione e di privazione delle loro opportunità di apprendere, sperimentare, sviluppare e coltivare liberamente le proprie capacità, talenti e aspirazioni. Essa è una condizione multidimensionale che può perpetuarsi attraverso un circolo vizioso, passando di generazione in generazione, poiché i fattori che la determinano sono in parte ereditati e influenzati dalla situazione socio-economica della famiglia. (Save The Children, 2018). La povertà educativa può anche essere intesa come un basso livello di istruzione rispetto a

una soglia definita come minima in una data società, ed è correlata (spesso ne deriva) alle diseguaglianze nelle condizioni di vita delle persone, per cui è una condizione ingiusta che necessita un intervento di tipo trasversale e sociale (Lohman e Ferger, 2014). Nel 2017 in Italia a 15 anni chi viveva in una regione geografica con un più basso tasso di sviluppo, frequentava una scuola dove il livello socioeconomico e culturale era più basso, nasceva in una famiglia anch’essa svantaggiata socio-economicamente ed era di genere femminile, in oltre il 90% dei casi non conseguiva competenze chiave al termine dell’obbligo di istruzione (Alivernini, Manganeli e Lucidi, 2016).

Diversi studi hanno mostrato come la distribuzione di opportunità educative nello spazio urbano e il fenomeno della segregazione scolastica (ovvero la concentrazione di studenti/esse

appartenenti a gruppi sociali svantaggiati e/o con vissuti migratori nella medesima scuola) possano essere sintomi di un processo di marginalizzazione e di esclusione spaziale di alcune fasce della popolazione (Oberti, 2007; Frankenberg, 2013; Boterman et al., 2019). In un sistema scolastico come quello italiano, dove la scelta della scuola non è vincolata solo a presupposti di residenzialità, le scuole pubbliche concorrono tra di loro per avere un maggior numero di iscrizioni e quindi di finanziamenti; ciò può comportare che alcune scuole vengano evitate, o che si compiano sforzi per modificare collettivamente la composizione di una scuola, ma anche nell’allontanamento di famiglie più agiate da ambienti urbani

percepiti come “rischiosi” verso zone residenziali in cui si trovano scuole con migliore reputazione. Nel caso di Bologna (Santangelo et al., 2018), alle scuole private e pubbliche del centro storico che attraggono famiglie con genitori laureati e di elevato status socioeconomico si contrappongono quegli istituti che sembrano essere evitati dalle stesse famiglie e che evidenziano al contempo un’incidenza relativamente elevata di alunni/e di origine immigrata (Fig. 15). Si tratta di sole scuole pubbliche, collocate in zone periferiche e molto vicine a strutture abitative di edilizia popolare. **Le dinamiche di stigmatizzazione territoriale che interessano i quartieri si riflettono quindi anche sulle scuole.**

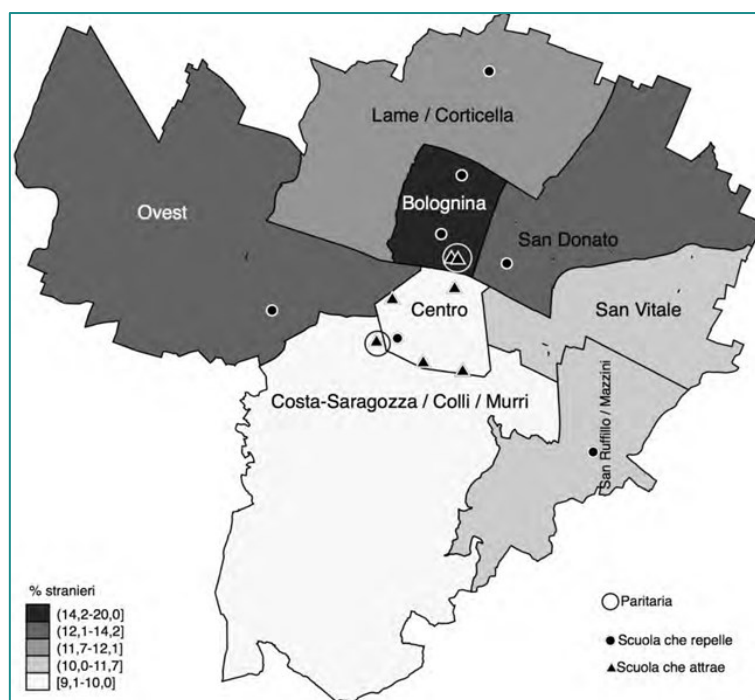


Figura 15 – Mappatura di un campione di istituti scolastici bolognesi secondo la loro capacità di attrarre famiglie da contesti residenziali distanti. Fonte: Santangelo et al., 2018.

Interessante a questo riguardo è l’utilizzo dell’espressione “**scuola di periferia**” da parte di alcune persone intervistate, quasi

come fosse sinonimo di “scuola problematica”, connotata intrinsecamente dal disagio.

Nel contesto italiano, è stato osservato quanto già nell’orientamento per il passaggio dalle medie alle superiori intervengano nelle valutazioni dei docenti elementi che non afferiscono alle competenze individuali, ma piuttosto al contesto socioeconomico di provenienza, riproducendo inevitabilmente disuguaglianze e marginalizzazione sociale (Romito, 2014). Disuguaglianze che si acquiscono se si prende in esame la popolazione giovanile di origine straniera: oltre a essere sovrarappresentata tra le classi sociali più deprivate, infatti, questa fascia di popolazione si trova anche a scontare barriere di carattere linguistico e culturale, complicandone i processi di integrazione (Azzolini e Barone, 2012). La conseguenza in molti casi è una forte concentrazione di allievi/e con un background migratorio all’interno di istituti tecnici o nei Corsi di Formazione Professionale (CFP). Le aspettative occupazionali di una famiglia migrante possono spingere a indirizzare i/le giovani verso percorsi formativi maggiormente “professionalizzanti”, capaci di facilitare un rapido ingresso nel mondo del lavoro, in contrapposizione a un liceo, che richiederebbe più investimenti sia in termini economici che temporali. È stato osservato che, anche a parità di successo scolastico, la percentuale di iscrizioni in un liceo tra la popolazione giovanile di origine straniera è inferiore rispetto allo stesso dato sulla popolazione “autoctona” (Barban e White, 2011). Tali dinamiche non vanno però interpretate sommariamente come etnicamente o culturalmente determinate, né come frutto di scelte indipendenti dal contesto socio-economico in cui vengono attuate. Al contrario, possono essere inquadrare come implicite forme di “violenza simbolica”, nell’accezione elaborata dal sociologo e antropologo Pierre Bourdieu (Swartz, 2012), ovvero una violenza che si

alimenta nella riproduzione di assetti sociali diseguali tramite “sistemi simbolici”. Tali sistemi esercitano un “potere simbolico” che ha la capacità di legittimare l’esistente e le sue divisioni nascondendo i rapporti di forza che li costituiscono, rendendoli accettabili anche per chi vive in quei rapporti una posizione di subalternità. Chi quindi vive una condizione sociale, economica e culturale di svantaggio e di marginalizzazione – come può viverla una famiglia straniera – rischia di avallare (con diversi livelli di consapevolezza) quegli stessi meccanismi simbolici e culturali che contribuiscono a promuovere un’organizzazione della società diseguale. Seppur non approfondito allo stesso modo in tutti i quartieri, **il fenomeno della dispersione e dell’abbandono scolastico sembra il sintomo evidente di un disagio giovanile che si concentra in alcune precise zone della città** e che chi lavora nei servizi educativi vede ripresentarsi generazione dopo generazione ([Box 9](#)).

«Ovvio che un intervento educativo, soprattutto in situazioni in cui il disagio è radicato, passatemi il termine, stratificato proprio da generazioni, perché spesso ci troviamo di fronte a questa stratificazione di disagio, e non è così semplice smantellarlo questo disagio. Il lavoro è lunghissimo, il lavoro educativo soprattutto in questo campo, cioè sono piccole gocce che arrivano. Il fatto che una ragazzina mi abbia chiesto “voglio andare allo Spazio Giovani, perché non voglio abortire per la seconda volta e non voglio che sia un anticoncezionale l’aborto”, tu dici, cavolo, stiamo lavorando bene, quello che stiamo comunicando a questi ragazzi, o cercando di far passare sta attecchendo. C’è un minimo di ricezione. Magari i figli dei loro figli riusciranno ad emergere realmente, ed è un lavoro lunghissimo». (Intervista, educatrice, Borgo Panigale-Reno, giugno 2021).

Approfondimenti utili alla lettura

BOX 9 – UNA RICERCA SUI/LE GIOVANI A BARCA (Q.RE BORGO PANIGALE-RENO) NEGLI ANNI OTTANTA

Come inquadrare l’intergenerazionalità del disagio giovanile da un punto di vista storico? Una ricerca dei primi anni Ottanta condotta da un’equipe multidisciplinare dell’università di Bologna sulla condizione giovanile a Barca permette di formulare interessanti analogie. In un capitolo sulle diversità zionali attraverso le strutture scolastiche, una ricercatrice conduce delle interviste alle insegnanti delle scuole Certani (oggi non più esistenti), collocate all’interno del villaggio della Barca, e scrive:

Questa diversità, che si ritrova in tutta la fascia della scuola dell’obbligo ci ha portato a consolidare la nostra sensazione circa l’esistenza, all’interno della Barca, di una zona di emarginazione costretta ad un percorso che dalle elementari si trascina fino alla scuola media, e anche se l’istituzione in qualche modo protegge questo percorso, si tratta sempre di una forma di assistenza che non incide sull’emarginazione stessa, anzi, rischia di renderla ancora più grave quando, terminata la scuola, i ragazzi di questa zona si troveranno a non avere più neanche questa forma di protezione. Ci ha detto un insegnante della scuola Certani: «Il fatto è che finché sono dentro la fascia dell’obbligo, questi ragazzi sono ‘coperti’, perché i casi di bambini problematici sono bene o male seguiti dall’istituzione: perché di inverno funziona la scuola e d’estate ci sono i campi solari. È dopo la media che il discorso si fa più difficile e penoso perché questi ragazzi si trovano sulla strada, perché difficilmente vanno alle superiori, e non c’è niente da fare, c’è solo il bar» (Quaglia, 1982a).

La pandemia di Covid-19 ha esposto in maniera evidente le connessioni tra povertà educativa e segregazione residenziale: scuole primarie e secondarie di primo grado hanno dovuto fronteggiare durante le prime chiusure e l’avvio della didattica a distanza (DAD) considerevoli difficoltà nel fornire strumentazione adeguata a studenti/esse per seguire le lezioni da casa. In scuole dove non potersi permettere un laptop o una connessione internet è la regola più che l’eccezione, **la pandemia ha aggravato situazioni socio-economiche già precarie in quartieri della città già storicamente vulnerabili**. Anche quando in possesso di un dispositivo elettronico e di una buona connessione internet per seguire le lezioni,

talvolta per alunni/e ciò non era possibile a causa dell’affollamento delle case o della necessità da parte del nucleo familiare di condividere pc e tablet tra più persone. **A conclusione del primo lockdown, alcuni/e ragazzi/e hanno ritardato il rientro a scuola, rischiando di aumentare il dato dell’abbandono scolastico.**

In questo quadro concettuale, la povertà educativa sembrerebbe rappresentare un problema direttamente connesso alle politiche abitative adottate negli ultimi anni nella città di Bologna, suggerendo di attenzionare maggiormente quei processi che riproducono forme di emarginazione anche attraverso il sistema scolastico ed educativo.

2.2.6 Ripensare la salute e la malattia

Il quadro dei determinanti sociali della salute ci mostra come, passando da uno sguardo centrato sul solo individuo a una prospettiva che lo colloca in senso alle relazioni sociali di cui partecipa, muta la comprensione stessa dei suoi bisogni e alimenta possibilità di intervento alternative. Nello specifico, abbiamo visto come **salute e malattia non siano ascrivibili esclusivamente alle dimensioni bio-psicologiche delle persone, ma possano essere viste anche come indicatori delle relazioni costitutive che intrattengono con la realtà sociale di cui partecipano.** La sfida allora è quella di passare da interventi centrati esclusivamente sull’individuo a iniziative capaci di agire anche sulle relazioni fra individuo e contesto di cui è parte.

Comprendere su quali relazioni e come intervenire, tuttavia, implica la necessità di **andare oltre un approccio standardizzato basato sull’erogazione di prestazioni, verso prassi relazionali di prossimità, il cui obiettivo deve essere quello di favorire la partecipazione delle persone nella co-costruzione dei propri bisogni e nella definizione condivisa di come affrontarli.** La definizione della prossimità esclusivamente nei termini di vicinanza fisica dei servizi ai contesti di vita delle persone affonda le sue radici nell’idea che le disuguaglianze agiscano sulla salute limitando l’accesso ai servizi. Come abbiamo, però, visto le disuguaglianze agiscono ben più a monte, a livello eziopatogenetico, ovvero sul piano della “cause delle cause” della sofferenza e della malattia. **Se l’analisi delle disuguaglianze non viene affrontata a tale livello, la moltiplicazione dei servizi sul territorio non necessariamente sarà garanzia di promozione della salute.**

L’equivoco di fondo alla base di un modello incentrato sulle prestazioni nasce dall’abituale equiparazione che vede la salute come assenza di malattia e che, conseguentemente, ci porta a pensare l’azione di contrasto della patologia come strada maestra per la promozione della salute. Se, tuttavia, la malattia trova una sua risposta nei presidi sanitari, la salute richiede azioni sulle condizioni di vita delle persone. A tal fine occorre **ripensare i servizi territoriali per orientarli verso la comprensione dei meccanismi sociali di produzione della sofferenza, e l’individuazione delle relazioni significative e delle risorse locali su cui fare leva per promuovere la capacitazione delle persone.**

2.3 Dispositivi territoriali di risposta al bisogno

La ricerca ha indagato il funzionamento dei servizi territoriali nel rispondere ai bisogni di salute (intesa in senso ampio come benessere bio-psico-sociale) individuati. I principali ambiti presi in considerazione sono stati il Servizio Sociale Territoriale (SST), il Servizio Educativo e Scolastico Territoriale (Sest), le Case della Salute (CdS), la medicina generale, e alcuni degli snodi dell’integrazione socio-sanitaria (variabili nei diversi territori). Lo sguardo si è focalizzato non solo sulle criticità riportate da persone che lavorano nei servizi e da persone che ne usufruiscono, ma anche sulle tendenze in atto per far fronte a tali criticità, e sulle principali direttrici di innovazione.

2.3.1 Cosa intendiamo per “bisogni di salute”

I bisogni di salute di una popolazione sono in continuo cambiamento e molti di essi non sono e non saranno riconducibili a interventi sanitari.

Wright et al., 1998

La questione dei bisogni di salute è strettamente legata al concetto e al significato di salute e a come quest’ultima viene percepita e trattata, sia da parte del sistema dei servizi (sociali e sanitari), sia da

parte delle persone che, spesso, hanno idee e visioni frutto di elaborazioni ed esperienze soggettive e relazionali.

Una parte consistente della letteratura mette in evidenza come **parlare di bisogni chiami in causa le forme in cui è organizzata la possibilità di esprimerli, le risorse che vengono messe in campo per la risposta e la possibilità percepita che tale risposta si realizzi** (Fig. 16). In questo senso, le domande che spesso vengono formulate e portate a livello istituzionale sono quelle che le persone ritengono possano essere prese in carico e ascoltate, non sempre rispondenti a quelli che sono i bisogni percepiti come tali.

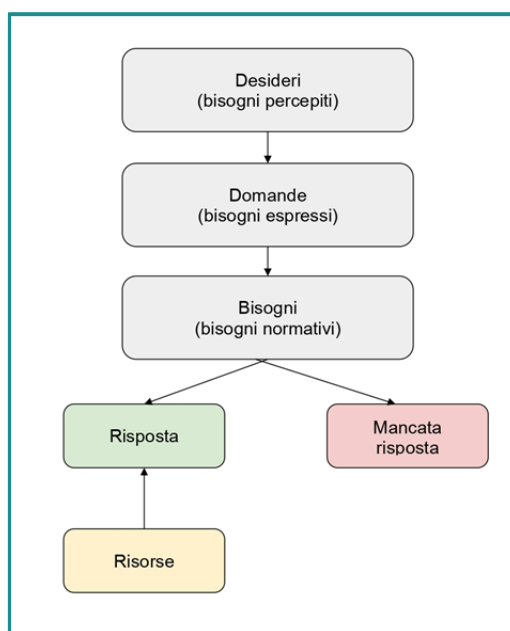


Figura 16 – I diversi aspetti del bisogno.
Fonte: adattato da Wright et al., 1998

Esiste dunque una **relazione dialettica tra bisogno, domanda e risorse** (Fig. 17), che va tenuta in conto per inquadrare correttamente sia gli ambiti di sovrapposizione, sia quelli di divario. Un esempio, che viene dal territorio di Porto-Saragozza, è la difficoltà per i servizi di rilevare la condizione di solitudine delle persone anziane che non vivono problematiche di non autosufficienza. Infatti,

solo quest’ultima situazione trasforma il bisogno (di relazione) in una domanda (di assistenza) che può essere accolta perché incontra servizi e risorse predisposti. Finché la condizione di non autosufficienza non si verifica, non solo il bisogno non è accolto, ma non si è purtroppo neppure in grado – come sistema – di leggerlo e caratterizzarlo quantitativamente e qualitativamente.

Esempi analoghi di divario tra bisogno e risposta, emersi da altri territori, riguardano il sovraccarico dei Centri di Salute Mentale (CSM) e l'impossibilità di presa in carico psicologica per disturbi emotivi comuni (San Donato-San Vitale), particolarmente sentita nelle persone pre adolescenti e adolescenti (Savena). La problematica si è acuita a causa della pandemia di Covid-19 e delle relative misure di contenimento che, oltre a generare un aumento del bisogno e della domanda, hanno anche prodotto una

compartimentazione delle risorse in alcuni settori con relativa e aggravata deprivazione di altri ambiti.

Emerge anche una percezione di bisogni non espressi o non accolti per le famiglie di origine straniera, in particolare relativa all'ambito della disabilità (Borgo Panigale-Reno), e collegata anche al fatto che gli strumenti della mediazione linguistico-culturale non sono sempre diffusi e accessibili sul territorio in maniera efficace (San Donato-San Vitale).

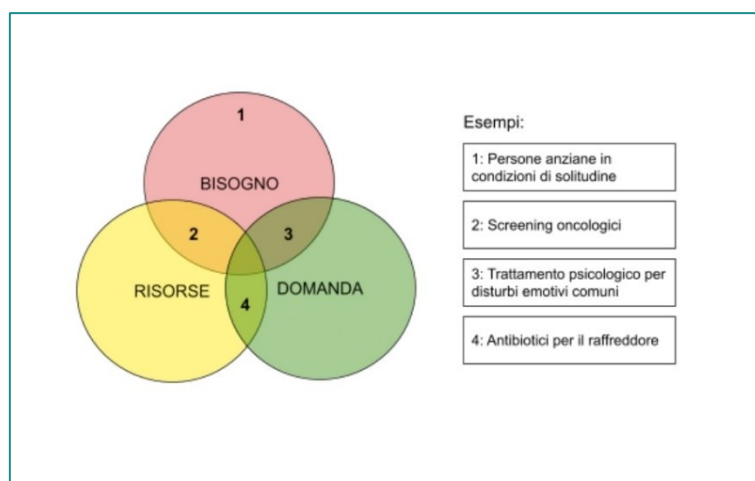


Figura 17 – Relazione tra bisogno, domanda e risorse.
Fonte: adattato da Wright et al., 1998.

Gli esempi illustrano quanto esistano, anche nel nostro territorio, **sia bisogni non espressi o non intercettati, sia domande non accolte per carenza di risorse**. L'importanza di

approfondire questi ambiti va di pari passo con la difficoltà di farlo, per una mancanza di strumenti che guardino oltre la sfera di produzione dei servizi (Fig. 18).

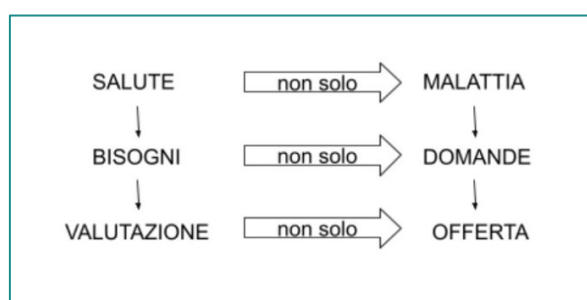


Figura 18 – Approccio alla valutazione dei bisogni.
Fonte: adattato da Wright et al., 1998.

A questo proposito, gli ambiti della Primary Health Care e dello studio delle disuguaglianze di salute sottolineano l’importanza di approcci che puntino l’attenzione sugli **aspetti e le problematiche che emergono come rilevanti per le persone**, rispetto alla loro salute, in un dato tempo e contesto, allo scopo di pianificare e organizzare servizi e interventi maggiormente efficaci e risolutivi. Tuttavia, la preminenza di logiche economiche ed aziendali rende spesso marginali o non completamente contemplabili sia approcci che vanno in questa direzione, sia un’analisi di contesto che chiami in causa uno sguardo ampio e integrato oltre la parcellizzazione dei diversi settori sociali e sanitari (come vedremo meglio nel paragrafo successivo).

2.3.2 Come si costruisce il “bisogno”

Pensando, alla luce di quanto detto sopra, al “bisogno” come a un oggetto complesso che si costruisce all’intreccio di percezioni e desideri, domande, e risorse disponibili (sia come volume, sia come organizzazione), proviamo ora a descrivere alcuni degli elementi che – entrando in questo intreccio – concorrono all’organizzazione della risposta, così come ci sono stati rappresentati dalle persone che, a vario titolo, operano nei territori coinvolti nella ricerca.

Un primo aspetto da prendere in esame è come **la salute sia tuttora percepita principalmente come qualcosa di relativo alla sfera dell’individuo** e, più in particolare, della sua componente fisica, organica. Si parla di “biomedicina” per indicare la postura della medicina occidentale basata su un approccio alla salute che vede come aspetti principali le modificazioni della sfera

biologica, mentre le relazioni tra questa e le sfere psicologica e sociale (secondo il modello bio-psico-sociale promosso dall’Organizzazione Mondiale della Sanità) sono poste in secondo piano. Questa gerarchia di sguardi (e saperi) ha dei correlati in analoghe gerarchie di potere e risorse: basti pensare al divario, in termini sia di potere simbolico sia di risorse materiali, tra i nostri sistemi sanitario e sociale.

Alla percezione della salute come qualcosa di individuale si accompagna una relativa mancata conoscenza dei contesti territoriali da cui le persone provengono e che mediano la loro relazione con i determinanti sociali della salute. A Pescarola, questa è stata segnalata da diversi servizi coinvolti e ricondotta a una mancanza di organico strutturale che esula dalle volontà e dalle competenze dei singoli. A detta delle persone intervistate tale difficoltà implica, sul lungo termine, un maggiore dispendio di energie nel lavorare con e sul territorio stesso. Non si tratta di un fenomeno presente solo nelle periferie: anche le centralissime aree di Innerio 1 e 2, coinvolte nella ricerca, soffrono infatti di una relativa “invisibilità” data la loro più recente annessione al Quartiere S. Stefano (mentre per alcuni servizi sanitari il riferimento è il Quartiere San Donato-San Vitale – vedi oltre). Le persone che vi abitano non sentono appartenenza né all’uno né all’altro quartiere, e percepiscono che i servizi non conoscono il territorio né chi lo abita. Questo rende più difficile l’accesso e la presa in carico.

Ora, a fronte di uno sguardo sulla salute che potremmo definire “asimmetrico”, quali sono le implicazioni per la visibilizzazione e la presa in carico dei bisogni di salute che, come abbiamo detto all’inizio, intendiamo in senso ampio come benessere bio-psico-sociale?

Un dato che è emerso trasversalmente ai territori è la **frammentazione tra ambito sanitario e ambito sociale**, un discorso senz’altro datato ma che permane come limite di una presa in carico efficace soprattutto nei casi più complessi, e/o per le persone che – per le condizioni di difficoltà e marginalità in cui vivono – faticano a “ricucire” a valle i pezzi di servizi che sarebbero necessari per migliorare la propria condizione di salute. D’altro canto, l’organizzazione separata e profondamente differente dei servizi sanitario e sociale è anch’essa un portato di uno sguardo sulla salute che produce una distinzione tra gli ambiti (e i saperi, e le risorse), che è molto difficile rimettere insieme ex post.

Dal contesto di Pescaraola, Quartiere Navile, emerge che la frammentazione è anche interna agli ambiti sanitario e sociale, oltre che tra di essi. Prendendo l’esempio dei servizi domiciliari, questi spesso sono descritti come “a compartimenti stagni”, e senza una figura di riferimento e di accompagnamento “a tutto tondo”. Per il Medico di Medicina Generale (MMG) è molto difficile coordinarsi con il SST o con il CSM, e viceversa; non ci sono canali predefiniti ma dipende molto dalla buona volontà delle singole persone: *“sembra che stai chiedendo un favore personale”* (MMG, Navile). In assenza di dispositivi strutturati vengono fatti incontri a chiamata, ma non sempre è garantita la partecipazione di tutte le figure che sarebbero necessarie.

Pur con pesi relativi diversi, una cosa che accomuna ambito sanitario e sociale è lo **squilibrio tra bisogni e domande, da un lato, e risorse e offerta, dall’altro**. La pandemia sembra aver reso tutto più evidente, sia perché ha aumentato le domande (oltre al già citato incremento di malessere soprattutto tra i/le giovani, ci sono conseguenze materiali come l’aumento delle cosiddette “nuove povertà” per perdita del lavoro e parallelo incremento del costo

della vita), sia perché ha concentrato le risorse dei servizi in alcuni ambiti, lasciandone altri completamente sguarniti.

Ciò è particolarmente evidente nell’ambito della **rete di medicina territoriale**, dove il sovraccarico di lavoro impedisce al MMG di svolgere un servizio di qualità e non solo di tipo prestazionale, traducendosi anche in un ridotto supporto al domicilio rispetto al bisogno per pazienti in condizione di fragilità e in un’attivazione o rinnovo di percorsi di assistenza domiciliare quantitativamente inferiore rispetto alle necessità percepite. Nelle aree più svantaggiate intercettate dalla ricerca (Pescarola, Via Mondo/Via del Lavoro, Villaggio della Barca), il problema ha assunto dimensioni ancora più gravi perché, al pensionamento dei/le professionisti/e presenti, è molto difficile trovare MMG disposti ad aprire ambulatori in prossimità dei comparti di Edilizia Residenziale Pubblica ([Box 10](#)).

Risultati della ricerca-azione

BOX 10 – PROGRAMMARE PER L’EQUITÀ

Nel corso della ricerca, il problema della carenza di MMG proprio nelle aree con maggiori problematiche sociali e sanitarie, e in cui anche l’accesso ai e l’utilizzo dei servizi sanitari in modo non efficace è più elevato (vedi [Capitolo 1](#)), è stato portato all’attenzione dei vertici del Distretto e del Dipartimento di Cure Primarie, nonché del referente della Casa della Salute Navile. L’analisi più approfondita della questione ha portato a identificare, come possibili cause della difficoltà di rinnovare convenzioni per MMG disponibili a lavorare in tali aree, la prospettiva di un lavoro complesso, ad alta intensità assistenziale per la compresenza di problematiche sanitarie e sociali, e in assenza di agevolazioni (es. farmacia vicina) o di una rete di supporto, con alto rischio di burn out. Questo, naturalmente, in aggiunta alla scarsità strutturale di professionisti nella medicina generale, che comporta una difficoltà generalizzata a coprire in modo adeguato il territorio.

Di fronte a tali elementi, è stata avviata la riflessione verso un progetto di investimento nelle cosiddette “aree carenti” della città, e in particolare a Pescarola, per creare condizioni che da un lato incentivino e dall’altro rendano possibile ed efficace il lavoro dei/le MMG nelle zone maggiormente caratterizzate da disuguaglianze e marginalizzazione sociale. Il raccordo con la nascente Microarea e con la Casa della Salute gioca in questo senso un ruolo particolarmente significativo.

Oltre a testimoniare un risultato della ricerca-azione, in termini di ricadute trasformative della produzione condivisa di conoscenza, questa iniziativa è interessante perché introduce nei criteri della programmazione sanitaria, se pur in forma sperimentale, un elemento esplicito di contrasto alle disuguaglianze.

Nonostante Bologna abbia un numero di assistenti sociali in rapporto alla popolazione molto più alto della media nazionale, e decisamente al di sotto del livello essenziale stabilito dalla Legge di bilancio 2021 (L. 178/2020) di (minimo) 1:5000, la ricerca ha anche documentato una situazione di **grave sovraccarico del SST**, derivante da un importante aumento della domanda, filtrata dallo sportello sociale, nonché dal diversificarsi delle funzioni richieste e della complessità dei bisogni rilevati. Il Comune di Bologna infatti, anticipando la tendenza poi iscritta nel

“Piano Nazionale degli Interventi e dei Servizi Sociali 2021-2023”⁹, ha avviato una **diversificazione delle funzioni del servizio sociale** in particolare nella direzione del lavoro di comunità, a cui tuttavia non sempre è corrisposto un adeguato incremento dell’organico (situazione che, si spera, possa a breve migliorare anche grazie all’arrivo del nuovo ciclo di finanziamenti europei).

La crescente burocratizzazione dei processi amministrativi è stata riportata come un ulteriore aspetto che vincola il lavoro delle/gli assistenti sociali, cosa che richiede

⁹ Il [Piano Nazionale degli Interventi e dei Servizi Sociali 2021-2023](#), approvato nel luglio 2021 dalla Rete nazionale per la protezione e l’inclusione sociale, afferma infatti che, oltre a costruire sicurezza sociale, “[Il sistema dei servizi sociali] Promuove la coesione sociale in quanto mantiene, sostiene, sviluppa quella rete di relazioni, attività, iniziative

collettive che sono alla base della piena partecipazione e contribuzione alla società di ciascuno di noi. Ciò anche in ragione della duplice capacità delle politiche sociali di favorire esperienze e pratiche di cittadinanza attiva, nonché di agire direttamente sui fattori di crescita culturale e civile delle persone e delle comunità.”

un aumentato impegno di tempo e di risorse da parte del personale. Il tutto si traduce in un tempo fortemente limitato per il lavoro con le persone, con una conseguente scarsa conoscenza del contesto di vita e la talvolta difficile costruzione di un legame di fiducia. La prospettiva di nuove assunzioni si accompagna alla speranza di una maggiore redistribuzione, e dunque qualità, del lavoro.

«È una delle fatiche quotidiane che viviamo in questo periodo data la carenza di personale. R. ti diceva che le famiglie di quel territorio sono 16, ma magari l’assistente sociale ne ha in carico 70. Quindi l’assistente sociale che sta male per motivi di salute e sta male per mesi e mesi o va in maternità, noi abbiamo 70 situazioni senza un assistente sociale di riferimento. Noi cerchiamo per le colleghe in maternità di suddividerci le situazioni tra le persone presenti, è molto difficile». (Intervista collettiva, Area Tutela Minori, San Donato-San Vitale, settembre 2020).

La consapevolezza circa l’impossibilità di rispondere ai bisogni che vengono riportati al servizio genera una forte frustrazione in chi ci lavora, che riporta una grossa difficoltà a convivere con i limiti evidenziati e con la mancanza di una prospettiva di miglioramento. Nell’ambito della ricerca, sono sia il settore pubblico che il privato sociale a porre l’accento sulla necessità di ampliare il lavoro sociale sulla prevenzione del deterioramento delle condizioni sociali e sanitarie, riconoscendo la necessità di interventi politici a livelli più alti.

Un altro aspetto trasversale al sistema dei servizi, a prescindere dall’ambito considerato, è un’**impostazione connotata dall’attesa** (che il bisogno diventi domanda e si manifesti). Sempre più, nella scarsità relativa di cui sopra, l’attesa è protratta e il bisogno deve proporzionalmente diventare

più grave per giungere a una presa in carico. Di questo problema c’è ampia consapevolezza tra chi opera nei servizi e chi ne è responsabile, e cominciano a emergere sperimentazioni interessanti nella direzione dell’iniziativa e della proattività/prossimità (vedi oltre).

Due altri elementi sono da sottolineare, entrambi attinenti alla costruzione del bisogno e agli elementi che la compongono. A fronte di dati che mettono in evidenza lo stretto legame tra contesti di vita e salute (vedi [Capitolo 1](#)), nella presa in carico **la persona è per lo più intesa come individuo, portatore di problematiche personali** iscritte nel corpo biologico. Questo è particolarmente evidente nei servizi sanitari, dove la riduzione spesso procede dalla persona, al corpo, all’organo, in un approfondimento che se da un lato può tradursi in una terapia specifica efficace, dall’altro rischia di ignorare dimensioni molto rilevanti per la cura e la prevenzione (dalle reti sociali al contesto abitativo). D’altro canto, proprio la lettura delle disuguaglianze obbliga a leggere la salute come portato delle relazioni tra soggetto e ambiente ecosociale in cui vive, e a spostare l’attenzione dalla malattia alla salute (salutogenesi) e dai luoghi della cura ai contesti di vita (promozione della salute).

Un ultimo aspetto riguarda la **traduzione in dati degli sguardi e degli ambiti** di cui abbiamo parlato. Dati che aiutano, o meno, a leggere il bisogno. Da questo punto di vista, troviamo nei nostri flussi di raccolta di dati e informazioni gli stessi elementi già descritti (separazione tra sociale e sanitario, focus sul problema/malattia individuale e meno sul contesto, tracciamento dell’offerta/prestazione e non del bisogno). Manca altresì, spesso, una **cultura del dato**, intesa come capacità di intenderlo criticamente per quello che dice ma, anche, per quello che non dice o occulta. La ricerca da un lato ha evidenziato che i dati

disponibili, pure in un contesto ricco di informazioni come quello bolognese, sono comunque limitati nella capacità di rendere visibile e misurabile il bisogno; dall’altro lato è emerso che raramente i dati, pur con i loro limiti, sono resi disponibili alle persone che lavorano nei servizi e utilizzati per orientare l’operatività e la programmazione degli stessi ([Box 11](#)). Una nota positiva è però

l’interesse quasi ovunque riscontrato sia per la condivisione di strumenti per guardare al territorio nella sua complessità (come le mappe descritte nel [Capitolo 1](#)), sia per occasioni e momenti strutturati in cui ragionare a partire dai dati per riflettere sulla propria pratica e sulle possibilità di cambiamento e innovazione.

Approfondimenti utili alla lettura

BOX 11 – NAVIGARE GARSIA, E L’IMPORTANZA DI ANDARE OLTRE IL “DATO”

Il progetto Garsia (Gestione Accesso Rete Socio-Sanitaria Integrata Automatizzata) nasce alla fine degli anni Novanta nel territorio bolognese, per rispondere ad esigenze operative e di integrazione nell’ambito del sistema di welfare locale. Nel corso della ricerca, la traduzione informatica di tale progetto è stata interrogata per reperire **informazioni sul funzionamento dei servizi sociali territoriali**, cercando uno sguardo “micro” in grado di restituire le eventuali differenze – nel bisogno e nella risposta – tra le diverse aree della città (analogamente a quanto fatto con i servizi sanitari).

Grazie alle preziose interlocuzioni tanto con i/le referenti dei servizi sociali in ogni quartiere, quanto con il responsabile del sistema informatico, si è riusciti a costruire una visione critica dei “dati” raccolti, utile a guidarne l’interpretazione. Abbiamo così potuto verificare che, in un’architettura di dati ricca e complessa, sono tutto sommato poche (benché significative) le voci che consentono una **comparazione tra aree della città**, e/o una **stima della domanda**. Infatti, la non obbligatorietà di compilazione di diversi campi (sostanzialmente, quelli a cui non corrisponde una transazione economica), rende molte voci estremamente disomogenee in funzione della prassi locale, o del tempo disponibile per la compilazione, o di altre variabili non note ma dimostrate dall’eterogeneità del dato raccolto. Esistono poi servizi per i quali il tetto di spesa definisce la possibilità di erogazione, rendendo quindi impossibile un confronto o una stima della domanda.

Più che il dato in sé, comunque utile a rendere un quadro della situazione – per lo meno su alcuni indicatori (per esempio, tutti i servizi erogati; si vedano a questo proposito il paragrafo 1.3.5 e le mappe in [Appendice 1](#)) – la ricerca ha messo in evidenza un **interesse diffuso per la condivisione e il confronto a partire dal dato**. In questo senso, la possibilità per i/le referenti di quartiere di osservare la distribuzione per area statistica dei servizi da loro coordinati, nonché di confrontarsi tra quartieri, è stata valutata come estremamente preziosa, tanto da generare l’invito a estendere tale condivisione a operatori e operatrici dei servizi. D’altro canto, uno degli obiettivi di Garsia era di raccogliere in tempo reale una notevole quantità di dati che possono essere utilizzati in modo proficuo per la programmazione dei servizi, una funzione che appare ad oggi non pienamente realizzata.

A questo proposito, due suggestioni raccolte nel corso dei confronti meritano di essere riportate. Da un lato, la notazione da parte di operatori e operatrici che **tanti punti qualificanti del loro lavoro scompaiono nel sistema** e, non essendo rendicontati, non riescono neppure a

essere adeguatamente valorizzati. Si tratta, in particolare, di tutti gli aspetti relazionali – difficilmente quantificabili e ancora più difficilmente monetizzabili – che costituiscono spesso il cuore dell’intervento sociale. In secondo luogo, la riflessione più tecnica di una opportunità di sviluppo ulteriore del sistema informatico che consenta una **disaggregazione maggiore dei dati**, non solo per tipologia di servizio ma anche contemporaneamente per fascia d’età, nonché per area statistica. Questo consentirebbe un **allineamento con gli altri set di dati** raccolti di routine dal Comune (indicatori sociali, demografici, economici delle mappe di fragilità) e, grazie al progetto, ora anche dall’AUSL (indicatori sanitari), andando ad arricchire gli elementi utili non solo allo studio e alla comprensione delle disuguaglianze cittadine, ma soprattutto a una programmazione più efficace in termini di promozione di salute ed equità.

A fronte del quadro generale tratteggiato fin qui, la ricerca ha anche messo in evidenza come, sia dentro che fuori dai servizi, esistano **spazi in cui si ricostruisce uno sguardo più ampio sul bisogno e sulla persona**. Tali spazi sono il frutto di competenze, esperienze, scambi, motivazioni spesso ascrivibili a singole persone, o a relazioni proficue tra di esse. Tali posture e relazioni superano le divisioni tra servizi e, a volte, anche tra istituzioni e terzo settore. Talora in maniera spontanea e informale, ovvero con la costituzione di “tavoli”. Per esempio, nel Quartiere Borgo Panigale-Reno è stata riportata l’esperienza del **Tavolo adolescenti**¹⁰, uno strumento apprezzato per lo scambio di competenze tra educatori/trici e il raccordo su approfondimenti specifici (ad es. l’uso dei *digital device* e il *parental control*). Inoltre, è occasione di confronto sulle segnalazioni ricevute, sulle progettualità e gli eventi del territorio. A Porto-Saragozza, l’iniziativa riportata è quella del **Tavolo della solidarietà**, creato dal Servizio Sociale Territoriale e dall’Ufficio Reti dopo la positiva

esperienza del “Tavolo delle parrocchie” per sfruttare il ruolo di “sentinelle sul territorio” da coinvolgere sia per la segnalazione di casi sia per l’integrazione delle possibili risposte. Visto il successo di questo lavoro sinergico, la rete si è ampliata accogliendo anche altre realtà ibride e volontarie presenti sullo stesso territorio per consentire uno scambio, un confronto e una pianificazione condivisa tra reti del terzo settore, centri sociali, Cucine popolari, TPO, Croce Rossa, sindacati e servizi sociali. Un’analoga esperienza, orientata però anche fortemente alla co-progettazione, è quella dei **Tavoli di Progettazione Partecipata** del Quartiere San Donato-San Vitale, animati dall’Ufficio Reti. Seguendo in particolare i lavori del Tavolo Gandusio, la ricerca si è offerta come strumento di supporto metodologico verso un allargamento del tavolo anche con il coinvolgimento di figure dei servizi sanitari, un potenziamento delle competenze nella lettura integrata dei bisogni, e un conseguente orientamento delle risorse e delle risposte ([Box 12](#)).

¹⁰ Il Tavolo adolescenti è un tavolo presente in ciascun Quartiere, sebbene con organizzazioni differenti. Quello di Borgo Panigale-Reno è nato nel 2011 e vede coinvolti

educatori/trici del CAV, dei socio-educativi, dell’Educativa di strada, del SST e personale scolastico.

Risultati della ricerca-azione

BOX 12 – FAVORIRE INTRECCI TRA SERVIZI E TERRITORIO

Nel corso delle attività di ricerca svolte con i/le referenti e gli/le operatrici del CSM di riferimento per il Quartiere San Donato-San Vitale, è emersa la forte difficoltà da parte di questo servizio a conoscere e interagire con il territorio e le risorse che lo animano.

Date la proficua relazione sviluppatasi tra l’Ufficio Reti e il gruppo di ricerca e la partecipazione attiva di quest’ultimo all’interno del Tavolo di Progettazione Partecipata (si veda [Capitolo 3](#)), sono stati realizzati diversi incontri volti a favorire, innanzitutto, la reciproca conoscenza tra il servizio di salute mentale e questo ufficio. L’Ufficio Reti, quindi, non solo ha condiviso le conoscenze relative ai bisogni e alle risorse presenti nelle diverse zone del Quartiere San Donato-San Vitale, ma ha anche presentato le proprie funzioni e gli strumenti di cui dispone per rafforzare la rete comunitaria territoriale, tra cui i Tavoli di Progettazione Partecipata, precedentemente inediti per il personale afferente al servizio di salute mentale. Nel corso degli incontri, facilitati dal gruppo di ricerca, è stata ipotizzata la partecipazione di referenti del CSM a tutti i Tavoli (San Donato centrale, Gandusio, Cirenaica, Croce del Bianco, Pilastro), al pari di quanto già avviene per SST e Sest. L’istituzionalizzazione di tale partecipazione è ancora in fase di discussione, ma alcuni passi in questa direzione sono stati percorsi, a partire dall’area Gandusio in cui il progetto di ricerca-azione si è sviluppato: la coordinatrice e un’infermiera del CSM hanno partecipato ad alcuni momenti di confronto, organizzati dal gruppo di ricerca con i/le partecipanti del Tavolo Gandusio, sulla mappatura della comunità e dei relativi bisogni. Questi incontri hanno rappresentato anche l’occasione per interagire in modo diretto con i/le referenti di associazioni e altri enti del Terzo settore che offrono attività sul territorio a cui indirizzare le persone che accedono al CSM, specialmente le più giovani, per le quali l’inserimento in contesti non medicalizzati (e ulteriormente medicalizzanti) risulta di particolare importanza.

Rispetto ai tavoli, l’esperienza nel Quartiere Savena ha messo in luce che talvolta, quando perdono la caratteristica di informalità per avviarsi a una istituzionalizzazione, rischiano anche di perdere lo slancio propulsivo che ne caratterizza l’innovatività. La tensione tra rendere più strutturali tali spazi, sottraendoli alla variabilità e discontinuità delle singole iniziative e delle relazioni personali, e mantenerne la caratteristica di spazi vivi perché non imposti ma generati sulla base di forti motivazioni a “fare meglio”, è in molti casi una sfida complessa per chi li abita.

Uno spunto interessante a questo proposito viene dall’esperienza, in particolare nel Quartiere San Donato-San Vitale, del dispositivo della **Ruota di Barreto**, che

consiste in incontri aperti facilitati da persone con un’apposita preparazione, in cui si discute e si riflette insieme di problematiche comuni, costruendo uno spazio di dialogo tra il piano personale e quello collettivo. Alcune caratteristiche di questo approccio sono da valorizzare in un’ottica di apertura dello sguardo rispetto alla persona e alle prospettive che porta. In particolare, come è emerso dall’osservazione partecipante, durante gli incontri i/le partecipanti mettono al centro il proprio vissuto e le esperienze per loro maggiormente importanti (spesso dolorose), al fine di scambiare riflessioni, strategie e strumenti per affrontare i momenti di difficoltà, in un’ottica di *empowerment* personale e relazionale. Gli

incontri sono regolati da accordi espliciti orientati a favorire l’ascolto attivo, l’assenza di giudizio e l’espressione del proprio vissuto e punto di vista.

2.3.3 Quando il bisogno resta inespresso: stigma e sfiducia nei servizi

Oltre alle difficoltà interne che i servizi manifestano nel dare risposte, da un lato, a tutte le persone che ne hanno bisogno e, dall’altro, alla complessità dei bisogni che intercettano e percepiscono sul territorio, vi è anche la necessità di fare i conti con la percezione che i servizi stessi – in particolare riportata relativamente al servizio sociale – generano nelle persone, e come questa orienta la formulazione delle domande. Trasversalmente ai territori è stata riportata una difficoltà per alcune persone, in parte ascrivibili alla sfera delle “nuove povertà”, di rivolgersi ai servizi, per una questione di attribuito **stigma**. La stessa motivazione spingerebbe persone che non sono in difficoltà economica, ma che presentano comunque bisogni sociali, a non formulare direttamente richieste ai servizi (richieste che poi, quando la situazione diventa conclamata, vengono magari fatte da vicini/e di casa o conoscenti).

«Il sociale storicamente è sempre stato considerato per i poveri, per le persone emarginate, poi chiaramente il servizio sociale si è evoluto e cambiato. Il mondo è cambiato, ma loro magari sono rimasti a 40 anni, 50 anni fa, quando il sociale era per le persone proprio messe malissimo, proprio davvero uno stigma...». (Focus group, SST e Nuclei domiciliarità ASP, S. Stefano, ottobre 2021).

La percezione che il servizio sociale sia per persone di un certo tipo, e che rivolgersi ad

esso sia associato a una percezione negativa di cui vergognarsi o da nascondere, limita a detta di operatori e operatrici l’accesso per persone che pure ne avrebbero diritto. Per esempio, la ricerca nel Quartiere Porto-Saragozza ha evidenziato che l’invecchiamento, il riconoscimento di limiti sempre maggiori, nonché la solitudine, portano spesso a una chiusura, a un’interruzione di rapporti e all’emersione di un pudore legato alla difficoltà di accettarsi cambiati e vulnerabili. Una riflessione emersa è la problematizzazione del “**culto della sufficienza**” e dello stigma verso la non autosufficienza, che per la persona in condizione di bisogno rappresenta un ostacolo a rivolgersi al servizio a causa della vergogna per la propria situazione. Viene infatti condiviso che è necessario un cambio valoriale sulla non autosufficienza, perché “*siamo in un sistema che denigra la non autonomia e al contrario esalta l’autonomia a tutti i costi*” (assistente sociale, Porto-Saragozza), e questo aspetto gioca un forte ruolo nella non accettazione della condizione di sofferenza e di bisogno.

Spesso hanno un ruolo centrale anche l’emersione di difficoltà economiche, malattie o demenze, che contribuiscono all’isolamento. Proprio a fronte di queste difficoltà accade che le persone cerchino supporto nelle realtà caritatevoli, realtà del terzo settore, servizi essenziali, ma al di fuori della propria area territoriale di appartenenza e prossimità, per sfuggire allo stigma percepito.

D’altro canto, in alcuni contesti viene anche riportato un **senso di sfiducia** alla base del mancato ricorso ai servizi, sfiducia motivata da precedenti esperienze, proprie o di persone vicine, o da una difficoltà nell’incontro tra bisogno percepito e offerta disponibile. Sempre a Porto-Saragozza, per esempio, lo sguardo del volontariato racconta che la sfiducia nei confronti del

servizio pubblico, motivata dalla scarsità delle risorse a disposizione, dalla limitatezza dell’intervento possibile e dalla ridotta risolutività delle risposte messe in atto, allontana la popolazione dal servizio stesso che, in assenza del consenso della persona, non ha margine di azione. Spesso dunque accade che l’attivazione della risposta venga ritardata proprio a causa della mancata consensualità, e l’assenza del supporto sociale nella maggior parte dei casi porta a un deterioramento delle condizioni di partenza, il che rende il percorso di presa in carico maggiormente difficoltoso. A S. Stefano, la percezione di ostilità e sfiducia è stata segnalata anche dal servizio socio-educativo, dove operatori e operatrici hanno riferito una difficoltà di intervenire per paura delle reazioni delle famiglie: *“Il genitore poi si arrabbia e prende gli avvocati, perché qua non scherzano...”* (Intervista, operatore dei servizi, S. Stefano, ottobre 2021).

2.3.4 Dall’esperienza della pandemia, nuove tendenze verso il rafforzamento dei servizi territoriali

Come abbiamo avuto già modo di sottolineare, l’impatto della pandemia di Covid-19 è stato molto avvertito nei territori coinvolti nella ricerca, e rappresentato come un **aumento del divario tra domanda e offerta di servizi**, in una sproporzione sia quantitativa (necessità di maggiori risorse) che qualitativa (necessità di servizi più attrezzati per la complessità e per i nuovi bisogni). Le persone raggiunte con la ricerca hanno riportato come, dall’inizio dell’emergenza, si siano acuiti sia i disagi economico-abitativi, sia le problematiche psicologiche delle persone, con un aumento dei bisogni di assistenza e cura della popolazione. Soprattutto durante il periodo del primo lockdown (marzo-maggio 2020),

molte attività dei servizi (e dell’integrazione tra servizi) sono state sospese, determinando l’arresto delle nuove prese in carico e il monitoraggio a distanza per le persone già seguite. Inoltre, la maggior parte delle attività del terzo settore si è fermata, anche a causa di problemi economici oltre che di difficoltà nel gestire le procedure necessarie ad agire nel rispetto dei protocolli stabiliti.

Tuttavia, proprio in questo momento “emergenziale” sono state anche messe in campo **energie e sinergie nuove**, e si è forse acuita la sensibilità e accelerata la transizione verso modelli di servizi territoriali maggiormente orientati alla prossimità e all’integrazione, a partire dalle Case della Salute ([Box 13](#)), ora in trasformazione verso Case della Comunità. Se quella che immaginiamo è una transizione dai luoghi di cura ai contesti di vita, forse la pandemia – che ha reso i primi poco accessibili e i secondi centrali per qualunque azione mirata a raggiungere le persone – è effettivamente un’esperienza da tenere bene a fuoco.

«La collaborazione con SST ha avuto un salto di qualità nel lockdown, occasione positiva per fare davvero delle cose insieme, nonostante la negatività, soluzioni concrete e operative (raccolta e distribuzione beni di prima necessità), si è creato rapporto di conoscenza e di fiducia». (Incontro, Ufficio Reti, San Donato-San Vitale, dicembre 2020).

D’altro canto, è stato anche riportato il timore che la costruzione della rete tra le realtà del territorio e i servizi possa essere un passaggio volto a **legittimare la contrazione delle risorse pubbliche** e degli interventi sociali. Per esempio, nel Quartiere Porto-Saragozza sia i servizi sia le realtà del volontariato intervistate hanno sottolineato il

fatto che le attività svolte su base volontaristica non hanno sufficienti risorse per garantire risposte efficaci e continuative ai bisogni presentati dalle persone, in particolare anziane. Un limite in questo senso è la difficoltà di far convivere la necessità di un valido aggancio relazionale con la ristrettezza temporale a disposizione e l’alto turn-over di operatori/rici. La limitatezza delle risorse economiche e di personale propria del mondo del volontariato, non contrattualizzato, rappresenta un limite nella programmazione di interventi continuativi e con un orizzonte temporale più ampio; allo stesso modo non garantisce la crescita delle competenze necessarie per far fronte al bisogno che emerge dalla comunità. Un altro limite è rappresentato dal fatto che non sempre il mondo del volontariato ha le competenze adeguate per rispondere ai bisogni che vengono loro riportati, in particolare in riferimento al lavoro con persone in condizioni di fragilità sia sul piano sociale che sanitario.

A Pescaraola, né la rete di vicinato né quella del terzo settore sono state in grado di aiutare in modo efficace molte persone che hanno visto la propria condizione di malattia cronica peggiorare, sia per la difficoltà che i servizi hanno avuto nelle prese in carico delle cronicità in periodo pandemico, sia per la mancanza del denaro necessario a comprare i farmaci. Infatti, oltre ai problemi di tracciamento e di monitoraggio dei pazienti nel primo periodo pandemico, il Covid ha ridotto notevolmente la capacità dei servizi di effettuare visite domiciliari, impedendo l’accesso alle cure e ai servizi a molte persone all’interno dei comparti già prese in carico. Il terzo settore e le parrocchie hanno riportato di non essere stati in grado di gestire il carico di lavoro dettato dalla pandemia.

Un’indicazione in questo senso è la costruzione di un sistema di **monitoraggio e valutazione** tra le realtà del volontariato e il servizio pubblico, che integri le forme di coordinamento attualmente esistenti.

Approfondimenti utili alla lettura

BOX 13 – LE CASE DELLA SALUTE, VISTE DALLA RICERCA

Cosa dice la normativa

In Emilia-Romagna le Case della Salute (CdS) sono ufficialmente istituite nel 2010, in seguito al Piano Sanitario Nazionale 2006-2008 che demanda alle Regioni il compito di implementare le cure primarie secondo un modello di assistenza territoriale multiprofessionale e interdisciplinare. L’Emilia-Romagna, che dalla fine degli anni Novanta aveva avviato un percorso di innovazione dell’assistenza sanitaria ospedaliera e territoriale, vede nello sviluppo delle CdS “un **nuovo modello organizzativo dei servizi dell’assistenza territoriale**, che richiede un **profondo cambiamento culturale** da parte delle istituzioni pubbliche, dei professionisti e della comunità locale”. La CdS è definita come: “Una **struttura facilmente riconoscibile e raggiungibile** dalla popolazione, dove trovare **risposta alla maggior parte dei bisogni**, attraverso la garanzia dell’accesso e dell’erogazione dell’assistenza sanitaria, sociosanitaria e socio-assistenziale in integrazione con i professionisti dell’ambito sociale” (DGR 2128-2016).

Infatti, attraverso i concetti di “casa” e di “salute”, di cui l’assistenza sanitaria rappresenta solo uno dei determinanti (e non tra i più importanti), si intende **porre al centro la comunità, nelle sue varie forme**: pazienti, caregiver, associazioni di pazienti e cittadini. Le CdS possono diventare

parte integrante dell’identità della comunità, un luogo di partecipazione e di valorizzazione di tutte le risorse della comunità, in cui si possa sviluppare *empowerment*.

In base alla normativa vigente, le CdS della Regione Emilia Romagna intendono garantire in modo coordinato:

1. l’**accesso all’assistenza sanitaria, socio-sanitaria e socio-assistenziale** in un luogo visibile e facilmente raggiungibile dalla popolazione di riferimento;
2. la **valutazione del bisogno della persona** e l’accompagnamento alla risposta maggiormente appropriata, programmabile e non programmabile;
3. la **prevenzione e promozione della salute**;
4. la risposta alla domanda di salute della popolazione e la garanzia della **continuità dell’assistenza** anche attraverso il coordinamento di tutti i servizi sanitari territoriali;
5. la presa in carico della **cronicità e fragilità** secondo il paradigma della medicina d’iniziativa;
6. l’attivazione di **percorsi di cura multidisciplinari**, che prevedono l’integrazione tra servizi sanitari, ospedalieri e territoriali, e tra servizi sanitari e sociali;
7. la **partecipazione della comunità** locale, delle associazioni di cittadini, dei pazienti, dei caregiver, dei Comitati Consultivi Misti;
8. la promozione dell’**integrazione con la Rete Ospedaliera e gli Ospedali di Comunità** per garantire la continuità dell’assistenza.

La **funzione di committenza** nei confronti della CdS, formalmente “un’attività partecipata di orientamento delle attività sanitarie, socio-sanitarie e sociali, sulla base dei bisogni della popolazione di riferimento, e di valutazione dei risultati conseguiti” (DGR 2128-2016), viene esercitata a livello sovradistrettuale dalla Ausl e dalla Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria e, a livello distrettuale, dal Distretto e Comitato di Distretto. La **gestione complessiva** è del Dipartimento di Cure Primarie, a cui è affidato il Budget Operativo relativo alla CdS.

Nella CdS è presente un **responsabile** incaricato del coordinamento organizzativo e clinico-assistenziale. È inoltre previsto un **board** che partecipa al coordinamento tramite incontri periodici per analizzare i problemi, identificare soluzioni condivise e verificare l’andamento delle attività. Oltre al responsabile e alle direzioni del Distretto e del Dipartimento di Cure Primarie, fanno parte del board varie altre figure tra cui – significativamente – il SST e rappresentanti della comunità e delle associazioni del territorio.

Cosa ha messo in evidenza la ricerca

A Bologna esistono attualmente **quattro Case della Salute**, tutte intercettate – se pur con modalità e intensità differenti – dalla ricerca-azione, nei Quartieri Navile, San Donato-San Vitale, Borgo Panigale-Reno e Porto-Saragozza. Nei quartieri Savena e S.Stefano, la ricerca ha messo in luce tanto l’assenza percepita di una CdS, quanto le aspettative nei confronti della nuova che verrà e che – per i cambiamenti normativi intercorsi – nascerà come la prima Casa della Comunità concepita come tale sul territorio cittadino. Al netto di qualche perplessità sull’estensione territoriale e sulla popolazione da coprire (pari a circa il doppio rispetto alle altre CdS).

In merito all’idea di **CdS come struttura di riferimento territoriale**, facilmente riconoscibile e raggiungibile, la situazione è variegata nei diversi quartieri. L’unica CdS nata come tale, e quindi con una sua identità strutturale, è quella di Navile. Tuttavia, la collocazione è piuttosto eccentrica nel quartiere e – per esempio rispetto all’area di Pescarola coinvolta nella ricerca –

risulta non facilmente raggiungibile. Anche a Borgo Panigale-Reno la CdS risulta lontana dall’area di Villaggio della Barca coinvolta nella ricerca, e relativamente poco conosciuta non solo dalle persone residenti ma anche dagli stessi servizi. La situazione è opposta per le aree di Zanardi (Porto-Saragozza) e Via Mondo/Via del Lavoro, che risultano prossime alle rispettive CdS. Per quanto riguarda la prima, l’inaugurazione (luglio 2021) è troppo recente per poter fare delle valutazioni. Per quanto riguarda la seconda, le opinioni sul fatto che sia o meno un punto di riferimento per la popolazione sono contrastanti. Emerge però come la struttura non si sia smarcata dalla precedente natura di poliambulatorio, e che la conoscenza di professionisti e percorsi non sia diffusa nella rete dei servizi, soprattutto non sanitari.

Se il territorio ancora non conosce, o conosce poco, le CdS, è vero spesso anche il contrario, ovvero che il personale operante nelle CdS non conosce il territorio in cui opera. In questo ambito, la ricerca-azione si è rivelata uno strumento interessante di condivisione e co-costruzione di conoscenze, riscontrando spesso nel personale stesso interesse e motivazione. La ricerca è stata anche l’occasione per fare incontrare i responsabili delle CdS con attori chiave come le figure responsabili del SST (per l’integrazione tra sociale e sanitario) e degli Uffici Reti (per il lavoro di comunità). In almeno due Quartieri, tali figure si sono incontrate per la prima volta in occasione di momenti di condivisione o restituzione dei risultati intermedi della ricerca.

Oltre all’integrazione con il territorio, la normativa parla di **integrazione tra professionisti/e operanti all’interno della CdS**. La ricerca non ha compiuto una valutazione esaustiva di tale aspetto, ma emerge il dato comune che lavorare fisicamente nella stessa struttura non comporti di per sé la conoscenza reciproca, né tanto meno la strutturazione di percorsi o processi di integrazione. Un infermiere della CdS Navile, commentando la presenza di professionisti di ambiti diversi a un incontro di restituzione della ricerca, ha affermato: *“Lo posso dire che questa è una delle prime volte che vedo una schiera di professionisti della nostra Casa della Salute: sembra il board della 2128!”*. Board che, si rileva, non è stato ancora istituito per nessuna delle CdS della città.

Per quanto riguarda il **coinvolgimento della comunità e i percorsi di promozione della salute**, le attività censite (in modo però non sistematico, e al netto della prolungata interruzione causa Covid-19 e misure correlate) riguardano prevalentemente incontri di informazione tenuti da professionisti/e sanitari, su ambiti che variano dalle patologie cardiovascolari all’alimentazione, con un orientamento di prevenzione e promozione di stili di vita sani. Nella CdS Navile in particolare sono anche organizzate attività di tipo artistico e culturale. Da segnalare, sempre a Navile, l’esistenza di un Gruppo di Lavoro in seno alla Commissione Welfare e Politiche Abitative del Consiglio di Quartiere. Tale gruppo, nato nel 2019 per iniziativa congiunta di cittadini/e e rappresentanti in Consiglio di Quartiere, ha lavorato nel tempo per costruire un’interlocuzione con l’AUSL (Distretto, Dipartimento di Cure Primarie, responsabile della CdS) e rappresentare il punto di vista del territorio rispetto alla CdS. Su tematiche come integrazione socio-sanitaria, relazione tra CdS e MMG, funzione consultoriale della CdS e accoglienza sono stati realizzati incontri di autoformazione esitati in un documento presentato e approvato dal Consiglio. Attualmente il lavoro del Gruppo continua concentrandosi su innovazioni nei servizi come la Psicologia di base o di comunità, le Microaree, le Case della Comunità.

2.3.5 Prossimità

Le forme in cui è organizzata la possibilità di esprimere i propri bisogni, e la conseguente risposta, sono state prese in considerazione per indagare come viene declinata la prossimità nei servizi e nelle risorse predisposte sul territorio. Nel corso della ricerca, sebbene i servizi territoriali mantengano alcune criticità, anche alla luce della situazione emergenziale dovuta alla pandemia, sono stati intercettati alcuni buoni esempi di sinergia e spinta verso un’impostazione dei servizi più orientata alla prossimità e alla proattività.

Considerando la prossimità nella sua accezione geografica, tra i servizi sanitari legati al territorio dalla ricerca sono emerse alcune criticità riguardanti la vicinanza/lontananza dei presidi offerti. Ad esempio, le politiche di centralizzazione dei servizi in singole strutture, come per il caso del Centro di Salute Mentale (CSM) del Quartiere San Donato-San Vitale, sono considerate critiche da parte dei/lle referenti del servizio poiché *“hanno reso il CSM solo, senza presidi sul territorio”*, con la conseguente incapacità di essere prossimi alle zone più fragili. Anche in altri territori è stata fatta presente la carenza di presidi di prossimità a cui la popolazione possa accedere in modo diretto. Inoltre, come sottolineato nel secondo frammento di intervista, tale carenza incentiva il ricorso ai servizi privati o privati convenzionati.

«Persone anziane, più o meno sole, con figli che vivono chissà dove. Persone che hanno bisogno di un servizio e che si trovano in difficoltà a ottenere questo servizio o questa prestazione proprio perché sono sole e anziane. Magari gli hanno segnato una visita a Borgo Panigale, c’è da prendere 2 autobus e fanno difficoltà. Vengono badanti per conto di queste persone. Vengono stranieri con problemi che hanno

sull’esonazione del ticket. Soprattutto anziani, magari coppie di anziani». (Intervista, operatore dei servizi, Borgo Panigale-Reno, ottobre 2020).

«Sai chi ha i soldi va direttamente al privato che fa prima, tieni conto che questa è una struttura che lavora molto con le assicurazioni, quindi quelli che lavorano di solito han assicurazione perché ormai i dipendenti hanno tutti una qualche forma assicurativa, quindi la nostra Casa della Salute si chiama [nome centro sanitario privato].» (Intervista, residente, S. Stefano, giugno 2021)

Una delle maggiori criticità riguardo a questi esempi è l’impostazione per cui è la persona che, una volta individuato il suo bisogno, procede alla richiesta dell’attivazione del servizio. In tal senso è il servizio che attende la domanda di presa in carico aspettando che il bisogno si manifesti. Ciò appare evidente nel momento in cui il bisogno rimane inespresso con una conseguente mancanza di presa in carico:

“A Pescarola abbiamo scoperto che M. stava molto male attraverso la consegna del pasto, ma nessuno se ne era accorto né aveva attivato alcun servizio.” (Diario di campo, Navile, maggio 2021).

Un’altra delle declinazioni della risposta al bisogno da parte dei servizi è l’offerta dell’assistenza domiciliare che è uno dei dispositivi usati per far fronte all’impossibilità per chi ne ha bisogno di raggiungere il servizio. Relativamente ai servizi sociali per la domiciliarità di ASP, la maggior parte delle persone che usufruisce di questo tipo di servizio è anziana, prevalentemente senza il sostegno di una rete familiare solida, con bisogni non solo di tipo sanitario ma riguardanti anche la sfera della socialità.

Dalla ricerca è emerso che l’assistenza riguarda prevalentemente la consegna di pasti, l’igiene, l’alzata nei casi di allettamento e piccole attività di ménage domestico (es. spesa), mentre è stata rilevata l’impossibilità di intervenire relativamente a bisogni altrettanto fondamentali per chi si trova in condizioni di non autosufficienza, quali le pulizie della casa, la gestione dei soldi, la somministrazione di farmaci e la socialità. Come segnalato precedentemente (cfr. paragrafo 2.2.6 “Ripensare la salute e la malattia”), la possibilità di mettere a sistema la sinergica azione dei diversi servizi territoriali limita il rischio della frammentazione del bisogno in ambiti di competenza e pertinenza distinti, potenziando il margine di efficacia risolutiva delle iniziative messe in campo.

Nel territorio sono stati rilevati alcuni esempi di progettualità ibrida, con il coinvolgimento e la collaborazione delle istituzioni e di alcune realtà di volontariato e del terzo settore. Nell’ambito della ridefinizione delle funzioni dei servizi, coerentemente con quanto previsto dalla Riforma del Decentramento del Comune di Bologna, un esempio virtuoso volto a risolvere in parte queste criticità arriva da Porto-Saragozza, dove è stato avviato il **Portierato di Comunità** con l’intento di creare un polo aggregativo di associazioni territoriali per consentire e facilitare la prossimità e l’accessibilità alle attività e ai servizi di quartiere. Inoltre, con un processo di riforma del Quartiere che ha coinvolto un gruppo di lavoro multidisciplinare composto da personale che afferisce all’Ufficio Reti, al Servizio Sociale di Comunità (SSC)¹¹ e al Sest è stata inserita una figura del SSC nell’assetto organizzativo dell’Ufficio Reti; in

questo modo, l’Ufficio Reti assume l’importante e innovativo mandato di costruire un ponte tra la domanda che i servizi rilevano e l’offerta che il territorio presenta, sia in termini di servizi pubblici sia di realtà del volontariato, con l’obiettivo di colmare le lacune esistenti in termini di accessibilità del servizio pubblico, laddove questo non riesce ad arrivare. Questa modalità operativa del SSC punta ad adottare un approccio “di comunità” nella rilevazione e presa in carico dei bisogni, secondo il quale tutta la comunità è coinvolta attraverso l’attivazione delle risorse del territorio, con lo scopo di superare l’intervento individuale e frammentario su bisogni specifici nell’ottica di una valorizzazione delle risorse già disponibili sul territorio.

Il coinvolgimento delle realtà del terzo settore nella presa in carico e nella gestione dei bisogni risulta essere un elemento positivo per far fronte alla consapevolezza riguardo all’impostazione dei servizi connotata dall’attesa. Relativamente ad alcune sperimentazioni favorevoli alla prossimità, infatti, è da citare l’esempio del lavoro dell’**Educativa di Strada**, che in particolar modo nell’area di Villaggio della Barca, collaborando con il Centro Anni Verdi, svolge un ruolo di cura e presa in carico strutturato sulla relazione di fiducia con le persone che intercetta, fungendo da “sensore territoriale” rispetto all’evoluzione dei bisogni di salute delle persone residenti. Una spinta trasformativa da menzionare inoltre, proviene dal progetto del **Community Lab (Box 17)** promosso dalla Regione nel 2013, che prevedendo il coinvolgimento attivo di numerose realtà del territorio che si fanno portavoce dei bisogni intercettati direttamente dagli attori

¹¹ Il Servizio Sociale di Comunità, articolato in Sportello Sociale, Area Accoglienza e Area Fragilità e Non Autosufficienza, costituisce, insieme all’Area Tutela Minori, il Servizio Sociale Territoriale. Quando ci si riferisce al servizio sociale in termini generali o l’ente trattato è il

servizio nel suo complesso, il riferimento è al SST, a differenza di alcuni casi specifici, come quello relativo al Quartiere Porto-Saragozza, in cui è segnalato che l’ente coinvolto è il SSC.

coinvolti, dà impulso alla creazione di servizi maggiormente orientati alla prossimità e alla sinergia non solo tra enti istituzionali, ma anche con le realtà di volontariato, del terzo settore e le aziende.

Un altro importante esempio di sinergia nella risposta ai bisogni in ottica proattiva è individuabile nel **progetto e-Care** che, con la collaborazione di una quota di volontari/e con le reti formali, offre un tipo di prossimità telematica attraverso la creazione del blog Youbos, attivo soprattutto come risorsa per persone anziane in condizione di solitudine. Quest’ultimo esempio introduce quindi l’ambivalenza del tema della digitalizzazione dei mezzi messi a disposizione per la richiesta e la risposta al bisogno, come già accennato nel paragrafo precedente. Dalla ricerca è emerso come in più aree, sebbene la digitalizzazione abbia velocizzato i tempi (garantendo ad esempio la prenotazione della prestazione in un determinato orario e smaltendo i tempi di attesa in loco, o la possibilità di ricevere le prescrizioni mediche direttamente sul fascicolo sanitario senza dover accedere all’ambulatorio del Medico di Medicina Generale), questa non sempre è stata accompagnata da un’adeguata alfabetizzazione all’uso delle apparecchiature e ai dispositivi elettronici – in alcuni casi assenti – talvolta acuendo la distanza dai servizi sopra menzionata.

Anche alla luce delle considerazioni emerse nel paragrafo precedente, è evidente come il tema della prossimità non possa essere declinato esclusivamente in termini di vicinanza fisica dei servizi alla popolazione. **Per servizi di prossimità si dovrebbe allora intendere una loro caratterizzazione in chiave di iniziativa e proattività.** La prossimità, in altri termini, dovrebbe avere a che fare anche con la capacità di creare relazioni significative con chi ha maggiori difficoltà ad attivare un percorso di ricerca di aiuto; la pandemia ha mostrato che è lì che si annidano quei bisogni sommersi, i

quali difficilmente trovano una possibilità di emersione attraverso la sola vicinanza fisica dei servizi. D’altro canto, il “Piano Nazionale degli Interventi e dei Servizi Sociali 2021-2023” riprende il concetto di prossimità in quest’ottica: *“Non è sufficiente la sola collocazione fisica sul territorio, ma è necessario orientare l’attività – a partire dalla fase della programmazione – in direzioni volte a favorire la consultazione e la partecipazione attiva dei cittadini e a contribuire direttamente ai processi concernenti la definizione delle politiche di sviluppo sul territorio.”*

L’analisi dei determinanti sociali mostra chiaramente il ruolo che le disuguaglianze giocano nel limitare la capacità di azione delle persone. Rispetto proprio a queste fasce della popolazione, che sono maggiormente esposte a disuguaglianze e marginalizzazione, è necessario immaginare servizi e figure di prossimità capaci di attivare forme di coinvolgimento partecipativo.

Agenti di salute, Infermieri/e di Famiglia o di Comunità, Microaree (Box 14) sono alcune delle possibili forme attraverso cui i servizi possono assumere una dimensione di iniziativa e di proattività, con l’obiettivo non già di erogare prestazioni, ma di costruire relazioni significative volte a far emergere i bisogni inespressi a partire dalla prossimità con i contesti di vita delle persone. Va da sé che tali servizi potrebbero essere delle utili articolazioni per la realizzazione dell’integrazione fra il sociale e il sanitario, riuscendo a collocare nei contesti sociali e di vita specifici i bisogni delle persone.

2.3.6 Integrazione

Un dato riportato trasversalmente da operatori/rici dei servizi sociali e sanitari è la necessità di un **maggiore raccordo** reciproco, che risulta difficoltoso da

implementare nel lavoro quotidiano a causa della mancanza di tempo e spazi. Come già riportato, ciò viene principalmente ricondotto a una carenza di organico e a un conseguente sovraccarico di lavoro. D’altro canto, si nota anche la relativa **mancanza di dispositivi strutturati** di presa in carico integrata, che vadano oltre a ciò che è possibile realizzare grazie alla buona volontà e all’impegno personale di operatori/rici singoli/e.

La mancanza di un dialogo e una concertazione a livello centrale, non solo tra servizi sociali e servizi sanitari ma anche tra differenti dipartimenti dell’AUSL (DSM, DCP, DSP), si riflette in:

- una **frammentazione dei percorsi** di sostegno e cura, per cui orientarsi tra questi diventa sempre più difficile non solo per le persone, ma anche per operatori e operatrici dei servizi;
- una **mancanza di responsabilità condivisa** da parte dei servizi nel prendere in carico e/o nel tenere insieme ciascuno dei percorsi in cui la persona è inserita.

Per esempio, dalle interviste svolte con i/le professionisti/e di diversi servizi nel Quartiere San Donato-San Vitale, emerge che vi è una mancanza di conoscenza delle attività e del mandato di un servizio (es. SST) che si traduce spesso in invii “impropri” da parte di un altro servizio. Inoltre, data la difficoltà da parte di alcune figure (MMG, infermiere/a CSM, SST) a entrare in contatto con gli/le operatori/trici di riferimento del/la paziente (del SST, amministratore di sostegno, del CSM), vengono usati degli escamotage per aprire il canale di confronto con questi (ad esempio, inviare una scheda di segnalazione quando la persona è già in carico al SST; consigliare al/la paziente di presentarsi presso lo sportello sociale senza dire di essere già in carico al CSM). L’unico spazio di raccordo tra le diverse figure di

cura (MMG, professionisti/e di SST, CSM, SerDP, ecc.) emerso come rilevante nella maggioranza delle interviste è quello delle **Equipe Territoriali Integrate (ETI)**. Le ETI prevedono un modello di presa in carico multidisciplinare e vengono attivate in tutti i casi in cui la natura del bisogno risulti complessa e necessiti di un intervento integrato di carattere sociale, sanitario ed educativo. Molte persone raggiunte dalla ricerca hanno sottolineato la ricchezza derivante dalla molteplicità di sguardi coinvolti in un’ETI; tuttavia, il potenziale di questo e di altri percorsi formali di integrazione dipende molto dalla “sensibilità” di ciascun/a professionista. Come è stato riconosciuto da diversi/e intervistati/e, manca infatti una generale cultura del lavoro integrato. La frammentazione dei servizi, unita alla scarsa conoscenza del territorio e delle sue trasformazioni sociali, agisce come un vero e proprio determinante di salute, un elemento di cui diversi/e professionisti/e sono consapevoli, senza però che tale consapevolezza riesca a trasformarsi in forme organizzative e strumenti differenti rispetto a quelli attualmente esistenti.

A Savena, l’attenzione è stata posta sul sistema di assistenza domiciliare, che non riesce a fornire percorsi efficaci, in termini di integrazione delle risorse e di stabilità delle figure di riferimento, per persone che possono rimanere a casa ma hanno bisogni variegati e complessi.

«L’organizzazione funziona ancora come negli anni ‘90, con piani strutturati su ore, copertura di singole ore e di singoli bisogni. [...] C’è anche bisogno di avere punto di riferimento che non cambi continuamente, da noi c’è ancora turnazione fisiologica [...] Il bisogno deve rappresentarsi sempre nella stessa ora, nello stesso giorno, con un’organizzazione che è capillare e fatta per piste, ma le persone non stanno nelle

piste.» (Focus group, SST, Savena, luglio 2021)

A Porto-Saragozza, è emerso che il settore sanitario (Servizio infermieristico domiciliare) riconosce le difficoltà che il settore sociale vive rispetto alla necessità di ampliare il servizio in modo che sia rispondente ai nuovi bisogni. Vi è infatti la percezione che il servizio sociale non abbia la possibilità di raggiungere tutte le persone che, secondo il settore sanitario, avrebbero bisogno dell'intervento sociale; le motivazioni che vengono riconosciute dal settore sanitario sono principalmente riconducibili alle risorse limitate in termini di percorsi attivabili e al sovraccarico del SSC; SSC che a sua volta, come riportato sopra, riconosce un importante limite nello stigma riferito al rivolgersi al servizio sociale. Il tema appare particolarmente critico rispetto alle persone anziane in condizione di solitudine, che raramente hanno delle chiavi di segnalazione (come la famiglia) e per le quali, secondo i servizi, l'attivazione di altre reti informali non è comune, anche per la specificità dei bisogni che richiede competenze e strumenti spesso non presenti nel mondo del terzo settore. Emerge come la possibilità che l'integrazione si concretizzi sia legata alle condizioni di non autosufficienza, un ambito nel quale gli strumenti per il lavoro integrato socio-sanitario sono più consolidati.

Tornano poi in particolare le **criticità legate al ruolo dei/le MMG**, da un lato fulcro dell'assistenza in molti casi, dall'altro l'anello debole della catena per quanto riguarda la disponibilità di tempo (e, a volte, le conoscenze necessarie) per il lavoro integrato. Le parole di un professionista intervistato nel Quartiere Navile illustrano il quadro:

«Non è compito del medico l'atto sociale [...] Tipo questa signora che se n'è andata era seguita dagli assistenti sociali. Anche lì bisogna vedere, io non ho conoscenza reale sulla capacità dove può intervenire, fino a che punto può incidere un assistente sociale su una vita disagiata di un paziente. Lì è veramente un discorso abbastanza complesso, bisogna intervenire con una equipe secondo me, assistente sociale, psichiatra o psicologo, MMG... collaborare strettamente insieme [...] Io non faccio niente, metto a conoscenza l'assistente sociale della situazione di disagio e basta.» (Intervista, MMG Navile, giugno 2021)

Le esperienze a questo proposito sono comunque eterogenee nei territori: per esempio, a Savena è stata riferita una buona collaborazione tra MMG e SST, mentre lo stesso non vale a S. Stefano. In questo quartiere, la situazione è resa più complessa da un “disallineamento territoriale”, nelle aree coinvolte nella ricerca, tra ambito sociale (di pertinenza dello stesso Quartiere) e ambito sanitario. Infatti, le persone residenti nelle aree Irnerio 1 e 2 sono prese in carico da alcuni servizi sanitari territoriali del Quartiere San Donato-San Vitale, come la Casa della Salute, l'assistenza infermieristica domiciliare, il PCAP (Punto di Coordinamento Assistenza Primaria), le Cure Primarie, il Centro di Salute Mentale. A titolo di esempio, un professionista della medicina generale intervistato che opera nell'area statistica Irnerio 2 riferisce di non avere contatti diretti con il servizio sociale da quando la zona è stata annessa al quartiere S. Stefano. Sia le persone residenti sia chi lavora nei servizi sanitari ha identificato nella (futura) presenza di una Casa della Salute di quartiere la possibilità di una facilitazione dell'interazione sia tra professionisti/e dello stesso ambito, sia del confronto diretto tra servizio sociale e sanitario, oltre che di una

presenza più capillare sul territorio che ne permetterebbe una conoscenza più approfondita e una maggiore accessibilità per la popolazione.

A Porto-Saragozza, per il caso specifico delle persone anziane, è stata sottolineata la necessità di rafforzare il lavoro di rete per lavorare maggiormente nella prevenzione della non autosufficienza, nella rilevazione precoce di condizioni di rischio sociali e sanitarie e nell’aggancio ai servizi nelle fasi precedenti al decadimento avanzato. A questo proposito, il/la MMG viene riconosciuto/a come una figura di cui le persone anziane si fidano, a differenza di altre figure dei servizi (soprattutto del servizio sociale, per le ragioni riportate nel paragrafo 2.3.3), e proprio in virtù di questa fiducia può fungere da ponte o da aggancio. Al contempo, sia servizio sociale che servizio infermieristico domiciliare evidenziano la difficoltà di coinvolgere i/le MMG in progettualità più ampie che vadano oltre all’assistenza sanitaria. Rispetto alle persone anziane sole, in assenza di una rete collaborativa a maglie più strette, è l’assistenza sociale a relazionarsi con tutti gli altri attori e a tenere le fila degli interventi, aspetto necessario in assenza di caregiver e che alla luce dei cambiamenti demografici va aumentando.

Sempre a proposito di integrazione nel quartiere di Porto-Saragozza, è interessante riportare l’emersione di visioni diverse tra il servizio infermieristico domiciliare (SID) e il servizio sociale: infatti, il primo rileva la necessità di ampliare la casistica su cui lavorare in modo integrato, sia in termini qualitativi che quantitativi; il servizio sociale, invece, sostiene che il settore sanitario

dovrebbe ampliare gli ambiti di azione coinvolgendo maggiormente i/le MMG, sviluppando progetti di prossimità e adottando un approccio di comunità e di prevenzione. Quindi da un lato vi è il bisogno di lavorare maggiormente in modo integrato sui singoli casi, e dall’altro lo stimolo a sviluppare approcci che non siano basati sulla singola persona ma sulla comunità, in termini di coinvolgimento di abitanti e risorse del territorio, in ottica di prevenzione.

Va in questa seconda direzione la sperimentazione emergente delle **Microaree** ([Box 14](#)), in cui personale infermieristico dell’AUSL, assistenti sociali del Comune e operatori/rici di ACER lavorano come équipe di prossimità, apportando le rispettive competenze e agendo come mediatori rispetto ai servizi di riferimento. Oltre al coordinamento operativo, l’articolazione della cabina di regia che coordina l’intervento testimonia lo sforzo interistituzionale in corso. Ne fanno infatti parte Comune di Bologna (Dipartimento Welfare e Benessere della Comunità, Servizio Sociale di Comunità e UI Salute e Città sane), Quartiere Navile (Direzione, Ufficio Reti e Lavoro di comunità), AUSL Bologna (Distretto e DATeR), ACER (Ufficio Comunicazione, Urp e Mediazione Sociale), Università di Bologna e Centro Studi e Ricerche in Salute Internazionale Interculturale (CSI-Unibo).

Infine, un’esperienza co-prodotta nell’ambito della ricerca-azione nel Quartiere Borgo Panigale-Reno ([Box 15](#)) testimonia la strategicità dell’integrazione – in questo caso tra Ufficio Reti, servizi educativi, sanitari e sociali – in ottica di promozione della salute.

Approfondimenti utili alla lettura

BOX 14 – LE MICROAREE NEL CONTESTO BOLOGNESE

Il modello della Microarea è nato a Trieste nel 2005 per facilitare l’accesso e la presa in carico socio-sanitaria delle persone residenti nelle aree più fragili, di solito a edilizia popolare e a basso reddito. L’intervento prevede una **figura professionale dedicata (referente di Microarea) che garantisce una presenza costante sul territorio** allo scopo di supportare la costruzione di relazioni tra abitanti e favorire una risposta coordinata ai bisogni, facilitando l’accesso ai servizi e alle risorse istituzionali, del terzo settore e informali di comunità.

Nel contesto bolognese è in corso di sperimentazione un approccio che si ispira a quello triestino, riadattato alle specificità locali. A partire da aprile 2019, AUSL e Comune (Dipartimento Welfare e Promozione del Benessere di Comunità), in collaborazione con il Quartiere San Donato San Vitale, hanno predisposto una prima **equipe multiprofessionale** formata da un’infermiera e due assistenti sociali. L’equipe ha una sede ed opera nel contesto di **Piazza dei Colori**, area di caseggiati popolari caratterizzata da una forte fragilità sociale e sanitaria in cui abitano circa 1000 persone. Il progetto si propone di **sperimentare un modello di lavoro basato sulla prossimità, l’integrazione dei servizi e il rafforzamento della rete comunitaria**, fondato sui determinanti sociali di salute e orientato a promuovere la salute e l’*empowerment* delle persone e delle comunità.

Sempre del 2019, si comincia a parlare della possibilità di realizzare una Microarea anche sul territorio di Pescarola. La pianificazione, rallentata dall’avvento della pandemia, riprende nel 2021 per giungere a compimento nel maggio del 2022, quando la Microarea viene inaugurata con il nome di **“Salute di Comunità - Microarea Pescarola”**. Come per Piazza dei Colori, vi è un’equipe composta da un’infermiera a tempo pieno (dipendente AUSL) e due assistenti sociali del Comune con alcune ore settimanali a disposizione del progetto. Da segnalare, come innovazioni significative, la presenza anche di un operatore URP di prossimità per i servizi abitativi, dipendente di ACER con un numero di ore mensili dedicate, e l’inquadramento dell’infermiera – referente della Microarea – nella più ampia progettualità dell’infermieristica di famiglia o di comunità (IFoC), in corso di implementazione e sviluppo a seguito dei nuovi finanziamenti (PNRR) e delle nuove riforme (DM77/2022) per i servizi territoriali.

I documenti costitutivi della nuova progettualità di Pescarola individuano la Microarea come “una possibile modalità di risposta, in termini di promozione della salute e contrasto alle disuguaglianze, ad una situazione di vulnerabilità diffusa”, e come “un’estensione della Casa di Comunità nei territori più vulnerabili”. Benché la Microarea sia “un dispositivo di equità che sin dai suoi presupposti investe maggiori risorse dove c’è più necessità”, si sottolinea che la finalità principale dell’intervento è quella di **agire in modo proattivo su tutta la popolazione residente** e non solo su quella parte di cittadinanza che presenta specifiche problematiche socio-sanitarie. La strategia si basa infatti su di “un intervento congiunto nei contesti di vita delle persone, che cerca di agire su più livelli attraverso un cambiamento di paradigma: i servizi non intesi come un insieme di attività progettate e pensate per rispondere alle necessità di utenti, clienti o pazienti, bensì realtà co-costruite con persone ed aggregazioni sociali che risiedono e insistono su quello specifico territorio, per consentire loro di essere soggetti attivi del proprio progetto di salute e coprotagonisti di un progetto di salute della comunità.”

Risultati della ricerca-azione

BOX 15 – INTEGRAZIONE PER LA PROMOZIONE DELLA SALUTE A VILLAGGIO DELLA BARCA

A Villaggio della Barca, tutti gli attori coinvolti riconoscono come esito positivo prodotto dalla ricerca-azione una maggiore integrazione tra Ufficio Reti, servizi sanitari, educativi e sociali. Un esempio tangibile viene dal lavoro del Tavolo per il contrasto alle disuguaglianze, nato in seno al progetto. All’interno del tavolo l’Ufficio Reti ha riportato una **problematica relativa alle visite pediatriche per l’attività sportiva**, che venivano eseguite con ritardi tali da impedire una tempestiva iscrizione all’anno sportivo, quando non la perdita dell’intero anno. In risposta a questa problematica, i/le professionisti/e della Casa della Salute si sono attivati/e per organizzare degli incontri con Pediatri e Piatriche di Libera Scelta (PLS). Cogliendo questa occasione, anche il servizio Tutela Minori ha deciso di prendere parte agli incontri, di modo da affrontare in quel contesto altre questioni legate alla difficoltà di comunicazione con i/le PLS. Sulla stessa scia, il SST ha poi proposto di organizzare degli incontri con i/le MMG per affrontare con maggiore attenzione alcune problematiche, quali solitudine e accumulo. Inoltre, è previsto il coinvolgimento della Neuropsichiatria Infanzia e Adolescenza (NPIA) ai prossimi incontri del Tavolo.

2.4 Dispositivi di lavoro con la comunità e promozione della salute

2.4.1 Partecipazione comunitaria, empowerment e promozione della salute

La partecipazione e l’*empowerment* di comunità sono aspetti chiave nella promozione della salute e nella Primary Health Care – come sancito dai documenti fondativi della Carta di Ottawa del 1986 e della Dichiarazione di Alma Ata del 1978 – e sono sempre più una priorità nelle politiche per la salute a livello internazionale e nazionale (WHO, 2013; Ministero della Salute, 2020). La pandemia di Covid-19 ha amplificato l’interesse politico sul ruolo delle comunità nel tutelare e promuovere la salute e nel contrastare le disuguaglianze sociali.

Per *empowerment* di comunità si intendono quei processi che supportano coloro che hanno meno potere nell’esercitare un maggiore controllo collettivo sulle decisioni e azioni che contribuiscono alla trasformazione sociale e al cambiamento politico (Popay et al., 2020). Per rafforzare l’*empowerment* individuale e collettivo, gli attori istituzionali e politici devono sostenere e mettere in atto processi partecipativi nei quali le persone e le comunità (territoriali e/o di interesse) prendono parola e hanno potere decisionale relativamente alle questioni che le riguardano.

Va sottolineato che vi è una sostanziale differenza tra i processi partecipativi attivati dalle istituzioni (*top-down*) e quelli che partono direttamente da cittadini/e (*bottom-up*). Perché si attivino reali processi di *empowerment* infatti è necessario che sia la comunità a identificare e definire le sfide che la riguardano (Coppo e Tortone, 2011). Le

comunità non sono articolazioni naturali degli ordinamenti sociali bensì il frutto di processi di costruzione simbolica dell’appartenenza e del mutuo riconoscimento, i quali possono essere attivati attraverso le pratiche partecipative (Consoloni e Quaranta, 2021). **Non si tratta dunque solo di coinvolgere delle “comunità” all’interno di setting decisionali, ma di fare di quei setting decisionali l’espedito per costruire e attivare processi partecipativi da cui possono emergere le comunità.** È possibile rilevare diversi gradi di partecipazione, che vanno

dall’ascolto/informazione all’acquisizione di controllo da parte delle comunità (Fig. 19) (Bobbio, 2004). **Le evidenze mostrano che maggiore è il coinvolgimento della comunità, migliori sono gli effetti su qualità dei servizi, capitale sociale e livello di empowerment** (Popay, 2006) (Fig. 20). In questo senso, occorre non ridurre la partecipazione alle metodologie che si utilizzano per promuoverla, e non utilizzare tecniche di partecipazione per giustificare decisioni già prese (Moini, 2012).

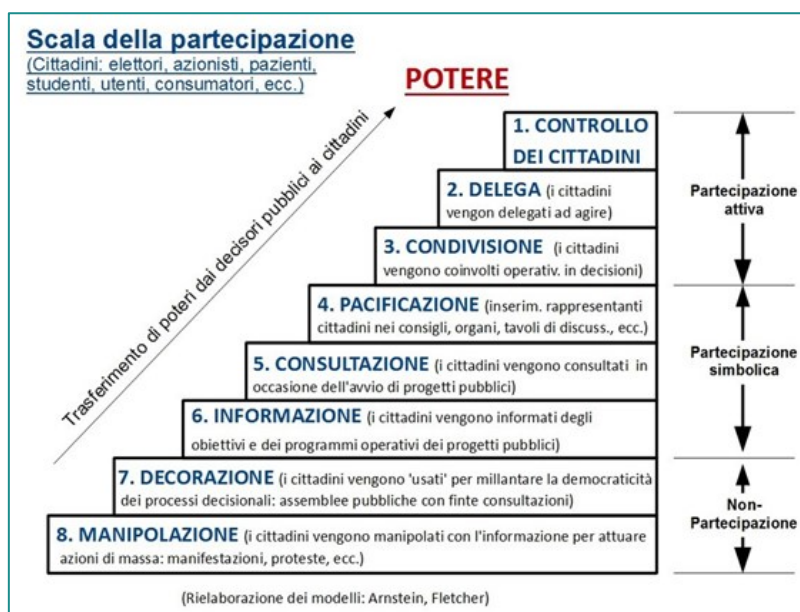


Figura 19 – Scala della partecipazione.
 Fonte: <https://www.pensierocritico.eu/partecipazione-online-e-offline.html>

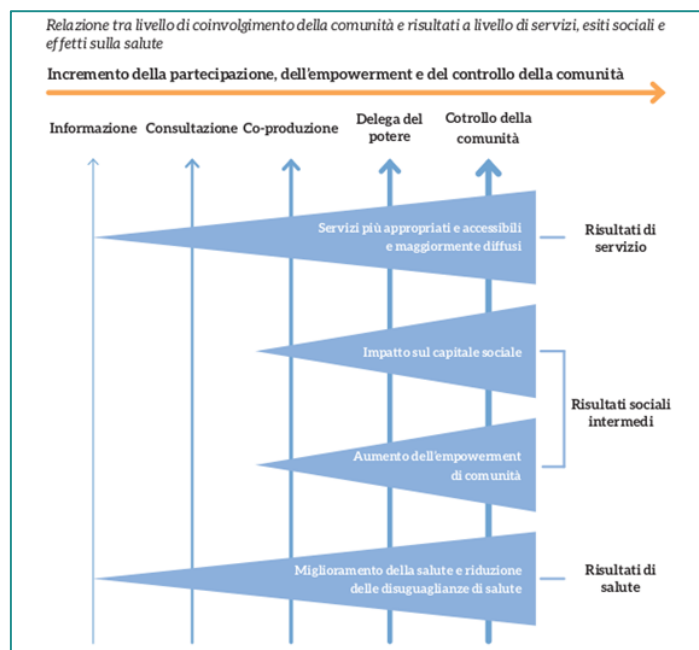


Figura 20 – Relazione tra il livello di coinvolgimento della comunità e risultati a livello di servizi, esiti sociali ed effetti sulla salute. Fonte: Popay, 2006.

2.4.2 Lo sviluppo del lavoro di comunità a Bologna

Nell’ultimo decennio il lavoro di comunità ha riacquisito un certo spazio all’interno dei dibattiti sulla necessaria riorganizzazione delle istituzioni locali e dei servizi territoriali. Tra le principali tematiche ad esso collegate, quelle della **partecipazione e della cittadinanza attiva** emergono come idealmente centrali. Tali tematiche non rappresentano una novità nel panorama bolognese: le **esperienze di decentramento e partecipazione cittadina** sviluppatesi nei decenni passati, specialmente negli anni Sessanta, hanno tracciato un solco importante che, nonostante sia stato trascurato per molto tempo, è stato recentemente ripreso, seppur con forme e livelli differenti. Ne è un importante esempio la **riforma dei Quartieri entrata in vigore nel 2016**, con la quale queste unità amministrative sono state investite del ruolo di promotori di processi estremamente

rilevanti nell’ambito del lavoro di comunità, come lo sviluppo del senso di comunità territoriale, della cultura di prossimità e della collaborazione tra cittadini/e e organizzazioni territoriali. Parallelamente **anche il Servizio Sociale Territoriale (SST) ha intrapreso, nell’ultimo decennio, un percorso di rinnovamento e riorganizzazione**, che vede il lavoro di comunità come una delle principali direzioni di sviluppo.

Le declinazioni del lavoro di comunità appaiono eterogenee, sia a livello programmatico che a livello di implementazione dei dispositivi e dei progetti nei territori. Più frequentemente l’accento è posto sulla valorizzazione delle risorse comunitarie nella rilevazione dei bisogni e nel dare risposta ai bisogni emergenti, e si traduce operativamente nella collaborazione tra pubblica amministrazione, associazioni e altre realtà territoriali. **Stenta invece a diffondersi un’accezione incentrata sulla partecipazione diretta dei/le cittadini/e, a**

dispetto del fatto che essa rappresenti il meccanismo stesso di produzione dell’appartenenza comunitaria. Non si tratta di visioni antitetiche, ma di prospettive da sviluppare in maniera congiunta per recuperare i significati più preziosi dei processi di decentramento (di funzioni, risorse, potere), e da valorizzare specialmente in un’ottica di equità.

Come si vedrà nei paragrafi successivi, i dispositivi e i progetti di partecipazione comunitaria spesso scontano un deficit che riproduce l’azione delle disuguaglianze: **l’assenza e/o lo scarso coinvolgimento delle persone maggiormente esposte ai processi di marginalizzazione**. Le disuguaglianze sociali influiscono anche sulla possibilità e capacità di dare voce ai propri bisogni e di partecipare; è quindi fondamentale assicurarsi che soprattutto le persone e i gruppi sociali che sono strutturalmente marginalizzati (a causa di razzismo, sessismo, abilismo, ecc.) possano avere uno spazio di espressione e azione alla pari di chi ha più risorse.

La necessità di adottare in modo diffuso una prospettiva incentrata sull’equità è risultata ancora più evidente in seguito all’impatto della pandemia di Covid-19 e delle relative misure di contrasto. Nel corso del biennio 2020-21, il lavoro di comunità ha infatti subito un rallentamento importante, specialmente per quanto riguarda la sua declinazione più profonda, ovvero quella di partecipazione comunitaria. Laddove possibile, le attività e gli strumenti attivi in questo ambito sono stati rimodulati in versione digitale; tuttavia, poiché l’accesso ai dispositivi digitali e le competenze

necessarie per utilizzarli non sono equamente distribuiti all’interno della società, l’accelerazione dei processi di digitalizzazione si è sommata agli altri assi di disuguaglianza, producendo un’ulteriore marginalizzazione della popolazione con minori risorse economiche e sociali.

Dai vari campi di osservazione è emersa inoltre l’esigenza di **riflettere criticamente sul concetto di “lavoro di comunità”** e in particolare sul significato che il termine “comunità” può acquisire oggi, anche alla luce della pandemia di Covid-19 ([Box 16](#)). Come emerge dall’analisi dei determinanti sociali di salute, nelle aree più svantaggiate la coesione sociale e il senso di comunità sono molto carenti. In tali contesti la partecipazione permette di sviluppare senso di solidarietà e comunità se viene considerata come fine in sé, poiché produce relazioni significative e continuative nei territori, che proseguono oltre i dispositivi proposti. Viceversa, la partecipazione è scarsamente efficace se viene utilizzata solo come mezzo per raggiungere specifici obiettivi di salute (partecipazione strumentale). Nel corso del periodo emergenziale (2020) è stato messo ulteriormente in luce il valore della dimensione relazionale all’interno del tessuto comunitario: la capacità di agire in modo sensibile ai bisogni che si stavano configurando nel nuovo contesto pandemico è stata registrata soprattutto tra le comunità in cui era stato precedentemente sviluppato un certo grado di riconoscimento e fiducia reciproci (Consoloni e Quaranta, 2021).

Approfondimenti utili alla lettura

BOX 16 – LA COMUNITÀ: ALCUNI ELEMENTI CHIAVE

Una definizione dinamica

Il concetto di “comunità” indica un gruppo di persone che condivide **elementi comuni**, tra cui il luogo di vita, gli aspetti dell’identità, la sfera degli interessi e delle affinità o altre circostanze comuni. Non si tratta, tuttavia, di elementi che costituiscono in maniera meccanica una presunta comunità esistente a priori. La comprensione di questo concetto, infatti, si articola attorno all’analisi degli elementi **maggiormente significativi per le persone**, il contesto e lo scopo a cui ci si riferisce.

Il processo di costruzione

I processi di definizione di una comunità possono essere di diverso tipo. La comunità può essere **autodefinita**, per cui le persone si riconoscono parte di una comunità o si uniscono in una comunità per rispondere a un particolare problema; la comunità può anche essere **definita da soggetti esterni**, che individuano una questione da affrontare e in un secondo tempo coinvolgono la comunità. Il processo di **coinvolgimento** di individui o gruppi appare centrale: attraverso la costruzione di relazioni e forme di appartenenza simbolica, questi possono arrivare a concepire se stessi in quanto comunità.

Una presunta omogeneità

In base a una visione idealizzata della comunità, l’omogeneità e la staticità vengono assunte come elementi che la caratterizzano, spesso in funzione a una separazione rispetto ad altri soggetti e gruppi esterni ad essa. Si tratta di una visione che non riconosce le complessità e diversità esistenti all’interno di ciascuna comunità e che cela le disuguaglianze operanti. È da coltivare, infatti, una visione che sveli e rafforzi gli **elementi di molteplicità e inclusività**, anziché limitarli, e che riconosca le dinamiche conflittuali costitutive dei processi di sviluppo comunitari.

I servizi e le istituzioni locali, accanto alle numerose realtà del Terzo settore che spesso operano in sinergia con essi, risultano attori privilegiati nell’attivare e/o supportare queste forme di partecipazione, declinandole progressivamente in tutti gli ambiti che influiscono sulla salute comunitaria.

In questo scenario l’Ufficio Reti, istituito all’interno di ciascun quartiere con la riforma del 2016, riveste certamente un ruolo di primo piano. Come sintetizzato dal responsabile di un Ufficio Reti, il mandato è

quello di “*favorire un processo di collaborazione con il terzo settore e promuovere la cura del territorio attraverso la collaborazione con i cittadini e le associazioni del territorio*”, avendo come obiettivo trasversale il benessere della comunità in ogni sua dimensione. Oltre al coordinamento di attività e progetti inerenti alla cura dei territori e delle comunità, gli Uffici Reti, e in generale i Quartieri, sono quindi chiamati a co-costruire tali interventi, rafforzando il processo di decentramento avviato con la riforma del 2016. A questo

proposito, alcuni/e professionisti/e operanti all’interno di diversi Uffici Reti auspicano che queste funzioni si possano sviluppare all’interno di un sistema di gestione di percorsi e risorse fondato su una maggiore condivisione di dati e un raccordo più solido tra le articolazioni locali e centrali delle istituzioni comunali.

2.4.3 Attori e strumenti del lavoro di comunità

Come accennato nel paragrafo precedente, a livello territoriale gli Uffici Reti rappresentano il principale attore istituzionale a cui è demandata la funzione di coordinamento dello sviluppo di comunità. Tra gli ambiti di intervento in cui questo si concretizza, quello della riqualificazione di spazi e immobili pubblici e quello delle progettualità dedicate a fasce specifiche della popolazione (in particolar modo anziana e adolescente) sono emersi come trasversali alle diverse aree oggetto di indagine. Le iniziative coordinate e/o supportate dagli Uffici Reti spesso prevedono un ruolo centrale dei molteplici enti del Terzo Settore (parrocchie, associazioni, centri sportivi, ecc.) che operano nelle diverse zone. Tra questi, i Centri Sociali, gestiti da persone anziane, assumono una particolare importanza alla luce del processo di trasformazione che li coinvolge: supportata dai Quartieri, e in particolar modo dagli Uffici Reti, l’**evoluzione in “Case di Quartiere”** si fonda sulla creazione e/o sul rafforzamento di spazi di incontro e confronto aperti e accessibili alle diverse fasce della popolazione, con potenziali ricadute positive rispetto alle problematiche e ai bisogni emergenti nei diversi contesti (impoverimento relazionale, bisogno di spazi per giovani e adolescenti, ecc.).

Il grado di conoscenza dei territori, lo sviluppo dei rapporti con le realtà che li abitano, e la facilitazione dei processi con altri enti istituzionali e servizi sono influenzati dalle competenze e dalle esperienze presenti tra il personale dei vari Uffici Reti. A questo proposito, è emersa una certa eterogeneità tra il personale dei diversi Uffici Reti, sia in termini numerici che di competenze e qualifiche. Nel Quartiere Savena, per esempio, è presente una figura “storica” che, nella duplice veste di abitante e lavoratrice del territorio, agevola la costruzione di relazioni con i soggetti che operano nel quartiere, affiancata da una figura tecnica, le cui conoscenze supportano le attività dell’Ufficio relative alla gestione degli spazi pubblici e agli interventi di cura del territorio. Un altro elemento potenzialmente vantaggioso risiede nella presenza, all’interno di diversi Uffici Reti, di una figura con formazione ed esperienza nei servizi sociali ed educativi; ciò appare particolarmente rilevante nel Quartiere Porto-Saragozza, in cui la collaborazione tra Ufficio Reti e SSC si sta strutturando attorno allo sviluppo di un “approccio di comunità” nella rilevazione e presa in carico dei bisogni, attraverso l’attivazione delle risorse del territorio.

In termini generali, è emersa una buona collaborazione tra Uffici Reti e servizi sociali ed educativi territoriali, mentre quella con l’ambito sanitario risulta carente nella maggior parte dei casi. Tra le esperienze maggiormente strutturate relative alla collaborazione tra Ufficio Reti e l’ambito sociale ed educativo sono da segnalare: il **Pool di Comunità**, attivo da diversi anni nel Quartiere San Donato-San Vitale, convocato dal SST e composto da operatori/trici e responsabili di SST, Sest e Ufficio Reti; il gruppo di lavoro multidisciplinare del Quartiere Porto-Saragozza, composto dal personale di SSC, Sest e Ufficio Reti e istituito in seguito alla

riforma del 2016. Non mancano inoltre le occasioni di intersezione con altri enti comunali, in particolar modo la Fondazione per l’Innovazione Urbana, come nel caso dei Laboratori di Quartiere e del Bilancio Partecipativo.

Come accennato precedentemente, con lo scoppio della crisi pandemica molti dispositivi e progettualità di partecipazione comunitaria sono stati sospesi o rimodulati

in termini digitali. Nel corso del biennio 2020-2021, quindi, non è stato sempre possibile rilevare i dati più significativi per questo ambito di ricerca. Di seguito vengono esposte sinteticamente le esperienze principali riferite allo sviluppo del lavoro di/con la comunità emerse nel corso dell’indagine qualitativa nei diversi territori (Tabella 4).

Tabella 4 – Dispositivi del lavoro di comunità a Bologna

<i>Dispositivo</i>	<i>Area di riferimento</i>	<i>Attori coinvolti</i>	<i>Caratteristiche principali</i>	<i>Modalità di interazione del gruppo di ricerca</i>
<u>Laboratori di Quartiere</u>	Città di Bologna	Fondazione Innovazione Urbana, Team di Quartiere ¹² , enti del Terzo Settore, cittadini/e	Avviati in seguito alla riforma del 2016, rappresentano spazi di interazione con i/le cittadini/e e mirano all’attivazione di processi collaborativi di cura dei territori e delle comunità.	A causa della sospensione temporanea e del rallentamento del percorso in relazione alla pandemia di Covid-19, non è stato possibile osservare questo dispositivo.
<u>Bilancio Partecipativo</u>	Città di Bologna	Fondazione Innovazione Urbana, enti del Terzo Settore, cittadini/e	Avviato nel 2017, è definito uno “strumento di democrazia diretta per segnalare, ideare e votare proposte per il proprio quartiere”. Si sviluppa in diverse fasi, a partire dal coinvolgimento dei Laboratori di Quartiere. Ad oggi (giugno 2022) sono	A causa della sospensione temporanea e del rallentamento del percorso in relazione alla pandemia di Covid-19, non è stato possibile osservare questo dispositivo.

¹² Il “Team di quartiere per il coordinamento dei processi di ascolto, coprogettazione, consultazione e comunità” è un gruppo multidisciplinare coordinato operativamente dal Direttore di Quartiere; svolge un ruolo di interfaccia tra i molteplici soggetti coinvolti, sia a livello tecnico che a livello politico, sia interni che esterni all’amministrazione.

			state svolte tre edizioni (2017, 2018, 2019-2020). Due dei sei cantieri relativi ai progetti approvati della prima edizione sono stati conclusi, i restanti sono in corso.	
Patti di Collaborazione	Città di Bologna	Ufficio Cittadinanza Attiva, Uffici Reti, enti del Terzo Settore, cittadini/e	Istituiti con il “Regolamento sulla collaborazione tra cittadini e Amministrazione per la cura e la rigenerazione dei beni comuni urbani” del 2014, sono strumenti di partecipazione che mirano alla rigenerazione degli spazi e al miglioramento della qualità della vita in città.	Approfondimento mediante analisi di documenti programmatici e letteratura.
Tavoli di Progettazione Partecipata	Q.re San Donato-San Vitale	Ufficio Reti, SST, Sest, enti del Terzo Settore	Avviati in modo strutturale nel 2018 in seguito alla riforma del 2016 e coordinati dall’Ufficio Reti, rappresentano dispositivi di creazione e rafforzamento del lavoro di rete in cinque zone del quartiere (cinque tavoli attivi, uno per zona). Le funzioni sono: integrazione delle attività offerte, condivisione dei bisogni rilevati nel	Osservazione e partecipazione agli incontri di due tavoli (Gandusio e San Donato centrale) fino a settembre 2021; supporto al Tavolo Gandusio da settembre 2021-in corso.

			territorio, sviluppo congiunto di progettualità in risposta ai bisogni emersi.	
Tavolo della Solidarietà	Q.re Porto-Saragozza	Ufficio Reti, SSC, Sest, enti del Terzo Settore	Avviato nel 2019 e coordinato in maniera congiunta da Ufficio Reti e SSC, rappresenta un’evoluzione del precedente Tavolo delle parrocchie. L’obiettivo è quello di strutturare un meccanismo di raccordo tra servizi e realtà del Terzo Settore rispetto alla rilevazione dei bisogni e alla pianificazione di progettualità relative alla popolazione anziana e vulnerabile.	Osservazione e partecipazione agli incontri.
Tavolo di Rete	Area Pescarola, Q.re Navile	Ufficio Reti, SST, Sest, équipe Microarea, enti del Terzo Settore ¹³ , cittadini/e	Avviato a inizio 2022 e coordinato dall’Ufficio Reti, mira al rafforzamento del lavoro di rete territoriale in connessione con l’avvio della Microarea di Pescarola.	Osservazione e partecipazione agli incontri.
Tavolo per il contrasto delle disuguaglianze in salute	Area Villaggio della Barca, Q.re Borgo	Ufficio Reti, Sest, SST, CdS, DCP, Dipartimento Welfare	Istituito all’avvio del progetto di ricerca-azione sulle disuguaglianze in salute, per iniziativa	Osservazione e partecipazione agli incontri.

¹³ Data la sua recente costituzione, l’elenco dei/le partecipanti è in corso di definizione.

	Panigale-Reno ¹⁴	Comune, Unibo-CSI	dell’allora Presidente, rappresenta il dispositivo di confronto con/tra i servizi sulle tematiche del progetto e di concertazione delle attività di ricerca.	
Community Lab	Q.re Borgo Panigale-Reno	Ufficio Reti, Sest, EdS, enti del Terzo Settore, realtà aziendali	Promosso dalla Regione nel 2013, questo percorso partecipativo è stato sviluppato dal Quartiere con l’obiettivo di dare risposta al bisogno di attività estive per ragazzi/e attraverso la mobilitazione delle risorse del territorio	A causa della sospensione temporanea del percorso in relazione alla pandemia di Covid-19, non è stato possibile osservare questo dispositivo; sono state svolte interviste a diversi attori che hanno partecipato al progetto.
Co-progettazione degli interventi e delle attività volti alla cura del territorio e della comunità	Area Cavedone, Q.re Savena	Ufficio Reti, enti del Terzo Settore	L’Ente Pubblico costruisce con il Terzo Settore un percorso di condivisione di obiettivi, risorse, di progettazione e gestione degli interventi e di definizione delle forme di monitoraggio e rendicontazione sociale. Si costruisce un progetto collettivo a partire dalle singole proposte avanzate	Osservazione e partecipazione agli incontri previsti per il percorso.

¹⁴ Per il Quartiere Borgo Panigale-Reno durante la ricerca sono stati citati anche il Tavolo delle associazioni e il Tavolo Caritas (coordinati entrambi dal SSC), ma non è stato approfondito il loro funzionamento.

da ciascuna realtà coinvolta.

2.4.4 Criticità e difficoltà nel lavoro di comunità

Lo scarso coinvolgimento di chi abita nei territori

Relativamente al lavoro di comunità sono state riscontrate alcune criticità trasversali alle aree che limitano la promozione della salute in ottica di *empowerment* e partecipazione.

Come già accennato, un primo aspetto riguarda lo **scarso coinvolgimento delle persone che vivono nei territori interessati dalla ricerca, in particolare quelle maggiormente esposte a disuguaglianze e marginalizzazione** (come i/le residenti nei comparti ERP, persone straniere, giovani donne). Un esempio sono i dispositivi sopraccitati, quali i Tavoli di progettazione partecipata, il Tavolo della Solidarietà e il Tavolo di Rete di Pescarola. Ai tavoli generalmente partecipano referenti dei servizi, delle associazioni e di altre realtà del territorio ma sono raramente presenti persone che vivono il territorio, a titolo individuale o in rappresentanza di gruppi formali o informali di abitanti.¹⁵

«Al tavolo ovviamente non ci sono gli abitanti fragili ma le associazioni che non rappresentano i fragili anche se in parte si fanno da portavoce» (Incontro, Ufficio Reti, San Donato-San Vitale, gennaio 2020).

«[Uno dei limiti è il] coinvolgimento dei migranti nei processi partecipativi [...]. Solitamente partecipano italiani, da 60 anni in poi, con qualche famiglia. Non è semplice avere una partecipazione di tutti i soggetti che compongono la comunità del territorio. [...] Ho lavorato con le famiglie migranti dei comparti ACER, sui bisogni delle mamme che non parlavano l’italiano perché non erano abituate a uscire [facendo] progetti su misura per loro, ma non erano progetti veri di partecipazione». (Intervista, Ufficio Reti, Savena, marzo 2022).

Lo scarso coinvolgimento in parte deriva dal fatto che tali **contesti sono pensati e strutturati per soggetti già organizzati in realtà collettive** (associazioni, comitati, ecc.) e che riescono a esprimere bisogni e richieste attraverso canali istituzionalmente riconosciuti. Risulta più complessa la partecipazione di persone e gruppi che hanno minor potere, se si considera che – per effetto delle disuguaglianze stesse e dei processi di marginalizzazione e ghettizzazione – è più difficile per queste persone aggregarsi e creare organismi di rappresentanza collettiva, laddove l’aggregazione ha spesso come principale denominatore comune l’emarginazione stessa. Un caso emblematico in questo senso sono i **Comitati di residenti incontrati durante la ricerca, i quali per la maggior parte sono poco rappresentativi delle**

¹⁵ Al tavolo di Rete Pescarola è invitato il Comitato “Cittadini residenti comparto Agucchi-Zanardi”, che però ad oggi non ha mai partecipato. Inoltre, come si dirà in seguito, il Comitato è poco rappresentativo della popolazione che abita in alloggi ERP. Relativamente all’area di via del Lavoro, in seguito alla richiesta avanzata dall’Ufficio Reti, a giugno 2022 il Comitato di abitanti di Villaggio Gandusio ha iniziato a partecipare agli incontri del Tavolo di Progettazione Partecipata Gandusio.

persone che vivono condizioni di maggiore svantaggio.¹⁶ Ad esempio, il Comitato “Cittadini residenti comparto Agucchi-Zanardi” presente nell’area di Pescarola è composto quasi esclusivamente da persone proprietarie e di origini italiane, mentre non partecipano residenti assegnatari ACER e persone di origine straniera, sebbene siano ampiamente presenti nel comparto.

La scarsa rappresentatività di persone in condizioni di svantaggio ritorna anche in altri dispositivi esistenti, come i Patti di collaborazione. Una ricerca sui Patti effettuati a Bologna tra il 2014 e il 2016 ha mostrato che i referenti dei Patti sono in prevalenza uomini (62%) che provengono dal mondo associativo e che sono nati quasi esclusivamente in Italia (95%). Inoltre, circa il 60% non risiede nel quartiere oggetto del patto, fattore che potrebbe segnalare che il patto viene utilizzato come occasione professionale, non solo per migliorare la qualità del quartiere in cui si vive (Iaione et al., 2020).

La difficoltà di raggiungere le persone residenti, soprattutto chi fa parte di fasce della popolazione strutturalmente esposte a processi di marginalizzazione, è stata riscontrata anche rispetto alle attività proposte da associazioni e altre realtà del territorio (polisportive, parrocchie, circoli Arci, ecc). **Nei territori considerati, le attività proposte spesso ricevono poche iscrizioni da parte di persone residenti nelle case ERP.** Alla Barca, ad esempio, la scuola calcio presente all’interno del Centro Sportivo, storicamente presente sul territorio, riporta di avere tra gli iscritti pochissimi ragazzi migranti di seconda generazione, che sono però consistentemente presenti nell’area del Treno.

¹⁶ Si fa qui riferimento ai Comitati di abitanti nati spontaneamente e dal basso. Diverso è il caso di Comitati promossi dalle istituzioni, come ad esempio il Comitato di abitanti Villaggio Gandusio, nato in

Le ragioni dello scarso coinvolgimento sono complesse e possono toccare simultaneamente diversi piani. Innanzitutto sussistono barriere di tipo economico: per persone e famiglie con bassissimo reddito anche un piccolo contributo può essere un aspetto che disincentiva la partecipazione. Per far fronte a questo limite, l’Ufficio Reti di Borgo Panigale-Reno, in collaborazione con SST e Sest ha sviluppato il **progetto “Gratuità”**, volto all’inserimento di minori (attualmente circa 200) in attività sportive e culturali con quota gratuita o ridotta.

Un altro limite deriva dal fatto che le attività proposte possono non rispondere ai bisogni/desideri considerati prioritari dalla popolazione che si vorrebbe raggiungere. Infine, anche quando le attività sono gratuite e calibrate sui bisogni, possono sussistere **barriere di tipo sociale e culturale** in senso ampio, legate per esempio al fatto di percepire spazi e attività come distanti da sé e dal proprio contesto sociale e relazionale.

«Invece è difficilissimo, è complessissimo e non so dire poi nel pratico come, ma ci vorrebbe un intervento pre, uno step pre, da dire: “Co-progettiamo insieme, partiamo da voi, cosa volete fare?” Non ti calo dall’alto ‘ste due cose, decidi tu a quali iscriverti, perché già quello un po’ potrebbe creare delle resistenze, no? E allora c’è qualcuno che se la vive come: “Oh, bello, queste sono le offerte per i miei ragazzi”, e qualcuno che non se la vive così [...] e se la vive come: “sono le offerte per i ragazzi di quei palazzi più in là, non per i miei figli”. E allora si creano resistenze.» (Intervista, peer educator Community Lab, Borgo Panigale-Reno, maggio 2021).

continuità con il progetto di riqualificazione urbana e sociale diretto dal Comune di Bologna e ACER all’interno dei civici ERP di via Gandusio, in seguito allo sgombero avvenuto nel 2017.

In questo senso diversi attori, trasversalmente ai territori indagati, condividono l’idea che la sola comunicazione delle iniziative (tramite volantini o social) non sia sufficiente a coinvolgere le persone, e che sia **necessario lavorare per la costruzione di relazioni significative e autentiche tra i diversi soggetti coinvolti** (chi opera e chi abita sul territorio).

La relazione aiuta a superare barriere di tipo materiale (ad esempio la lingua) e simbolico (come la diffidenza), creando senso di comunità e di appartenenza al territorio. A Pescarola è emerso come il passaparola, a partire da relazioni di fiducia costruite nel tempo tra associazioni e abitanti, sia lo strumento più efficace per coinvolgere le persone. Costruire relazioni è fondamentale anche per arrivare a persone che vivono condizioni di solitudine e isolamento (ad esempio, persone che per diverse ragioni fanno fatica a uscire di casa). In questi casi può essere **utile attivare anche forme di accompagnamento alle attività**, almeno per un primo periodo.

Il valore della costruzione di relazioni vale anche per le fasi di progettazione delle attività e degli interventi che coinvolgono perlopiù enti del terzo settore. A Savena è emerso come la messa in rete all’interno del processo di co-progettazione è efficace se e quando si instaurano buone relazioni individuali tra i/le partecipanti, che possono proseguire al di fuori del percorso.

Rispetto a tali situazioni, i servizi e le figure di prossimità in senso proattivo di cui abbiamo parlato nella sezione precedente (quali Microaree, agenti di salute, ecc.) possono rappresentare lo strumento più efficace per attivare forme di partecipazione ai processi del territorio, creando anche le condizioni per la co-ideazione di iniziative che vengono percepite come sensate agli occhi di chi poi viene invitato a prendervi parte.

Bisogno di spazi

La questione degli spazi è un secondo aspetto emerso in maniera diffusa nei territori di ricerca. In particolare **da più voci è stata riportata l’esigenza di spazi di aggregazione a libero accesso**, che possano essere facilmente utilizzati dalla popolazione residente, e le cui funzioni e fruibilità non siano rigidamente definite (ad esempio con ampie fasce orarie di apertura, senza bisogno di iscrizione). Gli spazi fisici sono fondamentali per favorire dinamiche partecipative. Nella gestione pratica di un luogo c’è maggiore possibilità di mettersi in gioco in una molteplicità di azioni, favorendo l’inclusione e valorizzando le capacità specifiche di ogni persona.

Molti spazi pubblici presenti nei territori considerati sono assegnati alle associazioni o ad altre realtà organizzate, che li aprono alla cittadinanza in occasione dello svolgimento di attività specifiche. A Pescarola è emersa la difficoltà per diverse famiglie residenti nel comparto ACER di trovare uno spazio per fare le feste di compleanno di bambini/e, se non pagando una cifra che non potevano sostenere. A Villaggio della Barca, molteplici operatori/trici e responsabili di servizi e associazioni hanno espresso la necessità di spazi aperti e di aggregazione per i/le giovani:

«[Servono] posti, posti liberi dove uno può andare, pitturare come cavolo vuole. [...] Dove però non c’è sempre qualcuno che ti propone qualcosa, ma dove ci sono magari degli stimoli, mi vien da dire, dove uno può stare, stare con gli altri, può fare cose che vuole lui, nei tempi che vuole lui, questo potrebbe essere interessante.» (Intervista, Direzione Centro Sportivo Barca, aprile 2021)

«Loro [i/le giovani] avrebbero bisogno di spazio aggregativo polifunzionale, un posto loro dove c’è aula musica, aula non so... aperto, ingresso libero, dove poter trovare tutti gli strumenti di cui abbiano bisogno» (Intervista, APE Onlus, marzo 2021).

Tale esigenza era già emersa come questione centrale per i/le giovani in una ricerca sociologica svolta alla Barca negli anni Ottanta (Quaglia, 1982b).

Tendenze organizzative e risorse del lavoro di comunità

Un ulteriore aspetto di difficoltà condiviso da diversi attori dei servizi e delle associazioni riguarda la logica progettuale attraverso cui si struttura gran parte del lavoro di comunità. Un approccio basato su bandi e progetti a scadenza risulta limitante e poco efficace per sostenere dinamiche partecipative (Nicoli et al., 2021). In chiave di promozione della salute, è fondamentale lavorare su **processi più a lungo termine che mirano a un coinvolgimento strutturale della popolazione e di tutte le realtà del territorio**. In questa direzione due casi interessanti sono quello del **Community Lab di Borgo-**

Panigale Reno (Box 17) e quello della **co-progettazione a Savena (Box 18)**.

Inoltre, nei dispositivi di partecipazione indagati, **le questioni che vengono poste a oggetto di confronto e intervento appaiono spesso piuttosto marginali** rispetto alla natura dei problemi che impattano in maniera più significativa sulla salute della popolazione. I diversi Comitati di residenti presenti nella zona Imerio riportano, ad esempio, che, attraverso il loro coinvolgimento nel Bilancio Partecipativo e in altri contesti istituzionali, riescono a influire prevalentemente su piccole operazioni di riqualificazione e pulizia delle strade ma hanno la percezione che un cambiamento a livello strutturale sul senso di degrado percepito sia difficile da realizzare con questi mezzi.

Infine, **le risorse economiche messe a disposizione dei territori per incentivare la partecipazione e il lavoro di comunità sono esigue** e insufficienti a sostenere i processi e pagare le attività proposte. Un esempio su questo aspetto riguarda la somma stanziata per il Bilancio Partecipativo (due milioni di euro totali, 300.000 euro per quartiere) che, nonostante sia aumentata nel corso delle tre edizioni, rappresenta lo 0,20% del bilancio comunale. A Porto Alegre in Brasile, dove nasce questa esperienza, la percentuale del bilancio messa a disposizione è del 25% (Boarelli, 2021).

Approfondimenti utili alla lettura

BOX 17 – IL COMMUNITY LAB A BORGOPANIGALE-RENO

Il Community Lab (CL) è un dispositivo per l’innovazione delle politiche pubbliche sviluppato dalla Regione Emilia-Romagna. Nel 2012/2013 la Regione avvia un percorso nel quale vengono coinvolti venti territori per sperimentare **come fare programmazione locale con il coinvolgimento e la partecipazione delle comunità di riferimento** (Nicoli et al., 2017). Tra i territori candidati dal Comune di Bologna vi sono i quartieri Borgo Panigale e Reno (a suo tempo due quartieri distinti) che decidono di **focalizzare la sperimentazione su giovani adolescenti**. Si costituisce una cabina

di regia tra i Presidenti dei Quartieri coinvolti, l'Ufficio di piano e il Distretto AUSL Città di Bologna. Si costituiscono anche tre cabine di regia ristrette per ciascun quartiere (Presidente di Quartiere, un facilitatore, responsabili o rappresentanti del Servizio Sociale e/o Educativo, operatori sociali referenti per il progetto e Ufficio di Piano). In particolare a Reno ci si concentra sull'organizzazione di un'**offerta estiva gratuita** per giovani tra i 6 e i 18 anni e nell'estate del 2014 viene lanciata l'iniziativa “Una barca piena di... cose da ragazzi”. A Borgo Panigale il focus è sui **conflitti intergenerazionali** sui quali intervenire sempre attraverso attività estive per giovani. La cabina di regia contatta quindi per tali attività una decina di associazioni e di realtà del territorio, mobilitando le risorse già presenti nel quartiere.

A conclusione del percorso di co-progettazione con la Regione, il Community Lab prosegue con il coordinamento dell'Ufficio Reti, trasformandosi in qualcosa di differente ma mantenendo il nome per questioni di riconoscibilità.

Negli anni successivi il progetto cresce esponenzialmente fino a coinvolgere tantissime organizzazioni presenti nei due quartieri (polisportive, parrocchie, associazioni di volontariato, centri sociali e scuole, imprese) e a triplicare il numero delle iscrizioni (più di 400 iscritti).

Lo scoppio della pandemia ha impedito la realizzazione delle attività nel 2020 e 2021, quindi per il gruppo di ricerca non è stato possibile partecipare direttamente alle attività. Nonostante ciò, **da diversi attori sul territorio (Ufficio Reti, servizi educativi e associazioni) è stata posta l'attenzione sul CL come processo significativo in chiave di partecipazione e lavoro di comunità.**

In particolare sono stati riportati i seguenti aspetti:

- **Bisogni emersi dal territorio:** il progetto, seppur promosso “dall’alto”, non pre-definisce dei bisogni ma parte da questioni rilevate da attori radicati sul territorio, in particolare in questo caso Sest ed Educativa di Strada.
- **Definizione di una figura di facilitazione:** viene identificata una persona della pubblica amministrazione che funga da ponte con le associazioni del territorio. È considerato elemento chiave che tale figura sia percepita come “interna” al territorio, e che sia in grado di gestire i conflitti e mediare con la pubblica amministrazione.
- **Cura del processo e co-progettazione:** la forza del CL risiede nel fatto che ogni passo è stato studiato e fatto insieme alle realtà del territorio, che “lo vedono come un figlio” (Ufficio Reti Borgo Panigale-Reno, 9 settembre 2021), senza una preponderanza decisionale della pubblica amministrazione. Determinante è stato anche il coinvolgimento attivo delle scuole, andando in loco a presentare il progetto.
- **Riconoscimento e reciprocità:** le associazioni, le polisportive e le altre realtà coinvolte hanno messo a disposizione attività e risorse a titolo gratuito, ma in cambio hanno visto aumentare la propria visibilità e le iscrizioni dopo l'estate.
- **Ragazzi/e protagonisti/e:** grazie alla collaborazione con l'Educativa di Strada sono stati coinvolti giovani ex frequentatori/rici del servizio in qualità di *peer educator* per la conduzione di laboratori di rap, writing, ecc.
- **Riflessività:** tra gli attori coinvolti è stato riconosciuto e condiviso che il CL non sia riuscito ad agganciare la fascia 12-18, per la quale in particolare era nato, e i/le ragazzi/e maggiormente esposti a marginalizzazione. Dalle valutazioni fatte con i/le *peer educators* e le famiglie è emerso che il formato proposto (laboratori) non sia adatto ai bisogni di quell'età e classe sociale. Ciò ha attivato un processo riflessivo interno con l'idea di ripensare le attività in maniera diversa (attività meno strutturate e ad accesso libero).

Approfondimenti utili alla lettura

BOX 18 – IL PERCORSO DI CO-PROGETTAZIONE A SAVENA

La co-progettazione è un dispositivo che si differenzia da altre forme di affidamento perché permette di integrare competenze, interventi e conoscenze della pubblica amministrazione con quelle del capitale sociale dei soggetti del terzo settore e della cittadinanza attiva, utili al fine di costruire interventi e iniziative negli ambiti di attività di interesse generale.

Questo strumento da 4 anni viene messo in pratica nel percorso di “Co-progettazione degli interventi e delle attività volti alla cura del territorio e della comunità” del Quartiere Savena, le cui attività sono coordinate dall’Ufficio Reti. Nella sua attuale declinazione savenese, la co-progettazione si caratterizza per la **condivisione degli obiettivi**, la **collaborazione nella progettazione e gestione degli interventi**, il **concorso di risorse** e la **definizione condivisa delle forme di monitoraggio e rendicontazione sociale**.

Così come viene definita anche nella proposta DG/PRO/2021/43, il percorso, a partire da una manifestazione di interesse a cui possono partecipare diversi attori (enti del terzo settore, soggetti di cittadinanza attiva, Onlus, parrocchie, comitati, gestori di impianti sportivi, gruppi spontanei), prevede tre fasi:

1. Una prima fase di condivisione del contesto e della metodologia, volta a ingenerare un rapporto fiduciario tra i diversi attori coinvolti;
2. Una fase creativa e generativa, nella quale, tramite Tavoli tematici facilitati da operatrici e operatori del Quartiere, vengono armonizzate le competenze, gli interventi e le conoscenze tra i diversi attori coinvolti, per arrivare a definire una strategia e delle azioni condivise;
3. Una fase di realizzazione, in cui si giunge a degli accordi organizzativi orientati alla corresponsabilità e alla sinergia nell’attuazione del progetto. I risultati della co-progettazione si sostanziano poi in forma di convenzione o di patto di collaborazione.

Uno degli aspetti più innovativi di questo dispositivo è che, sin dalle prime fasi del percorso, si propone di **scardinare le logiche competitive** che possono ingenerarsi tra le realtà del territorio: durante il percorso l’obiettivo infatti è quello di evitare sovrapposizioni tra le proposte pervenute e armonizzarle per giungere a un piano di interventi ed azioni condivisi; inoltre, l’Ufficio Reti si adopera affinché la stessa partecipazione al percorso sia trasformativa per le persone coinvolte e possa così porre le basi per un **cambiamento di tipo culturale** rispetto alle metodologie e agli approcci per il lavoro di comunità.

Nel corso della ricerca l’importanza della co-progettazione è emersa come ampiamente riconosciuta da tutte le persone che vi hanno preso parte, in primis per il riconoscimento degli sforzi da parte del Quartiere e degli effetti prodotti da tali sforzi in termini di **messa in relazione** tra vari attori. Le attività di coordinamento e facilitazione svolte dal Quartiere sono infatti accolte molto positivamente dagli attori: tra queste, viene molto apprezzata la **permeabilità del dispositivo**, che ha permesso la modellazione dei percorsi attraverso i feedback delle persone partecipanti, sia durante le diverse fasi della co-progettazione sia nel corso degli anni.

Sebbene uno dei limiti risieda nel fatto che le attività sono co-progettate per sole due annualità, alcune delle **relazioni costruite o rafforzate all’interno del percorso spesso proseguono al di fuori della co-progettazione**. Tuttavia, dal punto di vista di alcune associazioni, le azioni e gli interventi che vengono co-progettati, a fronte anche dell’impegno profuso per la partecipazione agli incontri previsti dal percorso, **talvolta non riescono a includere soddisfacentemente le esigenze**

delle persone partecipanti, soprattutto perché le risorse economiche complessive a disposizione appaiono esigue o insufficienti per realizzare le proposte come erano state inizialmente concepite.

L’Ufficio Reti ritiene che una delle maggiori difficoltà della co-progettazione sia quella di coinvolgere nel percorso anche soggetti più marginalizzati e non ancora “attivati”: in questo senso, per ampliare quanto più possibile la partecipazione e in ottica di maggiore equità, già a partire dalla manifestazione di interesse propone che gli interventi proposti vengano realizzati in alcune delle zone più fragili del Quartiere. Tuttavia, questo principio non è universalmente riconosciuto e adottato tra le persone che prendono parte al percorso.

Inoltre la messa in rete all’interno del processo di co-progettazione sembra efficace se e quando si instaurano buone relazioni individuali tra i/le partecipanti. In questo senso, i tavoli di co-progettazione risultano un terreno di confronto estremamente proficuo per la messa in rete, ma sconta i limiti derivanti dal fatto di rappresentare l’unico spazio al momento disponibile.

3. Promuovere salute ed equità: le sperimentazioni in corso

If you have come to help me, you are wasting your time, but if you have come because your liberation is bound to mine, then let us work together.

Lila Watso, Aboriginal woman leader, in Loewenson et al., 2014

Questo capitolo illustra il processo e il metodo della terza fase dello studio, che risponde al terzo obiettivo di progetto: “**Individuare, di concerto con chi ha ruoli decisionali e la popolazione, proposte di politiche e interventi di contrasto alle disuguaglianze e promozione dell’equità**”. Fin dalla sua genesi, tale fase era stata concordata nei termini di una **sperimentazione di azioni di promozione dell’equità in salute** radicate nei risultati dello studio e concertate con i servizi territoriali e chi ha ruoli decisionali a livello politico. Nel corso del 2022, tali azioni – tutt’ora in corso – si sono avviate in **tre delle sei aree coinvolte** nella seconda fase progettuale (rispettivamente nei Quartieri Borgo Panigale-Reno, Navile e San Donato-San Vitale).

Le progettualità di sperimentazione individuate nelle aree, che **ben si collocano nel quadro del PNRR** in riferimento alla valorizzazione del territorio e al rafforzamento delle reti di prossimità, sono nate dalla **relazione fra il gruppo di ricerca e gli operatori e le operatrici dei diversi servizi con cui ci si è interfacciati** nel corso del progetto. Essendo il frutto di specifiche sinergie attivate sul territorio, non si tratta di azioni standardizzate, ma piuttosto dell’**esito di un processo di co-costruzione partecipata con gli attori** che, nei diversi contesti, sono emersi come sensibili e ricettivi a sperimentare pratiche innovative di promozione della salute. Data la loro genesi organica al lavoro di ricerca-azione e alla natura fortemente contestuale, non vi è stato un passaggio netto tra la seconda e la terza fase progettuale, piuttosto le azioni di fase 3 si sono inserite su alcune delle linee tracciate nelle fasi precedenti, con conseguenti inizi temporalmente differenziati tra le aree.

Nei paragrafi che seguono, illustreremo il rationale e il metodo di costruzione delle sperimentazioni, formulando alcune

considerazioni basate sull’esperienza fin qui condotta. Descriveremo poi le azioni in corso nelle tre aree.

3.1 Considerazioni sulla Carta di Ottawa alla luce della ricerca-azione

A caratterizzare questa terza fase di progetto, a livello teorico-pratico, è lo slittamento **dall'impostazione centrata sulla prevenzione e l'educazione sanitaria verso la promozione della salute**. La promozione della salute, come abbiamo visto, implica iniziative volte a **mettere le persone in condizioni di esercitare un controllo sulla propria vita** e di condurla alla luce di ciò che gli dà senso. Per questo abbiamo proposto di considerare la salute nei termini di un **costrutto culturale** (dipende da ciò che dà valore alla vita per ognuno di noi) da **generare socialmente** (agendo sulle relazioni di cui i soggetti partecipano nei loro contesti di vita).

Ruolo centrale nell’attivazione di processi di promozione della salute è pertanto **la dimensione partecipativa degli attori sociali**, intesi come **protagonisti stessi del cambiamento**, attraverso la creazione di

forme di relazionalità grazie alle quali poter esercitare la propria capacità d’azione, spesso limitata dalle disuguaglianze e dall’isolamento in cui sono catturati. **Approcci incentrati sulla prevenzione e sull’educazione, sebbene di fondamentale importanza, spesso emergono come inefficaci in contesti segnati da disuguaglianze socio-economiche**: infatti, facendo leva sul comportamento individuale, non riescono a tenere in debita considerazione le modalità attraverso cui le persone possono aumentare il proprio livello di capacitazione nel definire i propri comportamenti.

In questa chiave abbiamo **ripensato le raccomandazioni contenute nella Carta di Ottawa, dando ad esse un carattere innovativo** alla luce dell’esperienza maturata a livello nazionale e internazionale dalla sua pubblicazione nel 1986 ad oggi. Tale documento rappresenta un punto di riferimento cardine nel lavoro di promozione della salute, in cui troviamo sistematizzate indicazioni strategiche quanto mai attuali (Box 19) e che ci aiutano a meglio comprendere quanto ci sia ancora da fare nel chiudere il **divario tra conoscenza e azione (know/do gap)** nello sviluppo di politiche a supporto della salute.

Approfondimenti utili alla lettura

BOX 19 – LE STRATEGIE PREVISTE DALLA CARTA DI OTTAWA

La Carta di Ottawa per la Promozione della Salute (WHO, 1986) prevede cinque ambiti di azione (o “attività strategiche”) e tre “attività essenziali” (Fig. 21).

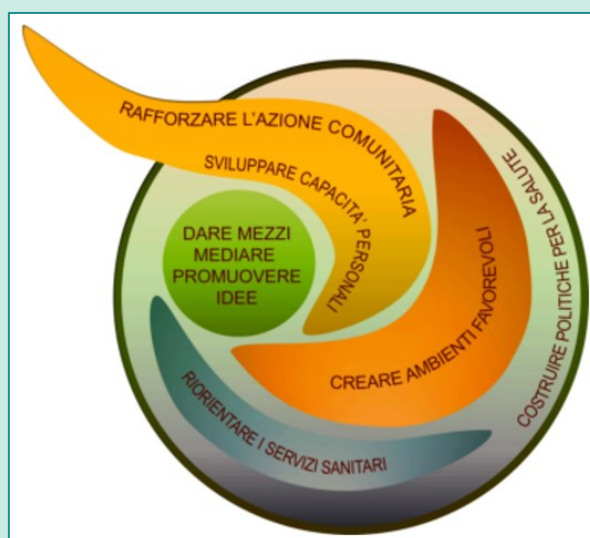


Figura 21 – Attività strategiche ed essenziali proposte dalla Carta di Ottawa.

Ambiti di azione:

1. **Costruire politiche pubbliche per la salute:** Porre la salute all’ordine del giorno dei livelli decisionali di ogni settore, portandoli ad essere consapevoli delle conseguenze che hanno le loro decisioni sulla salute e ad accettarne le responsabilità.
2. **Riorientare i servizi sanitari:** Stabilire connessioni tra il settore sanitario e le più ampie componenti sociali, politiche ed economiche, al fine di modificare l’atteggiamento e l’organizzazione dei servizi sanitari, che dovrebbero centrare la loro attenzione sui bisogni complessivi dell’individuo visto nella sua globalità.
3. **Creare ambienti favorevoli:** Fare in modo che, negli ambienti in cui le persone vivono, le scelte più facili siano quelle per loro salutari. Gli inestricabili legami che esistono tra le persone e il loro ambiente costituiscono la base per un approccio socio-ecologico alla salute. Il principio guida a livello globale, e allo stesso modo per le nazioni, le regioni e le comunità, è la necessità di incoraggiare il sostegno e la tutela reciproci: prendersi cura gli uni degli altri, delle nostre comunità e del nostro ambiente naturale.
4. **Rafforzare l’azione della comunità:** Lavorare concretamente con le comunità per definire le priorità, assumere le decisioni, pianificare e realizzare le strategie che consentono di raggiungere un migliore livello di salute. Lo sviluppo delle comunità deve attingere alle risorse umane e materiali esistenti al loro interno ai fini dell’acquisizione di un maggior potere.
5. **Sviluppare le capacità personali:** Sostenere lo sviluppo individuale fornendo l’informazione e migliorando le abilità utili alla vita quotidiana. Ciò deve essere reso possibile a scuola, in famiglia, nei luoghi di lavoro e in tutti gli ambienti organizzati della comunità.

Attività essenziali:

- A. **Sostenere la causa della salute** (*advocate*): Azione di sostegno alle popolazioni perché riescano ad affermare il loro diritto alla salute. Sostenere la causa della salute per creare quelle condizioni (di ordine politico, economico, sociale, culturale, ambientale, comportamentale e biologico) essenziali per la salute.
- B. **Mettere in grado** (*enable*): Mettere in grado le persone e le comunità di utilizzare al meglio mezzi materiali, conoscenze e capacità a loro disposizione per controllare e migliorare la propria salute. La promozione della salute focalizza l'attenzione sul raggiungimento dell'equità in tema di salute. Per mettere in grado tutte le persone di raggiungere a pieno il loro potenziale di salute, l'azione della promozione della salute è volta a ridurre le differenze nello stato di salute attuale e ad assicurare pari opportunità e risorse. Tutto ciò comprende solide basi su un ambiente favorevole, sulla disponibilità di informazioni, su abilità personali e su opportunità che consentano di fare scelte sane. Le persone non possono raggiungere il loro pieno potenziale di salute se non sono capaci di controllare quei fattori che determinano la loro salute.
- C. **Mediare** (*mediate*): Mediare tra i diversi interessi della società, al fine di perseguire la salute. Sviluppare un'azione coordinata tra vari soggetti coinvolti: governi, settore sanitario e altri settori sociali ed economici, organizzazioni non governative, autorità locali, industria e mezzi di comunicazione, eccetera.

La Carta di Ottawa propone una definizione della salute come strutturalmente integrata nelle relazioni che legano le persone ai contesti di vita, creando così uno spazio concettuale per la programmazione di azioni capaci di intervenire sui **determinanti sociali della salute**. La ricerca-azione “L’equità nel diritto alla salute: il contrasto alle disuguaglianze nella città di Bologna” recupera la Carta di Ottawa nel pensare la salute: **sia come risorsa per la vita quotidiana, sia come esito delle condizioni in cui la vita quotidiana si realizza**, con il conseguente invito a immaginare la sua promozione attraverso **azioni sistematiche e continue nel tempo**, in opposizione a una declinazione di breve periodo delle politiche.

Parimenti, **capacitazione ed equità** sono assi centrali della Carta del 1986 che il progetto ha sviluppato alla luce del dibattito più recente, partito dalla pubblicazione nel 2008 del Report della Commissione sui Determinanti Sociali della Salute dell’OMS,

con il suo richiamo a **immaginare la salute in tutte le politiche**, secondo un approccio intersettoriale che affonda le sue radici nel dibattito nato a seguito della conferenza di **Alma-Ata del 1978** a fondamento delle strategie di una **Comprehensive Primary Health Care**, mai pienamente realizzata (WHO, 2008).

Gli elementi innovativi che il presente progetto ha introdotto sono, tuttavia, sostanziali. Il primo nasce da una problematizzazione ulteriore del concetto di salute come un costrutto culturale che impone una declinazione ulteriore del concetto di partecipazione. Se quest’ultima viene presentata nella Carta di Ottawa come un meccanismo per coinvolgere le comunità nei processi decisionali che le riguardano, nella ricerca-azione la **partecipazione** viene prima di tutto declinata nei termini del **favorire il coinvolgimento attivo delle persone nella definizione stessa del loro miglior interesse e dei loro bisogni, attraverso figure e servizi che declinino la**

prossimità in termini di relazionalità e non di erogazione di prestazioni. Il passaggio non è privo di ulteriori implicazioni. Se la promozione della salute si realizza nella possibilità di guadagnare il controllo sulla propria vita per poterla condurre alla luce di ciò che gli dà valore, allora essa **non può essere erogata, ma ha da essere prodotta attraverso il processo dell’esperienza** nel mondo socialmente informato.

Un ulteriore livello di problematizzazione riguarda il concetto di **comunità come emergente da pratiche simboliche di produzione di un senso di appartenenza**, proprio attraverso la partecipazione. Da queste considerazioni, è il concetto stesso di **capacitazione** che viene ad essere ridefinito in ottica relazionale: non già, quindi, come la capacità individuale di agire, quanto piuttosto nei termini della **possibilità di contare su una rete di relazioni** capaci di sostenere in modo significativo l’azione del singolo.

3.2 Diretrici dell’azione nei territori: integrazione, prossimità, partecipazione

Nei territori, la ricerca-azione ha contribuito principalmente a **capacitare i servizi nel creare relazioni fra loro e nell’ideare iniziative volte a orientare il lavoro di operatrici e operatori verso la promozione della salute.**

La fase qualitativa della ricerca ha confermato quanto **il contesto cittadino sia particolarmente attrezzato in tal senso.** Da un lato, la sua **solidità istituzionale**, dall’altro, la **robustezza della sua infrastruttura sociale**, confermano i frutti del lavoro svolto dal Comune di Bologna in questi anni. Tuttavia, come illustrato precedentemente, nonostante il sistema di welfare di Bologna si contraddistingua già per una capillare presenza di **servizi di prossimità**, che raggiungono diffusamente la popolazione del territorio urbano, emerge la necessità di rafforzare **interventi inclusivi di promozione della salute** guidati da un principio di **equità**, fondati su un **monitoraggio processuale dei bisogni** e su una **maggiore collaborazione e sinergia tra i servizi**, e tra questi e il terzo settore.

Quello della (mancata) integrazione *fra* ed *entro* i servizi rappresenta, infatti, un ambito in cui si riscontrano diverse criticità. Come già segnalato nell’introduzione, **se la malattia trova una sua risposta nei presidi sanitari, la salute trova la sua promozione nell’azione su condizioni e relazioni sociali di vita delle persone.** Il terreno più prossimo in cui queste dimensioni si incontrano è il territorio, ed è a tale livello che occorre mettere a sistema un’**infrastruttura capace di garantire le possibili integrazioni.** La cornice concettuale più adatta per sostanziare tale sinergia è la salute. A tale fine, occorre però un’operazione di

ripensamento culturale della sua definizione, come abbiamo visto.

Il lavoro di ricerca-azione condotto durante la fase 2 del progetto si è configurato come un percorso volto a mettere operatrici e operatori in condizione di generare un processo di autoriflessività circa i propri bisogni, con l’intento di generare possibili trasformazioni del proprio operato. Di conseguenza, uno degli esiti più significativi del progetto sta proprio nell’**aver accompagnato i partner della ricerca in un processo di ripensamento del concetto stesso di salute**, grazie al quale poter immaginare possibili sperimentazioni innovative sul fronte della sua promozione. Sappiamo molto bene quanto i percorsi di formazione, non solo in ambito medico-sanitario, siano principalmente centrati sulla patologia e sul suo trattamento, portandoci spesso a **pensare la salute come assenza di malattia**. Il rischio di questo orientamento concettuale è quello di arrivare a concepire la promozione della salute come coincidente con le azioni di contrasto delle malattie. Va da sé che il trattamento della malattia (come del resto la sua prevenzione) faccia parte della promozione della salute, ma non ne esaurisce il campo. **Promuovere la salute implica innanzitutto comprendere i meccanismi sociali della sua generazione e della sua mancanza, immaginando servizi capaci di comprendere, e intervenire su, tali dinamiche.**

Se la salute non coincide con l’assenza di malattia, ma ha a che fare con la capacità di condurre la propria vita alla luce di ciò che le dà valore, dobbiamo **pensare a servizi dotati di dispositivi capaci di accedere alla prospettiva degli attori sociali in merito al loro miglior interesse**. In questo senso, la funzione dei servizi territoriali non può essere ridotta alla erogazione di prestazioni sulla base della definizione di bisogni che i diretti interessati non hanno contribuito a definire. A tal fine i **servizi territoriali**

dovrebbero vedere potenziata la loro dimensione proattiva, d’iniziativa, ed essere capaci di **intercettare i bisogni e di favorire la partecipazione** delle persone nella definizione degli stessi. Come illustrato nel secondo capitolo, infatti, le persone tendono a definire i loro bisogni a partire dalla risposta che immaginano per loro disponibile da parte delle istituzioni, con il rischio di lasciare silenti esigenze non precedentemente considerate. La declinazione relazionale del principio di prossimità mira invece a favorire la partecipazione delle persone nella co-costruzione del loro miglior interesse.

Integrazione, prossimità e partecipazione sono emersi nel lavoro partecipativo con operatrici e operatori come gli assi attraverso cui dare operatività ai principi della Carta di Ottawa. Come più volte ribadito, la metodologia della ricerca-azione ha l’obiettivo di mettere gli attori coinvolti in condizione di generare un potenziale di azione trasformativa che abbia per loro un senso. Chiudendo il divario fra teoria e pratica, i team di progetto hanno applicato al livello di operatori e operatrici (come del resto a quello di chi ha ruoli decisionali nelle politiche e ruoli organizzativi nei servizi) gli stessi principi che guidano le strategie di promozione della salute, alla cui luce i significati non sono un qualcosa che le persone “hanno” e “comunicano”, ma qualcosa che va fatto praticamente. Detto altrimenti: non è la comunicazione delle informazioni, ma la **produzione del significato** il terreno vissuto dell’apprendimento: avere creato contesti e occasioni di partecipazione attraverso cui operatori e operatrici hanno **sperimentato un diverso modo di immaginare il proprio ruolo** ha creato le condizioni per un riorientamento concettuale cruciale in merito al concetto stesso di salute.

Il territorio è dunque emerso come il contesto in cui possiamo sia intercettare i

bisogni e i loro determinanti, sia le risorse e le relazioni disponibili alle persone per la loro **capacitazione** attraverso i tre assi dell’integrazione, della prossimità e della partecipazione. Tali assi **vanno pensati come parte di una spirale**, in cui ogni elemento funziona se rimanda all’altro. Come emerso nelle precedenti sezioni di questo report, per poter riorientare l’azione dei servizi in tal senso è necessario saper leggere le dimensioni sociali incorporate nell’esperienza individuale al fine di mettere in campo risposte capaci di rapportarsi ad esse.

Mettere al centro dell’azione dei servizi territoriali il concetto di salute ci aiuta a comprendere quanto la sua promozione sia ancor più necessaria e praticabile nei **contesti di malattia e sofferenza**. Il paradigma che fa da cornice al concetto di salute non è infatti la terapia, ma la cura. Se la terapia trova la sua efficacia nell’esito di guarigione, la cura punta alla capacitazione, anche nel caso (e, forse, soprattutto) di inguaribilità delle persone. Non solo la salute, ma anche la malattia deve poter essere apprezzata oltre la sua sola definizione medico-sanitaria: **la malattia non è solamente patologia, è anche esperienza**, e come tale è socialmente informata; i bisogni che genera non dipendono solo dall’alterazione anatomico-fisiologica che la caratterizza, ma anche dall’esperienza che se ne ha, dal suo impatto sulla vita, che è sempre implicata in circostanze sociali altamente differenziate. La **prossimità** allora rappresenta la **cornice per pensare un lavoro di relazione, capace di mettere le persone in condizione di partecipare nell’esplorare ciò che ne qualifica l’esistenza**, fornendo così ai servizi preziose indicazioni per orientare l’azione di cura in modo integrato.

È dunque intorno ai tre assi (ripensati nei termini qui proposti) dell’integrazione, della prossimità e della partecipazione che hanno

preso corpo le sperimentazioni della terza fase del progetto di ricerca-azione, grazie a quanto concettualmente co-prodotto nella fase qualitativa.

3.3 La ricerca-azione nelle aree

Nei paragrafi che seguono illustreremo, in sintesi, il metodo e le azioni principali che si sono sviluppate ad oggi nelle aree, riportando in forma grafica le relazioni con l’impianto strategico della promozione della salute. Trattandosi di un lavoro in atto, non è possibile in questa sede rendicontare i risultati ma solo illustrare il processo.

3.3.1 Il metodo

Come ampiamente illustrato, il progetto è orientato al paradigma della ricerca-azione, in base al quale le informazioni raccolte sul campo sono inserite in un **ciclo continuativo di riflessione e azione** teso alla trasformazione dei saperi, delle pratiche e dei contesti in cui si sviluppa. Il medesimo approccio ha guidato la costruzione della fase 3 nelle aree, a partire dal bagaglio di informazioni e di relazioni costruito nelle due fasi precedenti.

Il lavoro dei gruppi di ricerca è consistito nel garantire un **accompagnamento costante alle persone che, in ciascun territorio, hanno preso parte alla costruzione del progetto**. Di volta in volta, si è trattato di responsabili degli Uffici Reti, dei servizi territoriali (sociali, educativi, sanitari...), di figure dirigenziali (per esempio, Direttori di Quartiere), con la supervisione del Dipartimento Welfare e Promozione del Benessere di Comunità del Comune di Bologna. In alcune aree si sono strutturati **tavoli di lavoro specifici** per accompagnare la ricerca-azione, in altre si è trattato di affiancare e supportare **“nodi della rete dei servizi** nel favorire sinergie e integrazione.

In un’apparente diversificazione di percorsi tra le aree, ci sono però **elementi che garantiscono coerenza e solidità** all’intero progetto. Tra questi, indichiamo:

- il **metodo della ricerca-azione**, codificabile tramite cicli di riflessione e azione, accompagnato da metodologie di natura qualitativa (come interviste, focus group, diari di campo, verbali, eccetera) e volto a innescare un processo autoriflessivo di reciproca capacitazione;
- l’**impianto teorico condiviso**, nel gruppo di ricerca e con gli attori nei territori, fondato sul paradigma della promozione della salute e sui tre assi integrazione, prossimità e partecipazione;
- il costante **raccordo tra i livelli di progetto** (territori; gruppo di ricerca; Tavolo di Promozione della Salute), come strumento di monitoraggio e verifica della coerenza tra obiettivi, azioni e risultati.

Trasversalmente ai territori, i gruppi di ricerca hanno svolto **funzioni coordinate di raccordo, ascolto, formazione e capacitazione** degli attori coinvolti. Applicando al livello di chi organizza e produce servizi e politiche gli stessi principi che guidano le strategie di promozione della salute, si è lavorato alla costruzione di contesti abilitanti per la condivisione delle informazioni e la presa di decisioni condivise, generando un capitale autoriflessivo che ha permesso il ripensamento del proprio ruolo e della propria azione. Il gruppo di ricerca ha messo, inoltre, a servizio dei territori non solo il proprio **bagaglio di competenze specifiche sulla produzione sociale della salute e della malattia e sulla promozione della salute**, ma anche il **portato relazionale e i contatti con ambiti diversi** (sia dei servizi stessi, sia dell’ambito accademico e/o della società civile). In alcuni casi, si è agito come

antenne o amplificatori delle voci del territorio. In altre, come collettori e integratori di informazioni. Sempre, quando possibile, si è cercato di agire per la **condivisione di conoscenze e competenze**, in modo da favorire una capacitazione stessa del servizio pubblico.

In una cornice metodologica di tal fatta, giova ricordarlo, il principale risultato generato è il processo stesso di **attivo coinvolgimento autoriflessivo dei partner e il potenziale di azione che ne scaturisce**. Al di là dunque della distinzione in fasi dello studio, i suoi esiti non vanno ricercati esclusivamente nelle azioni di fase 3, ma anche e soprattutto nel lavoro che le ha rese possibili. Parimenti, alcune iniziative di fase 3 non hanno solo avuto una genesi concettuale durante le azioni di fase 2, ma hanno già visto il loro stesso avvio in quei momenti, laddove, in altri contesti la formalizzazione delle iniziative sperimentali è stata comparativamente più tardiva.

Con l’obiettivo di esplicitare meglio la natura sinergica dei tre assi della prossimità, della partecipazione e dell’integrazione si è scelto di dare di volta in volta una maggiore enfasi ai singoli assi nelle diverse aree, proprio con l’obiettivo di generare a cascata la necessità di prevedere la loro compenetrazione sinergica con gli altri due. Anche in questo caso, si è trattato di un esito emergente dal processo di co-costruzione partecipata che ha preso corpo in modo specifico in ogni area.

3.3.2 La fase 3 a Borgo Panigale-Reno (focus: integrazione; giovani)

Nel Quartiere Borgo Panigale-Reno, area Villaggio della Barca, lo strumento di raccordo tra il gruppo di ricerca e i servizi presenti sul territorio, al fine di concertare e accompagnare le attività di ricerca-azione, è il **Tavolo operativo per il contrasto delle**

disuguaglianze in salute, istituito a inizio 2020 dall’allora Presidente di quartiere Vincenzo Naldi in accordo con il gruppo di ricerca. Il Tavolo è coordinato dall’Ufficio Reti e ne fanno parte SST e Sest, a cui si è poi aggiunta la Casa della Salute e – da marzo 2022 – anche la Fondazione Innovazione Urbana (per le specifiche azioni in corso di sviluppo nell’area del Treno).

Alla luce dei dati raccolti nelle prime fasi progettuali, e degli interessi dei/le partecipanti al Tavolo, è stato identificato come **focus privilegiato il mondo giovanile**, considerato una lente a partire dalla quale guardare alle problematiche, ai bisogni e alle opportunità dell’area in relazione alla salute. Sono quindi stati formulati i seguenti obiettivi specifici:

1. Supportare la **rilevazione e l’analisi dei bisogni** nell’ottica di promozione della salute dei/le giovani;
2. Supportare il coordinamento, la **definizione di obiettivi condivisi e l’integrazione dei servizi e delle realtà** esistenti sul territorio;
3. Rafforzare/riorientare le progettualità già esistenti sul territorio in chiave di **contrasto alle disuguaglianze sociali e promozione della salute** dei/le giovani e delle loro famiglie, soprattutto di coloro che risiedono nella zona del Treno.

Il gruppo di ricerca ha proseguito la progettualità di fase 3 sul territorio sia attraverso alcune attività puntuali – in particolare, la restituzione dei dati di fase 1 e 2 alla FIU, e lo sviluppo di una mappa interattiva su bisogni e risorse rilevate durante la fase 2 – sia, e soprattutto, in **supporto alla definizione di azioni da sviluppare di concerto con gli attori presenti al Tavolo** in chiave di promozione alla salute.

Su quest’ultimo aspetto sono in corso di programmazione alcuni incontri con lo scopo di **favorire l’integrazione tra servizi**, in particolare:

- tra responsabili della Casa della Salute, Pediatri/e di Libera Scelta e di Comunità, Ufficio Reti e Sest, con lo scopo di superare alcuni ostacoli presenti per l’inserimento di ragazzi/e nelle attività sportive;
- tra responsabili della Casa della Salute, Pediatri/e di Libera Scelta e di Comunità e area Tutela Minori del SST, per problemi di comunicazione rilevati tra area Tutela Minori e pediatri/e;
- tra responsabili della Casa della Salute, MMG e SST, per favorire la conoscenza reciproca dei servizi e per riportare problematiche rilevate dal SST.

Inoltre, si vuole coinvolgere il servizio di Neuropsichiatria Infanzia e Adolescenza (NPIA) ai prossimi tavoli.

Relativamente all’**attivazione di presidi di partecipazione e salute**, in particolare con il coinvolgimento della popolazione giovanile, nell’ambito del Tavolo si sta discutendo di possibili azioni da intraprendere in relazione agli spazi che sotto al Treno verranno gestiti dalla FIU e in collaborazione con Sest, Educativa di Strada, Casa della Salute e Spazio Giovani. Si attende l’esito dell’avviso pubblico e l’avvio delle progettualità per valutare le azioni più specifiche da sviluppare.

Nello schema che segue (Fig. 22), sono riassunte le principali azioni che sono state generate/si stanno generando e quelle che si intende generare, suddivise in base ai cinque ambiti di azione (o “attività strategiche”) e alle tre “attività essenziali” della Carta di Ottawa.

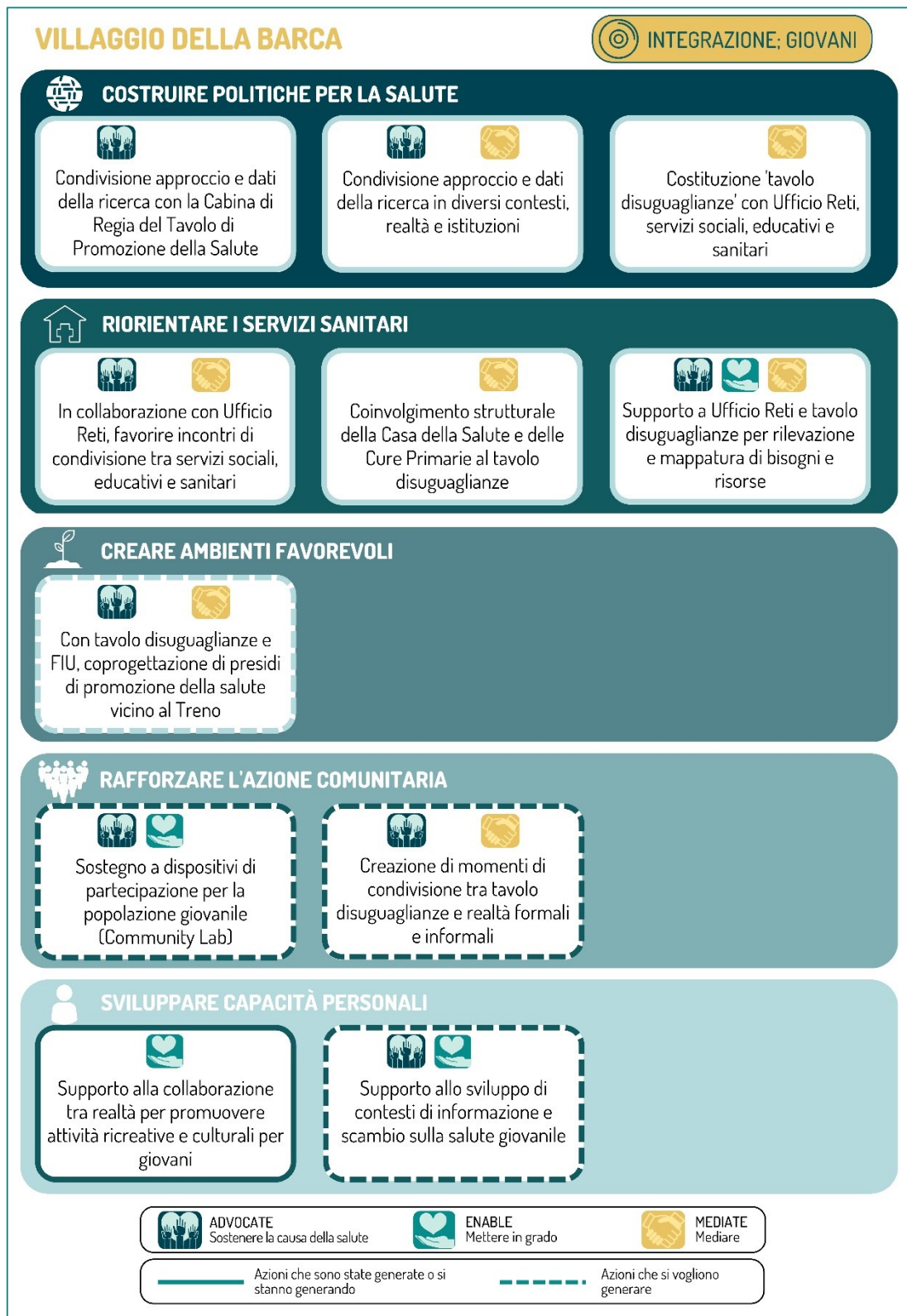


Figura 22 – Le azioni di promozione della salute a Villaggio della Barca, Q.re Borgo Panigale-Reno

3.3.3 La fase 3 a Navile (focus: prossimità; Microarea)

Nel Quartiere Navile, area Pescarola, in continuità con quanto realizzato nelle precedenti fasi progettuali in collaborazione con l’associazione CSI-APS (vedi [Appendice 2 – Report Pescarola](#)), la fase 3 è orientata a supportare la realizzazione di un **presidio socio-sanitario di prossimità nella zona di Pescarola (Salute di Comunità - Microarea di Pescarola)**.

La Microarea, promossa da Comune e AUSL di Bologna e dal Quartiere Navile, ha il mandato di svolgere, tramite un’équipe multiprofessionale (infermiera di comunità, assistenti sociali, operatori/rici di prossimità per i servizi abitativi di ACER, altri/e operatori/rici di supporto), azioni di facilitazione dell’accesso ai servizi e alle risorse, di promozione della salute e di *empowerment* individuale e collettivo. Se alcune parti di questo lavoro sono maggiormente codificate (es. lavoro sui casi complessi), altre (modalità dell’integrazione sociosanitaria; strumenti di coinvolgimento e partecipazione delle persone e delle realtà del territorio, tanto nelle funzioni di promozione della salute quanto nel processo decisionale della Microarea; indicatori del lavoro di comunità) devono essere ancora sviluppate. A tal scopo è stato istituito un **gruppo di lavoro tecnico con ruolo di cabina di regia**, coordinato da Quartiere, e composto da:

- Comune di Bologna, Dipartimento Welfare e Benessere della Comunità, Servizio Sociale di Comunità e UI Salute e Città sane;
- Comune di Bologna, Quartiere Navile: Direzione, Ufficio Reti e Lavoro di comunità;
- Dipartimento di Storia Culture Civiltà, Università di Bologna e Centro Studi e Ricerche in Salute Internazionale Interculturale (CSI-Unibo);
- AUSL Bologna: Distretto e DATeR;
- ACER: Ufficio Comunicazione, URP e Mediazione Sociale.

Il gruppo di ricerca è coinvolto con il ruolo di **supervisione scientifica e supporto metodologico**, in continuità con quanto fatto in precedenza in termini di raccolta e condivisione di dati sul territorio, condivisione del patrimonio relazionale con abitanti e associazioni della zona, capacitazione dei servizi e della nascente équipe di Microarea sugli approcci della promozione della salute, relazione con la Casa della Salute Navile.

Nello schema che segue (Fig. 23), sono riassunte le principali azioni che sono state generate/si stanno generando e quelle che si intende generare, suddivise in base ai cinque ambiti di azione (o “attività strategiche”) e alle tre “attività essenziali” della Carta di Ottawa. Per completezza, sono state incluse anche azioni che, pur avendo una genesi nel tessuto associativo locale, si sono integrate nel progetto nel corso della seconda e terza fase di attività.

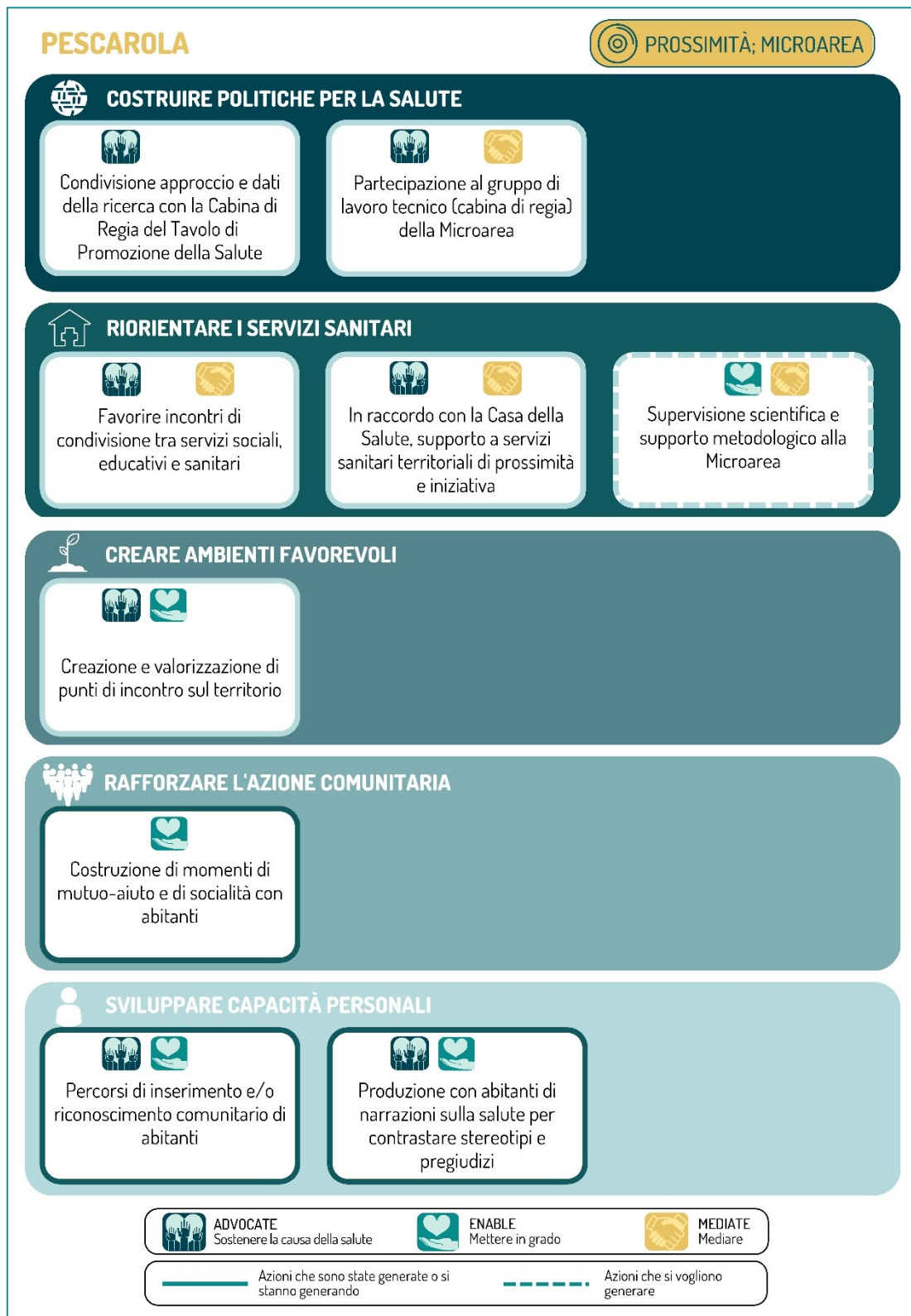


Figura 23 – Le azioni di promozione della salute a Pescaraola, Q.re Navile

3.3.4 La fase 3 a San Donato-San Vitale (focus: partecipazione; alimentazione)

Nel Quartiere San Donato-San Vitale, aree Via Mondo/Via del Lavoro, la ricerca-azione è stata portata avanti in stretto partenariato con l’Ufficio Reti, cosa che ha favorito un passaggio più precoce tra fasi di ricerca sul territorio e supporto ad azioni e politiche. Già nel 2021, quindi, il gruppo di ricerca ha accompagnato **due progetti di mediazione sociale avviati nelle aree di via del Lavoro e di via Mondo**, tramite incontri di condivisione dei dati e orientamento delle azioni di conoscenza e mappatura del territorio. È stato inoltre intrapreso un percorso di **accompagnamento del Tavolo di Progettazione Partecipata Gandusio** in un’ottica di maggiore partecipazione, integrazione tra le realtà e rispondenza ai bisogni del territorio.

La scelta di agire in queste direzioni si fonda sulla centralità di una capillare presenza nei territori e di un solido lavoro di rete, tanto tra diverse realtà territoriali quanto tra queste e i principali servizi socio-sanitari, nel contrasto alle disuguaglianze sociali. I principali obiettivi di questo progetto, tutt’ora in corso, sono i seguenti:

1. **Rafforzare la partecipazione**, sia rispetto a nuovi attori sia rispetto alle tematiche e ai problemi oggetto di discussione;
2. Strutturare un **metodo per una rilevazione continuativa dei bisogni e delle risorse** del territorio e di chi vi abita, con particolare attenzione alle fasce più vulnerabili;
3. Costruire **azioni congiunte per rispondere ai bisogni rilevati**, in un’ottica di contrasto alle disuguaglianze e di promozione della salute;
4. Avviare e mantenere un **confronto attivo sull’accessibilità, la fruibilità,**

l’efficacia delle azioni proposte nonché la loro rispondenza ai bisogni rilevati.

Si è proseguito quindi con la **co-costruzione di un nuovo progetto di mediazione sociale** di comunità nella zona di via Gandusio e dintorni, il cui focus, **l’alimentazione comunitaria**, è stato individuato sulla base dei dati qualitativi e quantitativi raccolti durante la prima e seconda fase della ricerca. La bozza progettuale è stata condivisa con i responsabili dei servizi socio-sanitari territoriali (SST, CdS, CSM) e presentata a operatori e operatrici di SST e Sest in occasione di un incontro del Pool di Comunità, al fine di raccogliere informazioni e stimoli utili alla costruzione del progetto e coinvolgere i diversi attori nell’elaborazione di un progetto di promozione della salute comunitaria. Il progetto, avviato e tutt’ora in corso, risponde all’obiettivo di **migliorare l’accesso a un’alimentazione salutare per la popolazione locale e, in generale, ai servizi e alle risorse del territorio in un’ottica di promozione della salute**. Gli interventi che prevedono la conoscenza e la relazione diretta con gli/le abitanti sono portati avanti da due mediatrici della cooperativa Open Group, mentre l’impegno sostanziale del gruppo di ricerca si è strutturato attorno ad azioni di formazione, accompagnamento e supervisione delle mediatrici; partecipazione al Tavolo di Progettazione Partecipata Gandusio in un’ottica di rafforzamento della lettura dei bisogni del territorio e dell’elaborazione di attività rispondenti ai bisogni rilevati; organizzazione di momenti di incontro, scambio e socializzazione con gli/le abitanti e gli attori del territorio (servizi, terzo settore, esercizi commerciali); valutazione in itinere e finale dell’intervento e disseminazione dei risultati in ottica di trasferibilità e impatto sulle politiche.

È da segnalare il coinvolgimento, tuttora in fase di strutturazione, dell’UO Igiene

Alimenti e Nutrizione del DSP relativamente all’organizzazione e allo svolgimento di momenti di incontro con gli/le abitanti. Nel corso dell’autunno 2022 è prevista una restituzione al Quartiere dei dati raccolti e dei risultati del progetto di mediazione sociale di comunità.

Nello schema che segue (Fig. 24), sono riassunte le principali azioni che sono state generate/si stanno generando e quelle che si intende generare, suddivise in base ai cinque ambiti di azione (o “attività strategiche”) e alle tre “attività essenziali” della Carta di Ottawa.

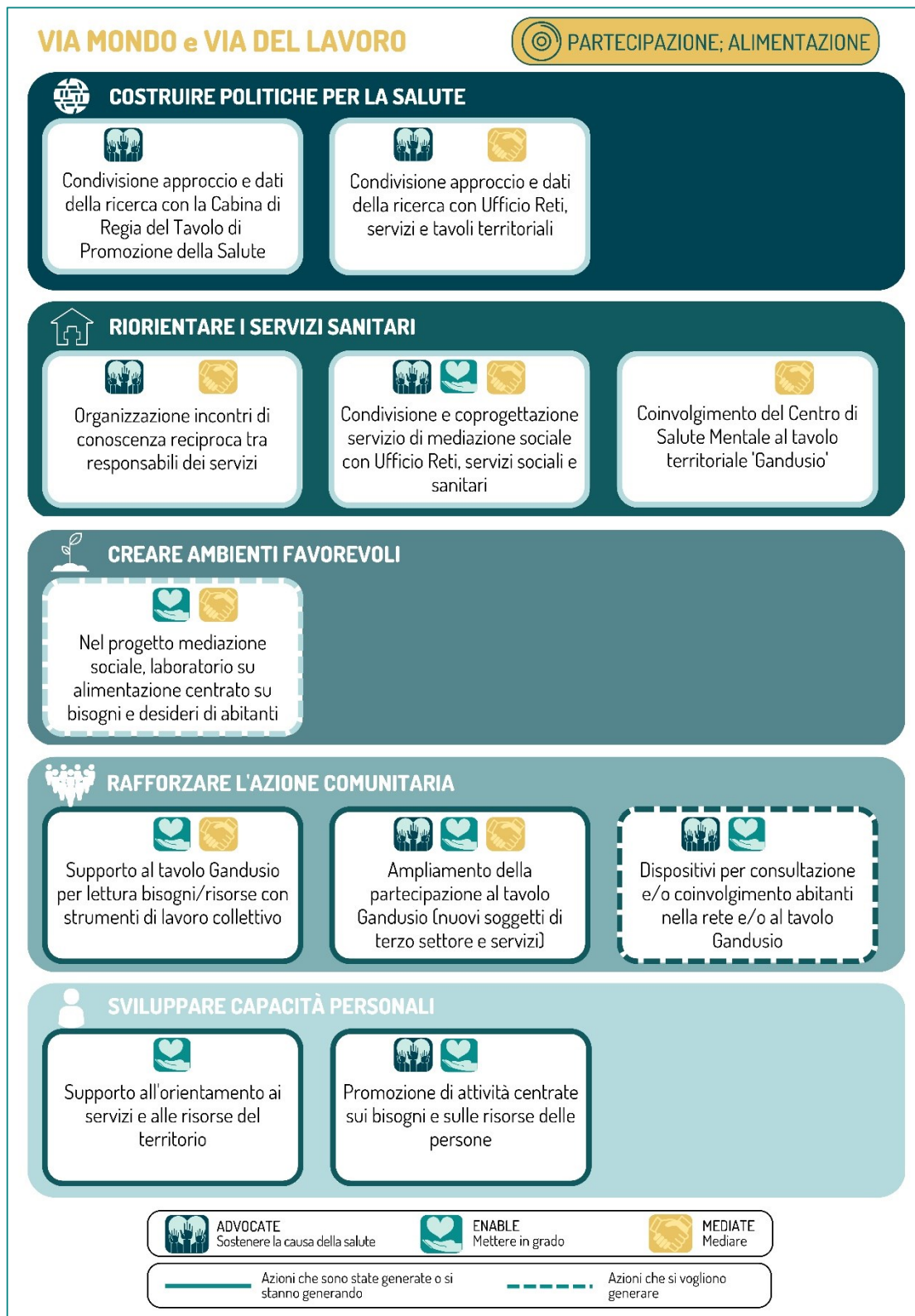


Figura 24 – Le azioni di promozione della salute a Via Mondo/Via del Lavoro, Q.re San Donato-San Vitale

3.3.5 Riflessioni conclusive

Le sperimentazioni in atto sul fronte del supporto ai servizi territoriali in un’ottica di promozione della salute mostrano la possibilità di chiudere il divario fra ciò che sappiamo e ciò che facciamo. Come già segnalato, il contesto cittadino bolognese, per la sua storia e per le scelte politiche che lo hanno caratterizzato, rappresenta un laboratorio ideale per immaginare un **riorientamento dei servizi territoriali all’insegna dei tre assi della prossimità, della partecipazione e della integrazione** fra ed entro i servizi.

La recente esperienza legata all’emergenza pandemica ha messo bene in luce la necessità di **mettere la promozione della salute al centro delle politiche**, a partire dalla valorizzazione dei territori e delle risorse che essi esprimono, non già in un’ottica di sussidiarietà, ma come fine stesso dell’azione dei servizi. La salute infatti, come abbiamo visto, può essere pensata come un processo radicato nella **capacità delle persone di condurre una vita degna di essere vissuta**, alla luce di ciò che gli dà valore, nei contesti e nelle relazioni cui concretamente partecipano a livello quotidiano.

Nonostante i limiti e le difficoltà che inevitabilmente il processo di ricerca-azione ha incontrato, quello che ha generato e che lascia come suo esito (necessariamente parziale, visto che non è ancora concluso) è un **metodo che mira a generare un capitale d’azione attraverso la costruzione di relazioni partecipative tra gli attori coinvolti**. Supportare operatrici e operatori dei servizi nel leggere i diversi assi attraverso cui vanno a strutturarsi le disuguaglianze in salute, aiutando a collocare il proprio operato all’interno del quadro dei determinanti sociali della salute, rappresenta un primo passo significativo nel creare le **condizioni per una**

infrastrutturazione dei servizi territoriali lungo i tre assi dell’integrazione, della prossimità e della partecipazione. Il significato stesso di questi ultimi concetti viene trasformato quando contestualizzati nel concreto lavoro di promozione della salute sul territorio.

Come segnalato, non è la comunicazione della informazione, ma la **produzione del significato** il terreno vissuto dell’apprendimento: avere creato contesti e occasioni di partecipazione attraverso cui operatori e operatrici hanno **sperimentato un diverso modo di immaginare il proprio ruolo** ha creato le condizioni per un riorientamento concettuale cruciale in merito al concetto di salute stesso.

Poter qualificare la **prossimità** non già in termini di vicinanza fisica dei servizi ai contesti di vita, ma come **metodo per la costruzione di relazioni significative** fornisce una cornice capace di ripensare il ruolo stesso di operatrici e operatori dei servizi. In questa stessa ottica, **ripensare la partecipazione** delle persone residenti in un contesto cittadino come **meccanismo di produzione di un senso di appartenenza** ha aiutato a de-essenzializzare il concetto di comunità, fornendo strumenti per agire sulla sua costituzione.

Analogamente il **concetto di integrazione** viene riqualficato: non già nei termini di una sommatoria di prospettive professionali, ma di un **diverso modo di pensare l’organizzazione, la formazione e l’azione** nei servizi.

Quest’ultimo è certamente stato l’asse su cui il progetto di ricerca-azione ha riscontrato le maggiori difficoltà nel creare agganci operativi con i servizi sanitari territoriali, chiaramente in difficoltà per l’emergenza pandemica nel momento in cui la fase qualitativa dello studio muoveva i suoi primi passi. Oggi la situazione sta mutando, si stanno creando sinergie

promettenti, ma troppo premature per una rendicontazione in questa sede.

Altri **limiti dello studio** hanno a che fare con la natura stessa della ricerca-azione, il cui impatto dipende chiaramente dal capitale d’azione generato per gli attori coinvolti nel processo. Aver, ad esempio, supportato nelle aree interessate i servizi territoriali nel ripensare il proprio ruolo in un’ottica di promozione della salute certamente potrà contribuire a **capacitare le persone esposte a processi di marginalizzazione e di esclusione nel negoziare i termini della propria esistenza**, senza riuscire tuttavia a intaccare i **determinanti distali** da cui quei processi discendono. Altro elemento di criticità fisiologica del processo di ricerca-azione è stato il **turn-over di alcuni interlocutori**, che ha imposto una molteplicità di temporalità nella conduzione del processo. Si pensi ad esempio al recente avvicendamento nella guida delle istituzioni cittadine a seguito delle elezioni amministrative. Queste ultime hanno inevitabilmente imposto che i gruppi di ricerca riattivassero le fasi iniziali del coinvolgimento partecipativo con i nuovi vertici amministrativi, mentre erano in atto azioni avanzate e concertate con i precedenti interlocutori.

Al netto di queste considerazioni, il progetto lascia dietro di sé un **metodo di lavoro per riorientare i servizi territoriali verso strategie di inclusione e di promozione della salute basate sulla rilevazione dei determinanti sociali**; una **infrastruttura inter-istituzionale per un sistema di monitoraggio delle disuguaglianze in salute che può fungere anche da strumento di valutazione d’impatto di future iniziative**; e infine un embrionale **supporto alla costituzione di inedite forme di integrazione fra ambiti diversi dei servizi, a partire dal sociale e dal sanitario**.

In termini di raccomandazione, quello che è emerso chiaramente dal progetto di ricerca-azione riguarda la **necessità di pensare a**

nuovi profili con effettive competenze interdisciplinari e multiprofessionali e alla messa a regime di un metodo processuale che non può essere agganciato ai finanziamenti episodici e di breve durata che caratterizzano il contesto della ricerca nel nostro Paese. Se, alla luce del PNRR, la riorganizzazione dei servizi territoriali andrà verso un monitoraggio processuale di stampo quali-quantitativo lungo gli assi della prossimità, della partecipazione e dell’integrazione, il lavoro messo in campo con la ricerca azione potrebbe restare come **metodo strutturale a livello istituzionale**. Quanto tutto ciò risulterà sostenibile in futuro dipenderà dalle scelte politiche dei diversi attori istituzionali coinvolti nel complesso processo di riorganizzazione dei servizi, soprattutto in riferimento alla loro frammentazione organizzativa.

Come già ribadito più volte, la salute e la sua promozione rappresentano l’unica cornice concettuale per l’integrazione socio-sanitaria. Occorre un **profondo rinnovamento concettuale, capace di mettere al centro, sia dei modelli organizzativi e di governance, sia dei percorsi di formazione, la salute e la sua promozione**.

Riprendendo le considerazioni della Commissione Lancet sulla formazione per la promozione della salute (Frenk et al., 2010), quest’ultima dovrebbe partire dall’**analisi dei bisogni a livello territoriale, per comprendere di quali servizi specifici necessitano e, soprattutto, quali professionisti/e servono per tali servizi**. Sulla base di queste valutazioni, le agenzie di formazione (a partire dall’Università) dovrebbero calibrare la propria offerta, mettendo così a regime un circuito in cui ricerca, azione e formazione divengono partner effettivi della politica.

La sfida più significativa continua ad essere squisitamente culturale: chi (e come) definisce la salute e le pratiche idonee alla

sua promozione? I rapporti di senso sono rapporti di potere e quella per la classificazione del mondo è inevitabilmente

un’arena di lotta fra molteplici prospettive. La partita è aperta e l’esito dipenderà dalle scelte che verranno compiute.

Ringraziamenti

Come ricercatrici e ricercatori del Centro di Studi e Ricerche in Salute Internazionale e Interculturale, vorremmo ringraziare i partner della convenzione:

- AUSL di Bologna, in particolare il Dipartimento di Sanità Pubblica;
- Comune di Bologna, in particolare l’Area Welfare e Promozione del Benessere di Comunità;
- Università Alma Mater Studiorum di Bologna, in particolare il Dipartimento di Storia Culture Civiltà (DiSCi);
- Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna - Policlinico Sant’Orsola-Malpighi.

Un doveroso ringraziamento va a Paolo Capuzzo e Francesca Sofia che si sono avvicendati nella Direzione del DiSCi; Ludovica Turchi, Claudia Aurelia Baiardo, Maria Carmela Cucurachi e, con loro, tutto lo staff dell’amministrazione.

Un sentito ringraziamento va al direttore del Dipartimento di Sanità Pubblica Paolo Pandolfi e a Vincenza Perlangeli, Paolo Marzaroli, Lorenzo Pizzi, Muriel Musti, Elisa Stivanello per le attività svolte con noi nonostante i difficili anni di pandemia. Ringraziamo anche il Dipartimento di Cure Primarie e i Direttori di Distretto che si sono avvicendati: Fausto Trevisani e Mirco Vanelli-Coralli. In particolare, per l’attenta e affettuosa supervisione in tutto il processo di ricerca, vorremmo rivolgere un ringraziamento di cuore a Gabriele Cavazza, la cui esperienza è stata sempre fonte preziosa di riflessioni: molte decisioni sono state prese grazie ai suoi illuminanti consigli. Ringraziamo anche Domenico Berardi, Marco Menchetti e Federico Chierzi per il supporto nella costruzione degli indicatori relativi alla salute mentale, e Chiara Di Girolamo per le competenze messe a disposizione nel gruppo di ricerca.

Ringraziamenti speciali vanno a Maria Adele Mimmi e Maria Cristina Zambon per il loro preziosissimo lavoro di direzione e di coordinamento della ricerca, che ha permesso una funzionale comunicazione tra il Comune di Bologna e lo staff del centro ricerca, e a Donatella Casadio, per la sua presenza costante e il suo indispensabile lavoro di raccordo e di mediazione tra il gruppo di ricerca e le articolazioni territoriali dei servizi comunali. Ringraziamo anche Gianni Sgaragli per l’aiuto nel “navigare” il sistema Garsia e interpretare i dati relativi alle prestazioni dei servizi sociali.

Ringraziamo i/le Presidenti di Quartiere della città di Bologna che si sono succeduti/e in questi anni, per avere favorito un’interlocuzione fondamentale e imprescindibile con chi lavora nelle aree interessate dalla ricerca.

Inoltre, vogliamo ringraziare sentitamente le realtà dei servizi che hanno partecipato alla ricerca nei loro territori con grande disponibilità, competenza e dedizione, dandoci la possibilità di entrare nella realtà quotidiana del loro lavoro e nella vita dei territori a loro afferenti. Grazie alla loro collaborazione, le attività di ricerca sono state più scrupolose e agevoli. Ringraziamo quindi tutte le Case della Salute e i Centri di Salute Mentale, i Servizi Sociali Territoriali, i Servizi Educativi Scolastici Territoriali e gli Uffici Reti e Lavoro di Comunità; la Fondazione Innovazione Urbana per le occasioni di confronto reciproco avvenute in alcune fasi del progetto.

Vorremmo inoltre portare i nostri ringraziamenti area per area alle persone e/o realtà che ci hanno supportato in questa ricerca:

- Villaggio della Barca (Q.re Borgo Panigale-Reno): vorremmo dedicare un ringraziamento particolare a Mirella Cacco (Ufficio Reti e Lavoro di Comunità), per il costante e generoso supporto in questi anni. Ringraziamo anche Anna Stella Massaro ed Eugenio Speme (SST), Alessandra Rambaldi e Virna Gentilini (SEST) e Luciana Zanini (Casa della Salute) per aver condiviso

con noi la loro preziosa esperienza e le loro competenze. Un ringraziamento va anche a Riccardo Lombi e alle educatrici e agli educatori dell’Educativa di Strada per averci dato la possibilità di “camminare” il quartiere, avvicinandoci alle voci e alle pratiche dei/delle giovani nei loro contesti di vita. Infine, un caloroso “grazie” anche ad Alessandra Malucelli e a Jacopo Rubbi del Centro Anni Verdi: la loro affettuosa disponibilità ci ha fatto sentire parte di quella piccola e colorata famiglia incastonata sotto il portico del Treno.

- Pescarola (Q.re Navile): ringraziamo in primo luogo e di cuore gli/le abitanti e le realtà associative che hanno collaborato con noi in questi anni, per (e oltre) gli scopi della ricerca. Pescarola è per noi un territorio speciale, che ci vede coinvolte/i come associazione CSI-APS da diversi anni, e dove ci sentiamo parte della comunità. Ringraziamo inoltre per il loro supporto Stefania Ferro e Raffaella Russo dell’Ufficio Reti e Lavoro di Comunità, Milena Braca responsabile del Servizio Sociale di Comunità e Giampaolo Marino referente della Casa della Salute.
- Zanardi (Q.re Porto-Saragozza): un grande ringraziamento a Fiodor Civitella, Piera Bolognesi e Alessandra Pinelli dell’Ufficio Reti e Lavoro di Comunità, e ad Angela Zecchi e Antonella Comastri del Servizio Sociale di Comunità. Un grazie speciale a tutte le persone e le realtà del territorio che ci hanno accolto e che hanno generosamente condiviso con noi la propria esperienza, le percezioni e i bisogni.
- Via del Lavoro e via Mondo (Q.re San Donato-San Vitale): vogliamo dedicare un ringraziamento speciale all’equipe dell’Ufficio Reti e Lavoro di Comunità del Quartiere San Donato-San Vitale, in particolare alla referente Ilaria Daolio: la collaborazione maturata in questi anni

ha rappresentato un contributo fondamentale al progetto. Ringraziamo, inoltre, Fabio Donatini, regista e abitante del quartiere, per i preziosi e stimolanti confronti.

- Innerio 1 e 2 (Q.re Santo Stefano): un grande ringraziamento va alla Presidente di Quartiere, a Domenico Pennizzotto e Stefania Marchese dell’Ufficio Reti e Lavoro di Comunità, a Stefania Fontanelli referente del Servizio Sociale Territoriale, alle equipe dei servizi territoriali e a tutte le persone, realtà e associazioni che abbiamo avuto l’opportunità di incontrare, che con la loro generosa condivisione hanno contribuito alla ricerca.
- Cavedone (Q.re Savena): un ringraziamento speciale a Berardino Cocchianella, per la disponibilità con la quale ha, a più riprese, condiviso con noi la sua prospettiva sui processi partecipativi a Bologna, e all’Ufficio Reti e Lavoro di Comunità: in particolare a Inti Bertocchi, Marina Cavulla, Riccardo Rinaldi e Monica Sabbioni, per la cura che da anni dedicano al percorso di co-progettazione e per essere d’esempio su come si possono progettare e costruire cose insieme.

Ringraziamo infine tutti/e gli/le abitanti, le associazioni, le cooperative e le realtà presenti sul territorio di Bologna, perché senza il loro fondamentale contributo questa ricerca-azione non sarebbe stata possibile.

Bibliografia

Agabiti, N., Pirani, M., Schifano, P., Cesaroni, G., Davoli, M., Bisanti, L., ... & Perucci, C. A. (2009). Income level and chronic ambulatory care sensitive conditions in adults: a multicity population-based study in Italy. *BMC public health*, 9(1), 1-8.

Alivernini, F., Manganelli, S., & Lucidi, F. (2016). The last shall be the first: Competencies, equity and the power of resilience in the Italian school system. *Learning and Individual Differences*, 51, 19-28. doi: 10.1016/j.lindif.2016.08.010

American Medical Association (AMA) (2021). *Advancing Health Equity: A Guide To Language, Narrative and Concepts*. Disponibile a: <https://www.ama-assn.org/system/files/ama-aamc-equity-guide.pdf> (ultimo accesso 18.07.2022).

Arcaya, M. C., Schnake-Mahl, A., Binet, A., Simpson, S., Church, M. S., Gavin, V., ... & Youmans, T. (2018). Community change and resident needs: Designing a Participatory Action Research study in Metropolitan Boston. *Health & place*, 52, 221-230.

Bartolini, L., Caranci, N., Gnani, R., & Di Girolamo, C. (2020). Educational inequalities in the prevalence and outcomes of diabetes in the Emilian Longitudinal Study. *Nutrition, Metabolism and Cardiovascular Diseases*, 30(9), 1525-1534.

Baum, F., MacDougall, C., & Smith, D. (2006). Participatory action research. *Journal of epidemiology and community health*, 60(10), 854.

Beltrametti, L., Guardancci, N., & Intini, N. (2017). *La fabbrica connessa. La manifattura italiana (attra)verso industria 4.0*. Guerini e Associati, Milano.

Berti, E., Camplone, I., Fortuna, D., Palestini, L., Ragazzi, G., Vivoli, V., & Moro, M. L. (2019). *Dossier n. 267/2019 - Epidemiologia e impatto clinico, economico e organizzativo del diabete in Emilia-Romagna. Compendio delle attività di ricerca 2016-2018*. Agenzia Sanitaria e Sociale regionale, Regione Emilia Romagna. Disponibile a: <https://assr.regione.emilia-romagna.it/publicazioni/dossier/doss267> (ultimo accesso 18.07.2022).

Boarelli, M. (2021). Partecipazione senza potere. Bologna e l'illusione di contare, *Dinamopress*. Disponibile a: <https://www.dinamopress.it/news/partecipazione-senza-potere-bologna-e-illusione-di-contare/> (ultimo accesso 18.07.2022).

Bobbio, L. (2004). *A più voci. Amministrazioni pubbliche, imprese, associazioni e cittadini nei processi decisionali inclusivi*. Edizioni Scientifiche Italiane. Disponibile a:

<http://partecipazione.foromez.it/content/piu-voci-amministrazioni-pubbliche-impres-associazioni-e-cittadini-processi-decisionali> (ultimo accesso 18.07.2022).

Bodini, C., & Gentilini, V. (2020). “Addressing Health Inequities in the City of Bologna: A Mixed-Method, Multi Stakeholder and Action-Research Approach Towards Health Equity”. In Battisti, A., Marceca, M., Iorio, S. (a cura di). *Urban Health. Participatory Action-research Models Contrasting Socioeconomic Inequalities in the Urban Context*. Springer, Cham.

Boterman, W., Musterd, S., Pacchi, C., & Ranci, C. (2019). School segregation in contemporary cities: Socio-spatial dynamics, institutional context and urban outcomes. *Urban Studies*, 56(15), 3055-3073.

Bourdieu, P., & Wacquant, L. (1992). *Réponses, pour une anthropologie réflexive*. Le Seuil, Paris.

Caranci, N., Moro, M. L. et al. (2021). *Atlante delle disuguaglianze sociali nell’uso dei farmaci per la cura delle principali malattie croniche*. Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA); Pensiero Scientifico Editore. Disponibile a: <https://assr.regione.emilia-romagna.it/pubblicazioni/rapporti-documenti/atlante-disuguaglianze-uso-farmaci-malattie-croniche> (ultimo accesso 18.07.2022).

Chiu, M., Rahman, F., Kurdyak, P., Cairney, J., Jembere, N., & Vigod, S. (2017). Self-rated health and mental health of lone fathers compared with lone mothers and partnered fathers: a population-based cross-sectional study. *J Epidemiol Community Health*, 71(5), 417-423.

Consoloni, M., & Quaranta, I. (2021). Lockdown dall’alto, comunità dal basso: ripensare la cura in tempo di pandemia. *Civiltà e Religioni*, 7:123-136.

Coppo A., & Tortone C., (2011). *Partecipazione e Empowerment. La progettazione partecipata intersettoriale e con la comunità*. Doors, Centro Regionale di Documentazione per la Promozione della Salute. Disponibile a: www.dors.it/public/ar54/Prog%20partecipata.pdf (ultimo accesso 18.07.2022).

Costa G., Bassi M., Censini G.F., Marra M., Nicelli A.L., & Zengarini N. (a cura di) (2014). *L’equità in salute in Italia. Secondo rapporto sulle disuguaglianze sociali in sanità*. Fondazione Smith Kline, Franco Angeli, Milano.

Costa, G., Stroschia, M., Zengarini, N., & Demaria, M. (2017). *40 anni di salute a Torino. Spunti per leggere i bisogni e i risultati delle politiche*. Inferenze, Milano.

Di Biagi, P. (2013). Il piano INA-Casa: 1949-1963. Il Contributo italiano alla storia del Pensiero - Tecnica. *Treccani*. Disponibile a: https://www.treccani.it/enciclopedia/il-piano-ina-casa-1949-1963_%28Il-Contributo-italiano-alla-storia-del-Pensiero:-Tecnica%29/ (ultimo accesso 18.07.2022).

Dubois, L., & Girard, M. (2006). Determinants of birthweight inequalities: Population-based study. *Pediatrics International*, 48(5), 470-478.

Frankenberg, E. (2013). The role of residential segregation in contemporary school segregation. *Education and Urban Society*, 45(5), 548-570.

Frenk, J. et al. (2010). Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *The Lancet*, 376, 1923-1958

Galobardes, B., Shaw, M., Lawlor, D. A., Lynch, J. W., & Smith, G. D. (2006). Indicators of socioeconomic position (part 1). *Journal of Epidemiology & Community Health*, 60(1), 7-12.

Heath, I. (2010). Crocodile tears for health inequality. *BMJ*, 340.

Huisman, M., Kunst, A. E., Bopp, M., Borgan, J. K., Borrell, C., Costa, G., ... & Mackenbach, J. P. (2005). Educational inequalities in cause-specific mortality in middle-aged and older men and women in eight western European populations. *The Lancet*, 365(9458), 493-500.

Iaone C., Pais I., De Nictolis E. (2020) “Valutare: la valutazione dei patti di collaborazione”. In Paltrineri, R. (a cura di). *Culture e Pratiche di partecipazione. Collaborazione civica, rigenerazione urbana e costruzione di comunità*. FrancoAngeli, Milano

Istituto nazionale di Statistica (ISTAT) (2012). “Glossario”. In *Indagine sugli interventi e i servizi sociali dei comuni singoli o associati. Anno 2012*. Disponibile a: <https://www.istat.it/it/files//2015/08/Glossario-2012.pdf> (ultimo accesso 18.07.2022).

Kirkbride, J. B., Morgan, C., Fearon, P., Dazzan, P., Murray, R. M., & Jones, P. B. (2007). Neighbourhood-level effects on psychoses: re-examining the role of context. *Psychological medicine*, 37(10), 1413-1425.

Krieger, N. (2009). Putting health inequities on the map: social epidemiology meets medical/health geography—an ecosocial perspective. *GeoJournal*, 74(2), 87-97.

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

Kühn, M. (2015). Peripheralization: Theoretical concepts explaining socio-spatial inequalities. *European Planning Studies*, 23(2), 367-378.

Lake, A. A. (2018). Neighbourhood food environments: food choice, foodscapes and planning for health. *Proceedings of the Nutrition Society*, 77(3), 239-246.

Layes, A., & Kwan, A. (2018). The Pan-Canadian Health Inequalities Reporting Initiative. In *Healthy Living, Healthy Life Conference Proceedings* (Vol. 1, No. 1).

Leonardi, L., Morelli, F., & Vietti, C. (2008). *La storia del PEEP. Politica urbanistica ed edilizia a Bologna degli anni Sessanta al Piano Strutturale comunale*. Edizioni Tempinovi, Bologna.

Loewenson, R., Laurell, A. C., Hogstedt, C., D'Ambruso, L., & Shroff, Z. (2014). *Participatory action research in health systems: a methods reader*. TARSC, AHPSR, WHO, IDRC Canada, EQUINET, Harare. Disponibile a: <https://idl-bnc-idrc.dspacedirect.org/handle/10625/53867> (ultimo accesso 18.07.2022).

Löfqvist, T., Burström, B., Walander, A., & Ljung, R. (2014). Inequalities in avoidable hospitalisation by area income and the role of individual characteristics: a population-based register study in Stockholm County, Sweden. *BMJ quality & safety*, 23(3), 206-214.

Lohmann H, Feger F. Educational poverty in a comparative perspective: theoretical and empirical implications. SFB 882 Working Paper Series. Vol 26. Bielefeld: DFG Research Center (SFB) 882 From Heterogeneities to Inequalities; 2014.

Malmusi, D., Pasarín, M. I., Marí-Dell’Olmo, M., Artazcoz, L., Diez, E., Tolosa, S., ... & Borrell, C. (2022). Multi-level policy responses to tackle socioeconomic inequalities in the incidence of COVID-19 in a European urban area. *International journal for equity in health*, 21(1), 1-11.

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

Marmot, M. (2016). *The Health Gap. The challenge of an unequal world*. Bloomsbury Publishing PLC, Londra.

Marmot, M. (2020). Health equity in England: the Marmot review 10 years on. *Bmj*, 368.

Miewald, C., & McCann, E. (2014). Foodscapes and the geographies of poverty: Sustenance, strategy, and politics in an urban neighborhood. *Antipode*, 46(2), 537-556.

Mikkelsen, B. E. (2011). Images of foodscapes: Introduction to foodscape studies and their application in the study of healthy eating out-of-home environments. *Perspectives in Public Health*, 131(5), 209-216.

Ministero della Salute (2020). *Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025*. Disponibile a: https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_notizie_5029_0_file.pdf (ultimo accesso 18.07.2022).

Moini, G. (2012). *Teoria critica della partecipazione. Un approccio sociologico*. Ed. Franco Angeli, Milano.

Napier, A. D., Ancarno, C., Butler, B., Calabrese, J., Chater, A., Chatterjee, H., ... & Woolf, K. (2014). Culture and health. *The Lancet*, 384(9954), 1607-1639.

Nguyen, V. K., & Peschard, K. (2003). Anthropology, inequality, and disease: a review. *Annual review of Anthropology*, 447-474.

Nicoli, M. A., Rodeschini, G., et al. (2017). *Diario del Community Express. Viaggio alla ricerca delle invenzioni nel lavoro con la comunità*. Agenzia Sanitaria e Sociale regionale, Regione Emilia Romagna. Disponibile a: <https://assr.regione.emilia-romagna.it/pubblicazioni/rapporti-documenti/diario-community-express> (ultimo accesso 18.07.2022).

Nicoli, M. A., Palestini, L., Ragazzi, G., Vivoli, V., et al. (2021). *#CommunityLab - Un Futuro Piano per la Promozione della Salute*. Agenzia Sanitaria e Sociale regionale, Regione Emilia Romagna. Disponibile a: <https://assr.regione.emilia-romagna.it/pubblicazioni/rapporti-documenti/clab-prom-salute> (ultimo accesso 18.07.2022).

Oakes, J. M., Andrade, K. E., Biyoow, I. M., & Cowan, L. T. (2015). Twenty years of neighborhood effect research: an assessment. *Current epidemiology reports*, 2(1), 80-87.

Oberti, M. (2007). Social and school differentiation in urban space: Inequalities and local configurations. *Environment and Planning A*, 39(1), 208-227.

Peek, N., Sujan, M., & Scott, P. (2020). Digital health and care in pandemic times: impact of COVID-19. *BMJ Health & Care Informatics*, 27(1).

Pickett, K., & Wilkinson, R. (2010). *The spirit level*. Penguin Books, London.

Pieretti, G. (Ed.). (2000). *La persistenza degli aggregati: cittadini e welfare locale in un'area periferica di Bologna*. FrancoAngeli, Milano.

Popay, J. (2006). Community engagement for health improvement: questions of definition, outcomes and evaluation. *A background paper prepared for NICE*. London: NICE.

Popay, J., Whitehead, M., Ponsford, R., Egan, M., & Mead, R. (2021). Power, control, communities and health inequalities I: theories, concepts and analytical frameworks. *Health promotion international*, 36(5), 1253-1263.

Quaglia, D. (1982a). “Prime osservazioni sulle diversità zonali attraverso le strutture scolastiche”. In *Ciclostilati della conferenza sulla ricerca-intervento sui giovani della Barca. Fondo Quartieri-Decentramento, 1963-1990, buste sul Progetto Giovani*. Archivio storico Comunale di Bologna, Bologna.

Quaglia, D. (1982b). “Storia di un centro giovanile alla Barca”. In *Ciclostilati della conferenza sulla ricerca-intervento sui giovani della Barca. Fondo Quartieri-Decentramento, 1963-1990, buste sul Progetto Giovani*. Archivio storico Comunale di Bologna, Bologna.

Quaranta, I. (2014). Antropologia medica e salute globale. *AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica*, 16(37).

Rose, G. (1992). *The strategy of preventive medicine*. Oxford University Press, Oxford.

Sampson, R. J., Morenoff, J. D., & Gannon-Rowley, T. (2002). “Neighborhood effects”: Social processes and new directions in research. *Annual review of sociology*, 28(1), 443-478.

Santangelo, F., Mantovani, D., & Gasperoni, G. (2018). Interstizi scolastici: la prossimità residenza-scuola fra gli alunni di origine immigrata a Bologna. *Interstizi scolastici: la prossimità residenza-scuola fra gli alunni di origine immigrata a Bologna*, 98-116.

Save The Children. (2018). *Nuotare Contro Corrente. Povertà Educativa e Resilienza in Italia*. Disponibile a: <https://www.savethechildren.it/cosa-facciamo/pubblicazioni/nuotare-contro-corrente-povert%C3%A0-educativa-e-resilienza-italia> .

Schiefer, D., & Van der Noll, J. (2017). The essentials of social cohesion: A literature review. *Social Indicators Research*, 132(2), 579-603.

Sommer, I., Griebler, U., Mahlkecht, P., Thaler, K., Bouskill, K., Gartlehner, G., & Mendis, S. (2015). Socioeconomic inequalities in non-communicable diseases and their risk factors: an overview of systematic reviews. *BMC public health*, 15(1), 1-12.

Swartz, D. (2012). *Culture and power: The sociology of Pierre Bourdieu*. University of Chicago Press.

Tarricone, I., Mimmi, S., Paparelli, A., Rossi, E., Mori, E., Panigada, S., ... & Berardi, D. (2012). First-episode psychosis at the West Bologna Community Mental Health Centre: results of an 8-year prospective study. *Psychological Medicine*, 42(11), 2255-2264.

Whitehead, M., & Dahlgren, G. (1991). What can be done about inequalities in health?, *The Lancet*, 338(8774), 1059-1063.

Wilkinson, R. G. (2002). *Unhealthy societies: the afflictions of inequality*. Routledge, London.

Wilson, W. J. (2010). Why both social structure and culture matter in a holistic analysis of inner-city poverty. *The Annals of the American Academy of Political and Social Science* 629(1), 200-219.

World Health Organization (WHO) (1986). *Ottawa Charter for health promotion*. Ottawa: World Health Organization, Health and Welfare Canada, Canadian Public Health Association.

World Health Organization (WHO) (2005). *Bridging the “Know-Do” Gap. Meeting on Knowledge Translation in Global Health*. WHO, Geneva. Disponibile a: <https://www.measureevaluation.org/resources/training/capacity-building-resources/high-impact-research-training-curricula/bridging-the-know-do-gap.pdf> (ultimo accesso 18.07.2022).

World Health Organization (WHO) (2008). *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final report of the Commission on Social Determinants of Health*. Geneva. WHO, Geneva. Disponibile a: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43943/9789241563703_eng.pdf (ultimo accesso 18.07.2022).

World Health Organization (WHO) (2010). *The World Health Report: health systems financing: the path to universal coverage*. WHO, Geneva. Disponibile a: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241564021> (ultimo accesso 18.07.2022).

World Health Organization. Regional Office for Europe. (WHO) (2013). *Health 2020: a European policy framework supporting action across government and society for health and well-being*. WHO. Regional Office for Europe. Disponibile a: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/131300> (ultimo accesso 18.07.2022).

Wright, J., Williams, R., & Wilkinson, J. R. (1998). Development and importance of health needs assessment. *Bmj*, 316(7140), 1310-1313.

Appendice 1

Indicatori e metodologia dello studio epidemiologico

[Tabella 1: Banche dati](#)

[Tabella 2: Indicatori di esposizione](#)

[Tabella 3: Indicatori di esito](#)

[Tabella 4: Indicatori relativi ad accessi e diagnosi del Dipartimento di Salute Mentale \(DSM\)](#)

[Tabella 5: Indicatori relativi alle prestazioni dei servizi sociali](#)

[Mappe degli indicatori di esposizione](#)

[Mappe degli indicatori di esito](#)

[Mappe degli indicatori di salute mentale](#)

[Mappe delle prestazioni dei servizi sociali](#)

[Metodi](#)

- [Tipo di studio e popolazione](#)
- [Analisi descrittive e rappresentazione tramite mappe](#)
- [Correlazioni](#)

Tabella 1: Banche dati

Denominazione	Descrizione del flusso informativo
Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO)	Flusso informativo contenente i dati analitici di tutti i ricoveri ospedalieri (acuti e post acuti) avvenuti negli istituti di ricovero pubblici e privati accreditati della Regione Emilia-Romagna (RER).
Assistenza Farmaceutica Territoriale (AFT)	Flusso informativo contenente i dati delle prescrizioni farmaceutiche (ricette) inviate dalle farmacie pubbliche e private alle aziende USL della RER. È compresa la mobilità dei farmaci erogati attiva e passiva interregionale.
Farmaci a erogazione diretta (FED)	Flusso informativo contenente l'erogazione diretta dei farmaci al/la paziente per un consumo al proprio domicilio nella RER.
Esenzioni ticket	Flusso informativo contenente le esenzioni per patologia e reddito della RER.
Assistenza specialistica ambulatoriale (ASA)	Flusso informativo contenente prestazioni individuali di specialistica ambulatoriale, di diagnostica strumentale e di laboratorio erogate alle persone esterne (non in regime di degenza), in ambito sia ospedaliero che territoriale, da parte di erogatori pubblici e privati accreditati della RER.
Pronto Soccorso (PS)	Flusso informativo contenente le informazioni di ogni singolo accesso al Pronto Soccorso, Osservazione Breve Intensiva, o punti di primo intervento, seguiti o meno da ricovero all'interno della RER.
Registro di mortalità	Flusso informativo contenente le informazioni dei decessi delle persone residenti nel Comune di Bologna, ovunque verificatisi.
Archivio screening	Flusso informativo contenente esami e inviti per gli screening mammografico, colon-rettale e cervicale all'interno della Azienda USL di Bologna.

Tabella 2: Indicatori di esposizione

Indice sintetico	Indicatori demografici, sociali ed economici	Fonte dei dati
Fragilità demografica	Variazione percentuale della popolazione residente dal 1/1/2011 al 31/12/2015	Anagrafe del Comune di Bologna
	Saldo naturale medio annuo nel quinquennio 2011-2015	Anagrafe del Comune di Bologna
	Percentuale della popolazione residente con 80 anni e oltre al 31/12/2015	Anagrafe del Comune di Bologna
Fragilità sociale	Percentuale della popolazione di 65 anni e oltre che viveva sola al 31/12/2015	Anagrafe del Comune di Bologna
	Ricambio della popolazione italiana tra 20 e 64 anni (persone immigrate + emigrate tra il 2011 e il 2015)	Anagrafe del Comune di Bologna
	Ricambio della popolazione straniera comunitaria tra 20 e 64 anni (persone immigrate + emigrate tra il 2011 e il 2015)	Anagrafe del Comune di Bologna
	Ricambio della popolazione straniera extracomunitaria tra 20 e 64 anni (persone immigrate + emigrate tra il 2011 e il 2015)	Anagrafe del Comune di Bologna
	Percentuale della popolazione residente straniera in età tra 0 e 19 anni sulla popolazione totale in età tra 0 e 19 anni al 31/12/2015	Anagrafe del Comune di Bologna
	Percentuale di persone laureate in età tra 25 e 44 anni sulla popolazione totale in età 25-44 anni al Censimento 2011	Censimento 2011
	Percentuale di minori in famiglie monogenitoriali (non coabitanti) sul totale delle persone minori al 31/12/2015	Anagrafe del Comune di Bologna
	Percentuale di abitazioni non occupate al Censimento 2011	Censimento 2011
Fragilità economica	Percentuale delle abitazioni occupate in affitto al Censimento 2011	Censimento 2011
	Percentuale dei/le contribuenti con un reddito inferiore a 11.876 Euro (pari al 60% della mediana)	Ministero dell'Economia e delle Finanze, dichiarazione dei redditi (2014)
	Percentuale delle famiglie con un reddito medio pro capite equivalente inferiore a 12.337 Euro (pari al 60% della mediana)	Ministero dell'Economia e delle Finanze, dichiarazione dei redditi (2014)

●● Report “L’equità nel diritto alla salute”

	Percentuale di abitanti residenti in comparti di Edilizia Residenziale Pubblica (ERP) al Censimento 2011	Censimento 2011
--	--	-----------------

Fonte: <https://public.tableau.com/app/profile/ufficio.statistiche.territoriali.bologna/viz/Fragilita/FragilitaBologna>

Tabella 3: Indicatori di esito

Dominio	Indicatore	Numeratore		Denominatore		Periodo
		Definizione	Fonti dei dati	Definizione	Fonti dei dati	
Stato di salute	Tasso di mortalità per tutte le cause	Numero delle morti per tutte le cause nelle persone di età \geq 18 anni	Registro di mortalità	Somma dei/le residenti in ciascun anno per classe di età (18-24, 25-44, 45-64, 65-74, 75-84, 85+)	Anagrafe comunale	2011-2105 e 2015-2019
Carico di malattia	Prevalenza di diabete	Numero di persone con diabete di età \geq 18 anni individuate attraverso un algoritmo validato	Schede di dimissione ospedaliera (ICD-IX 250), banche dati dell'Assistenza Farmaceutica Territoriale e dei Farmaci ad Erogazione Diretta (codice gruppo ATC: A10A, A10B e A10X), banca dati delle esenzioni (codice esenzione 013)	Somma dei/le residenti per classe di età (18-24, 25-44, 45-64, 65-74, 75-84, 85+)	Anagrafe comunale	2015 e 2019
	Incidenza di infarto miocardico acuto	Numero di casi incidenti in persone di età \geq 18 anni (definite come persone senza una diagnosi previa nei 6 anni precedenti all'anno indice)	Schede di dimissione ospedaliera (ICD-IX 410), registro di mortalità (ICD-X I21)	Somma dei/le residenti in ciascun anno per classe di età (18-24, 25-44, 45-64, 65-74, 75-84, 85+)	Anagrafe comunale	2011-2015
	Incidenza di ictus	Numero di casi incidenti in persone di età \geq 18 anni (definite come persone senza una diagnosi previa nei 6 anni)	Schede di dimissione ospedaliera (ICD-IX 433-434), registro di mortalità (ICD-X I63-I64)	Somma dei/le residenti in ciascun anno per classe di età (18-24, 25-44, 45-64, 65-74, 75-84, 85+)	Anagrafe comunale	2011-2015

		precedenti all'anno indice)				
	Incidenza di malattie cardiovascolari	Numero di casi incidenti in persone di età \geq 18 anni (definite come persone senza una diagnosi previa nei 6 anni precedenti all'anno indice)	Schede di dimissione ospedaliera (ICD-IX 390-459)	Somma dei/le residenti in ciascun anno per classe di età (18-24, 25-44, 45-64, 65-74, 75-84, 85+)	Anagrafe comunale	2015 e 2019
	Incidenza di tutti i tumori	Numero di casi incidenti in persone di età \geq 18 anni (definite come persone senza una diagnosi previa nei 6 anni precedenti all'anno indice)	Schede di dimissione ospedaliera (ICD-IX 140-238), registro di mortalità (ICD-IX 140-239; ICD-X C00-D48)	Somma dei/le residenti in ciascun anno per classe di età (18-24, 25-44, 45-64, 65-74, 75-84, 85+)	Anagrafe comunale	2011-2015 e 2015-2019
Accesso e utilizzo del servizio sanitario pubblico e privato convenzionato	Accessi totali al Pronto Soccorso - ADULTI (prevalenza)	Tutti gli accessi al PS nelle persone di età \geq 18 anni	Banca dati del Pronto Soccorso	Somma dei/le residenti per classe di età (18-24, 25-44, 45-64, 65-74, 75-84, 85+)	Anagrafe comunale	2015 e 2019
	Accessi totali al Pronto Soccorso - MINORI (prevalenza)	Tutti gli accessi al PS nelle persone di età < 18 anni	Banca dati del Pronto Soccorso	Somma dei/le residenti di età < 18 anni	Anagrafe comunale	2019
	Accessi al Pronto Soccorso per codici bianchi e verdi - ADULTI (prevalenza)	Persone di età \geq 18 anni con più di un accesso al PS con codice di triage bianco o verde	Banca dati del Pronto Soccorso	Somma dei/le residenti per classe di età (18-24, 25-44, 45-64, 65-74, 75-84, 85+)	Anagrafe comunale	2015 e 2019
	Accessi al Pronto Soccorso per codici bianchi e verdi - MINORI (prevalenza)	Persone di età < 18 anni con più di un accesso al PS con codice di triage bianco o verde	Banca dati del Pronto Soccorso	Somma dei/le residenti di età < 18 anni	Anagrafe comunale	2019
	Poliprescrizione di visite	Persone di età \geq 18 anni con più di	Banca dati dell'Assistenza	Somma dei/le residenti per	Anagrafe comunale	2015 e

	specialistiche ambulatoriali (prevalenza)	10 prescrizioni di visite specialistiche ambulatoriali	Specialistica Ambulatoriale	classe di età (18-24, 25-44, 45-64, 65-74, 75-84, 85+)		2019
	Poliprescrizione di farmaci (prevalenza)	Persone di età \geq 18 anni con prescrizione e/o erogazione di più di tre categorie differenti di farmaci negli ultimi tre mesi dell'anno di interesse	Banca dati dell'Assistenza Farmaceutica Territoriale (ad esclusione della categoria ATC J)	Somma dei/le residenti per classe di età (18-24, 25-44, 45-64, 65-74, 75-84, 85+)	Anagrafe comunale	2015 e 2019
	Ricoveri ospedalieri (prevalenza)	Numero di ricoveri ospedalieri in regime ordinario in persone di età \geq 18 anni	Schede di dimissione ospedaliera	Somma dei/le residenti per classe di età (18-24, 25-44, 45-64, 65-74, 75-84, 85+)	Anagrafe comunale	2015 e 2019
	Tasso di aderenza allo screening mammografico (incidenza)	Numero di persone che avevano eseguito almeno un test di screening tra gli invitati durante il periodo di interesse	Banca dati screening	Donne di età compresa tra 45 e 74 anni che avevano ricevuto almeno un invito	Banca dati screening	2011-2015
	Tasso di aderenza allo screening coloretale (incidenza)	Numero di persone che avevano eseguito almeno un test di screening tra quelle invitate durante il periodo di interesse	Banca dati screening	Persone di età compresa tra 50 e 69 anni che avevano ricevuto almeno un invito	Banca dati screening	2011-2015

Tabella 4: Indicatori relativi ad accessi e diagnosi del Dipartimento di Salute Mentale (DSM)

Indicatore	Numeratore		Denominatore		Periodo
	Definizione	Fonte dei dati	Definizione	Fonte dei dati	
Almeno un accesso al DSM	<ul style="list-style-type: none"> • Accesso al DSM per qualsiasi motivo identificato dall’apertura annuale della cartella 	Registro del DSM	Persone di età ≥ 18 anni in ciascun anno	Anagrafe sanitaria AUSL di Bologna	2015-2019
Patologia psichiatrica	<ul style="list-style-type: none"> • Accesso al DSM con diagnosi psichiatrica (escluse persone con disabilità intellettiva, demenza, delirium o altri disturbi mentali conseguenti a danni cerebrali di tipo organico) 	Registro del DSM	Persone di età ≥ 18 anni in ciascun anno	Anagrafe sanitaria AUSL di Bologna	2015-2019
Disturbi mentali “comuni”	<ul style="list-style-type: none"> • Disturbi depressivi moderati • Ansia e disturbi somatoformi 	Registro del DSM	Persone di età ≥ 18 anni in ciascun anno	Anagrafe sanitaria AUSL di Bologna	2015-2019
Disturbi mentali gravi	<ul style="list-style-type: none"> • Schizofrenia e altre psicosi funzionali • Disturbi maniacali e bipolari • Disturbi depressivi maggiori 	Registro del DSM	Persone di età ≥ 18 anni in ciascun anno	Anagrafe sanitaria AUSL di Bologna	2015-2019

Tabella 5: Indicatori relativi alle prestazioni dei servizi sociali

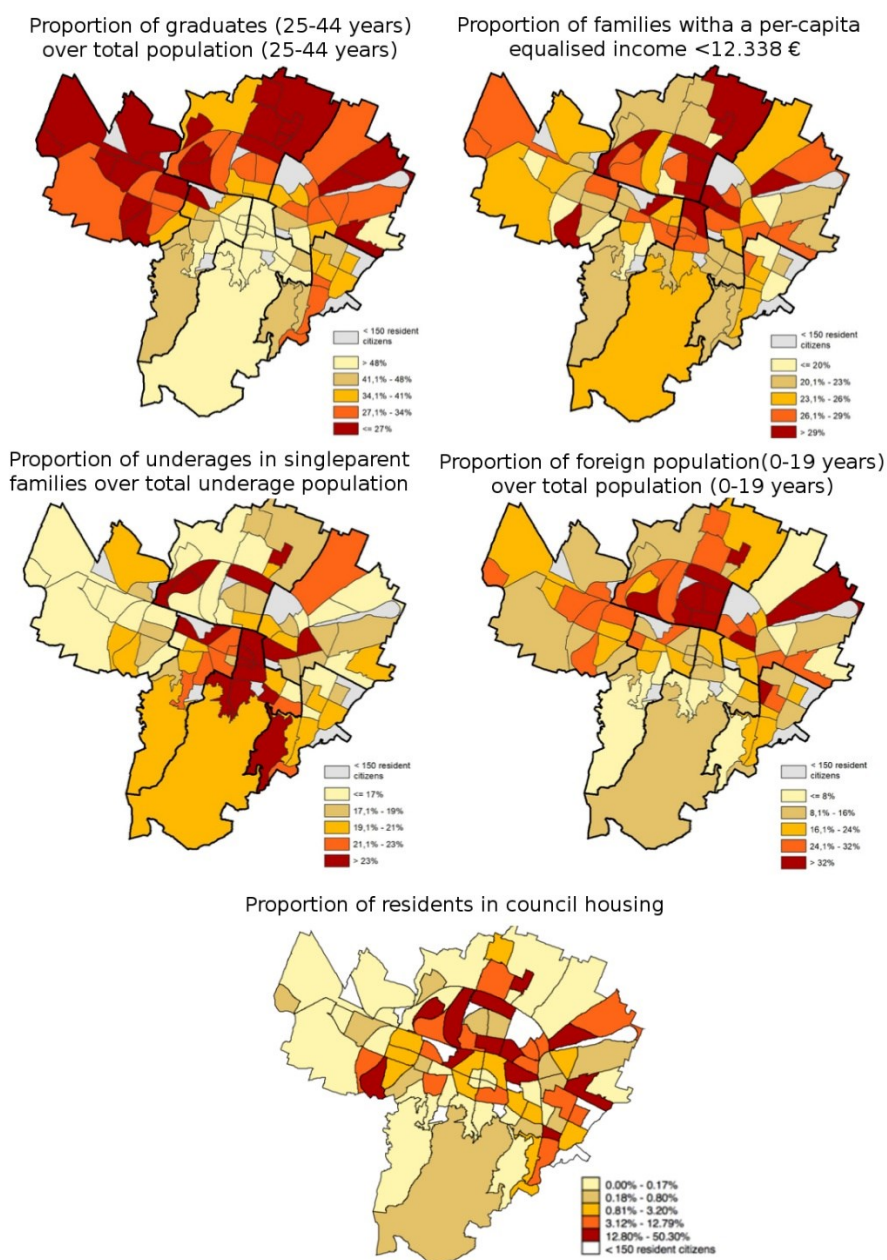
Tipologia di intervento	Persone coinvolte	Indicatori	Significato
Generale	Famiglie e persone minori, persone adulte e persone adulte con disabilità, persone anziane	1. Persone con servizi autorizzati (2018-2019)	Rappresenta tutte le persone che hanno un qualche tipo di servizio attivato
Contributi economici	Famiglie e minori, persone adulte e persone adulte con disabilità, persone anziane	2. Bonus utenze energia elettrica (2018-2019) 3. Contributi economici a integrazione del reddito familiare (2018-2019) 4. Buoni spesa e buoni pasto (2019)	Rappresentano l'erogazione di denaro con finalità diverse. Per situazioni impoverite dall'emergenza Covid-19 sono stati introdotti altri bonus che richiedono la valutazione dell'assistente sociale.
	Persone minori e persone adulte	5. Contributi economici per l'inserimento lavorativo (tirocini) (2018-2019)	
	Persone minori di età ≤ 6 anni	6. Esenzione retta servizi scolastici (2018-2019)	
Educativo assistenziale e supporto inserimento lavorativo	Persone minori	7. Segnalazione per ammissione a nidi, materne e centri estivi (2018-2019)	Comprende tutti gli interventi di tipo educativo.
	Persone minori e persone adulte	8. Supporto all'inserimento lavorativo (tirocini) (2018-2019)	
Interventi domiciliari e per la domiciliarità	Persone minori	9. Assistenza educativa domiciliare (2018-2019)	Si tratta di una categoria che comprende diverse prestazioni al domicilio. Vengono compresi anche gli assegni di cura utilizzati per pagare le prestazioni domiciliari.
	Persone anziane	10. Distribuzione pasti e lavanderia a domicilio (2018-2019) 11. Utenti con interventi di assistenza domiciliare (2018-2019)	
Strutture residenziali	Persone anziane	12. Case residenza anziani - ospiti per posti definitivi e di sollievo (2018-2019)	Rappresenta le persone anziane che vengono trasferite nelle case residenza (CRA). Tuttavia, non informa se il contributo economico

●● Report “L’equità nel diritto alla salute”

			viene messo in campo dalla persona stessa o dal servizio.
Strutture semi-residenziali		13. Persone con autorizzazione accesso servizi residenziali (2018-2019)	Rappresenta le persone che usufruiscono di strutture per parte della loro giornata.
Supporto a persona e famiglia	Persone minori	14. Interventi in rapporto all’Autorità Giudiziaria (2018-2019)	Si tratta di interventi di supporto, non di tipo economico, soprattutto nei contesti familiari.

Mappe degli indicatori di esposizione

Figura 1: Distribuzione geografica degli indicatori di esposizione per area statistica. In dettaglio: Percentuale di persone laureate in età tra 25 e 44 anni sulla popolazione totale in età 25-44 anni; Percentuale delle famiglie con un reddito medio pro capite equivalente inferiore a 12.337 Euro (pari al 60% della mediana); Percentuale di persone minori in famiglie monogenitoriali (non coabitanti) sul totale delle persone minori; Percentuale della popolazione residente straniera in età tra 0 e 19 anni sulla popolazione totale in età tra 0 e 19 anni; Percentuale di persone residenti in comparti di Edilizia Residenziale Pubblica (ERP). Bologna, 2011-2015.



Nota: si riportano qui solo le mappe relative agli indicatori utilizzati per le correlazioni con indicatori sanitari (vedi oltre). Tutte le mappe degli indicatori di fragilità calcolati dal Comune di Bologna sono disponibili al sito: <https://public.tableau.com/app/profile/ufficio.statistiche.territoriali.bologna/viz/Fragilita/FragilitaBologna>

Mappe degli indicatori di esito

Figura 2: Distribuzione geografica per area statistica dell’incidenza di mortalità per tutte le cause (rischi relativi bayesiani). Bologna, 2011-2015 e 2015-2019.

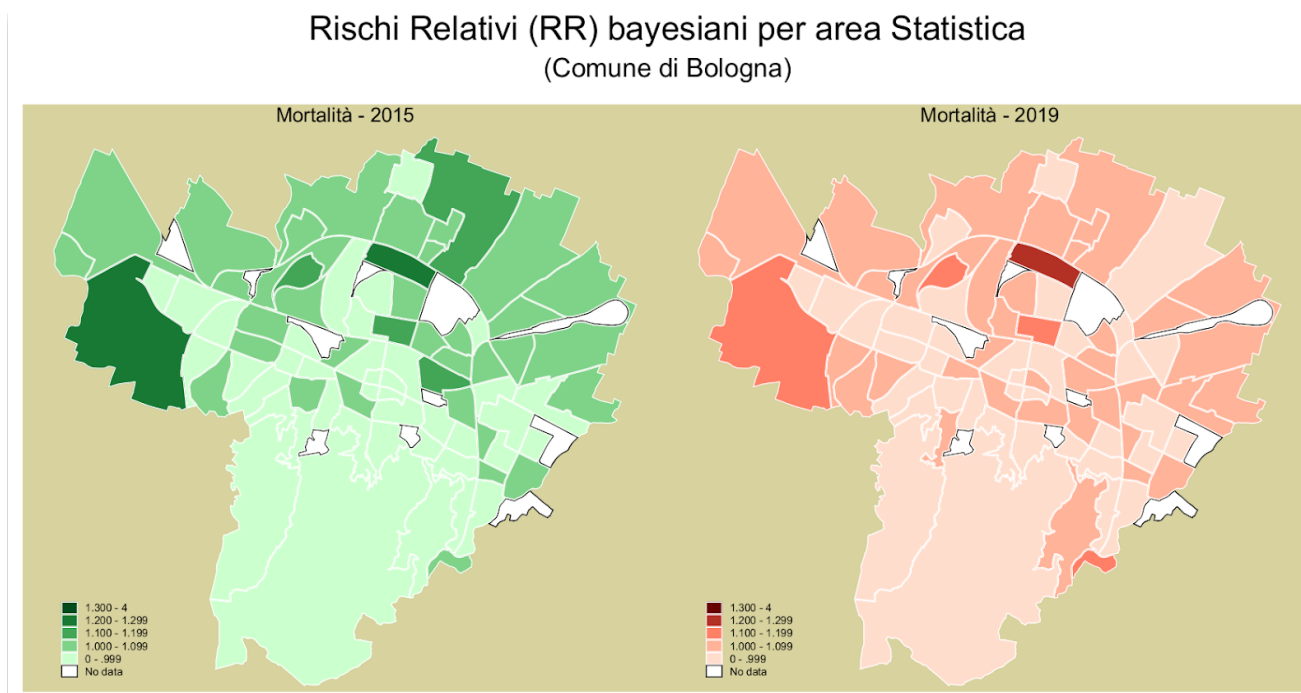


Figura 3: Distribuzione geografica per area statistica della prevalenza di diabete (rischi relativi bayesiani). Bologna, 2015 e 2019.

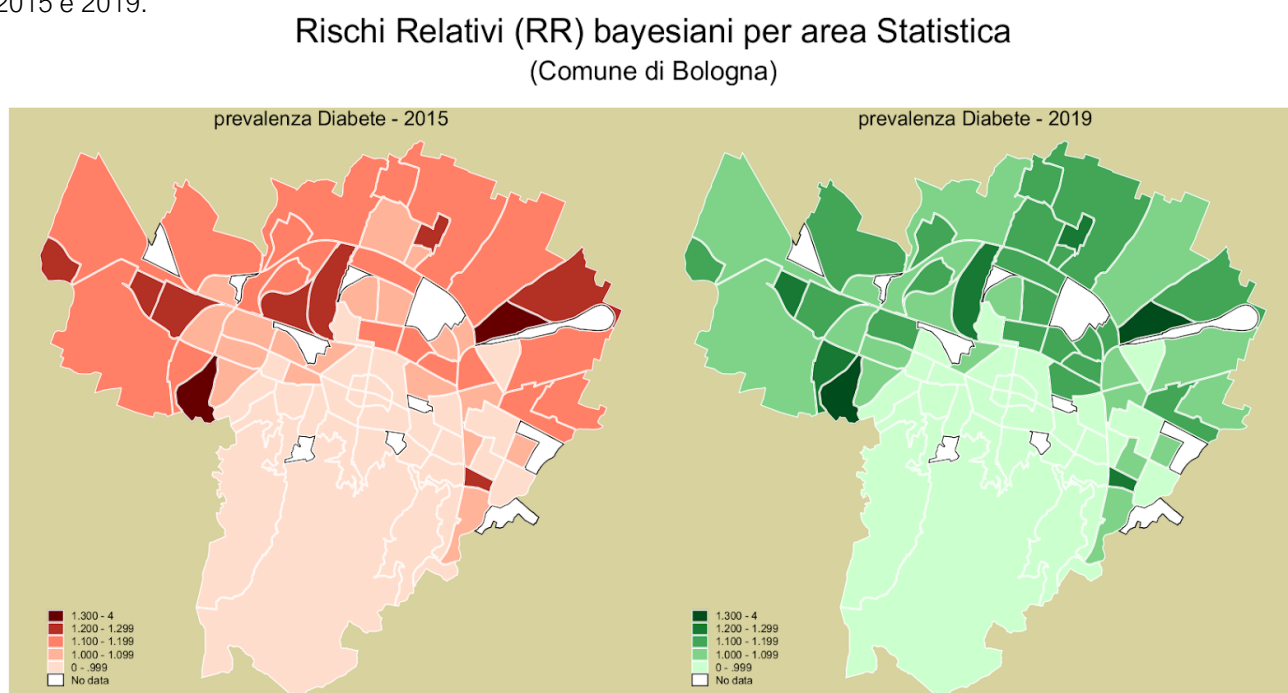


Figura 4: Distribuzione geografica per area statistica dell'incidenza di malattie cardiovascolari (rischi relativi bayesiani). Bologna, 2015 e 2019.

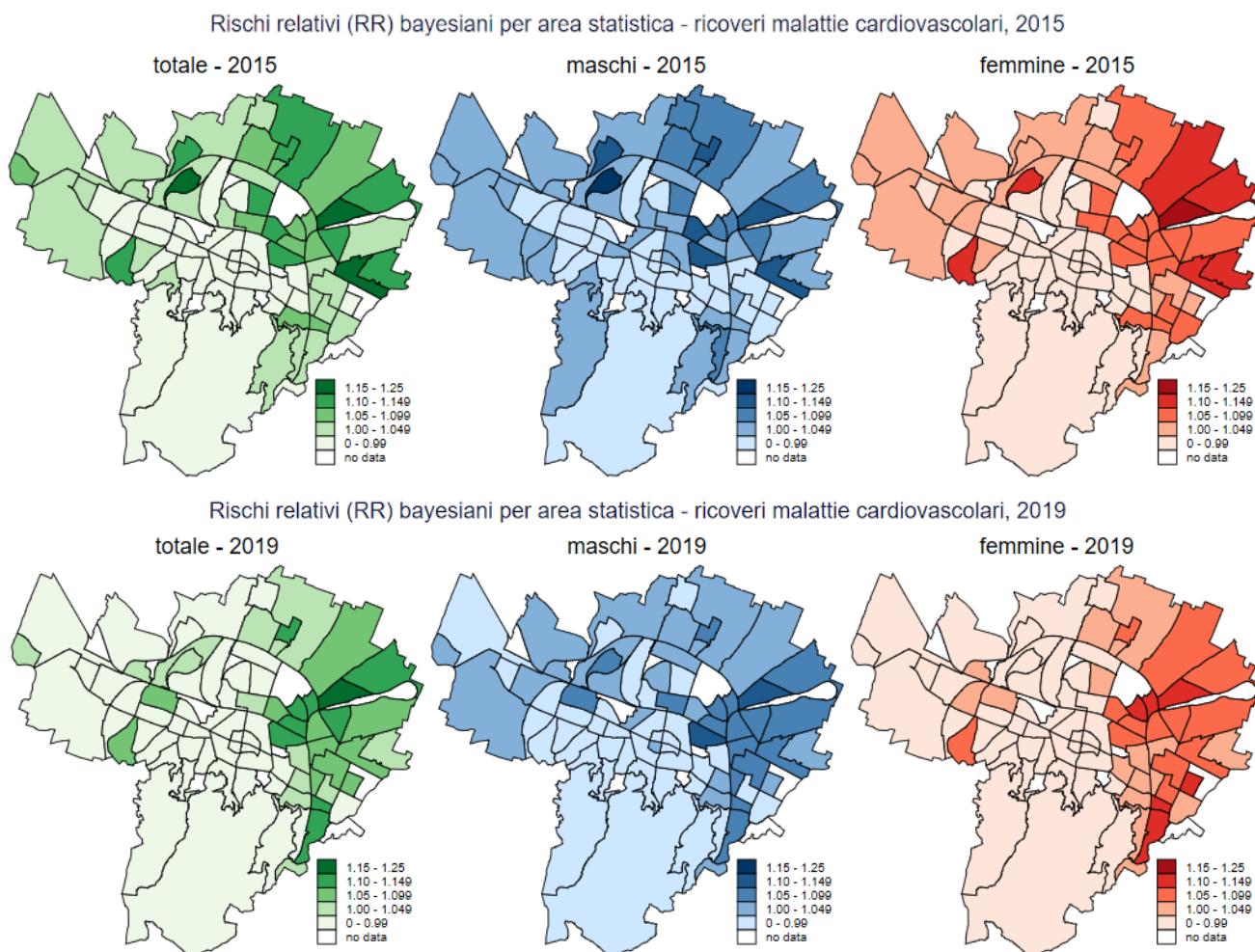


Figura 5: Distribuzione geografica per area statistica della incidenza di tutti i tumori (Rischi relativi bayesiani). Bologna, 2011-2015 e 2015-2019

Rischi Relativi (RR) bayesiani per area Statistica
(Comune di Bologna)

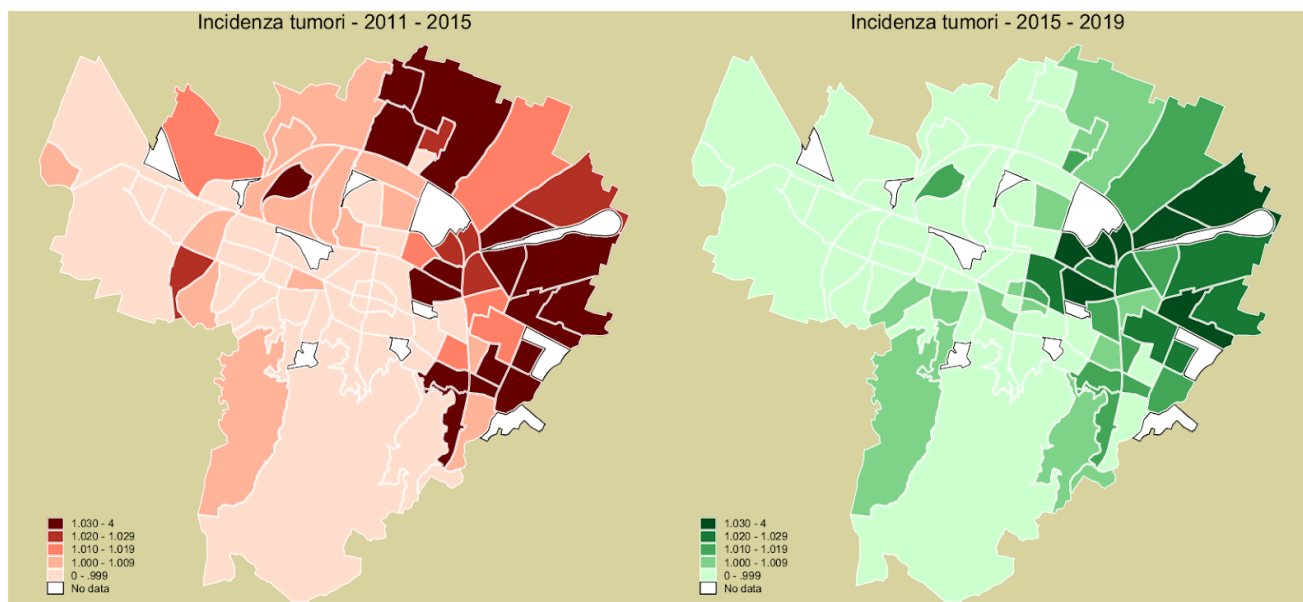


Figura 6: Distribuzione geografica per area statistica della prevalenza di accessi al Pronto Soccorso per persone di età ≥ 18 anni (rischi relativi bayesiani). Bologna, 2015 e 2019.

Rischi Relativi (RR) bayesiani per area Statistica
(Comune di Bologna)

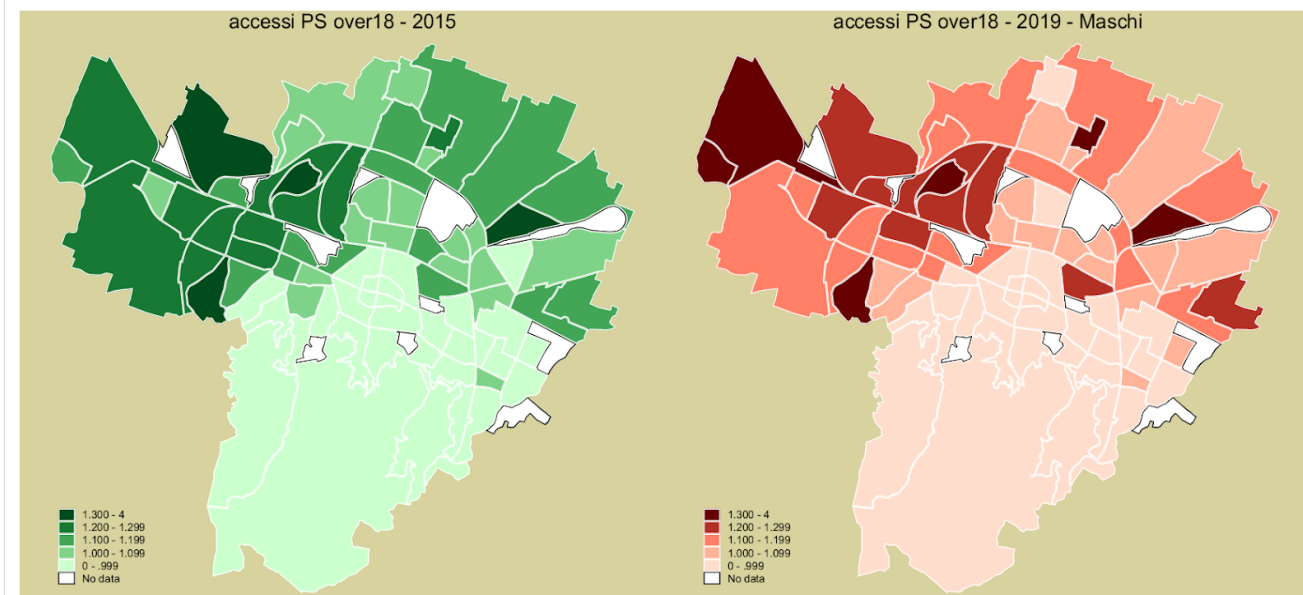


Figura 7: Distribuzione geografica per area statistica della prevalenza di accessi al Pronto Soccorso per persone di età ≥ 18 anni per codici bianchi e verdi (rischi relativi bayesiani). Bologna, 2015 e 2019

Rischi Relativi (RR) bayesiani per area Statistica
(Comune di Bologna)

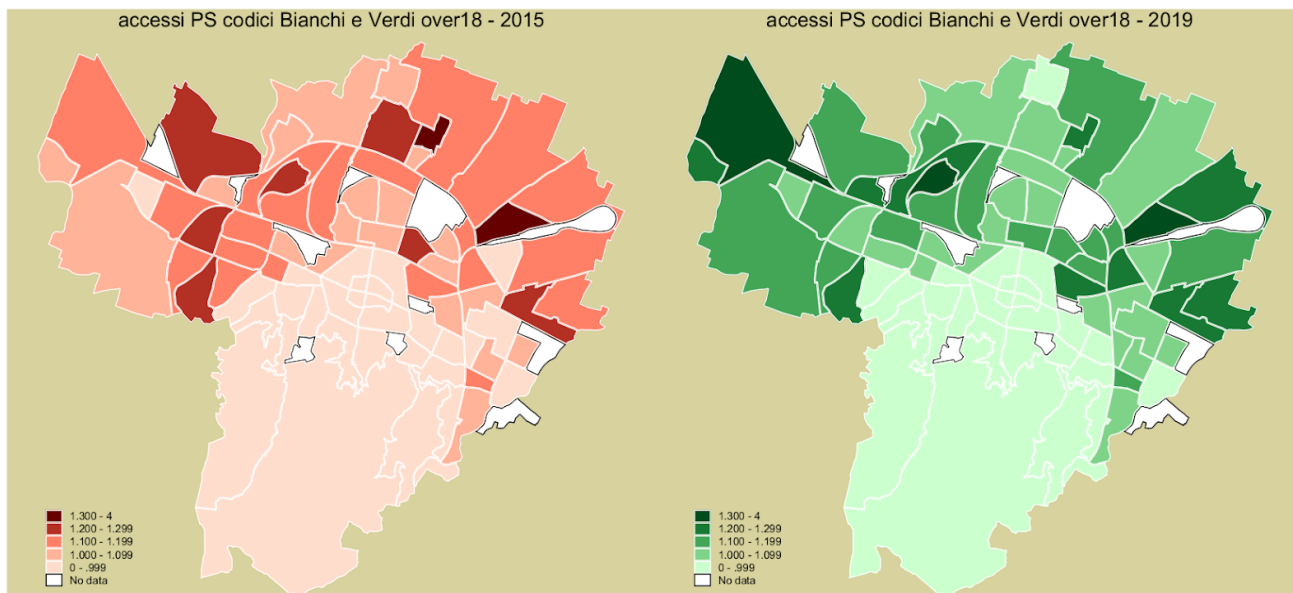


Figura 8: Distribuzione geografica per area statistica della prevalenza di accessi al Pronto Soccorso per persone di età < 18 anni (rischi relativi bayesiani). Bologna, 2019.

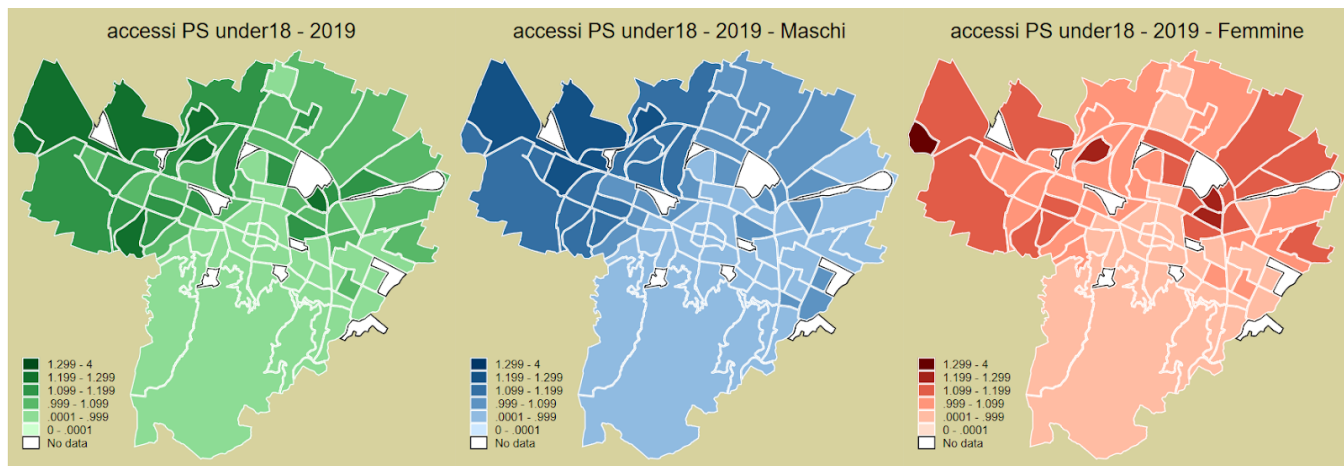


Figura 9: Distribuzione geografica per area statistica della prevalenza di accessi al Pronto Soccorso per persone di età < 18 anni per codici bianchi e verdi (rischi relativi bayesiani). Bologna, 2019.

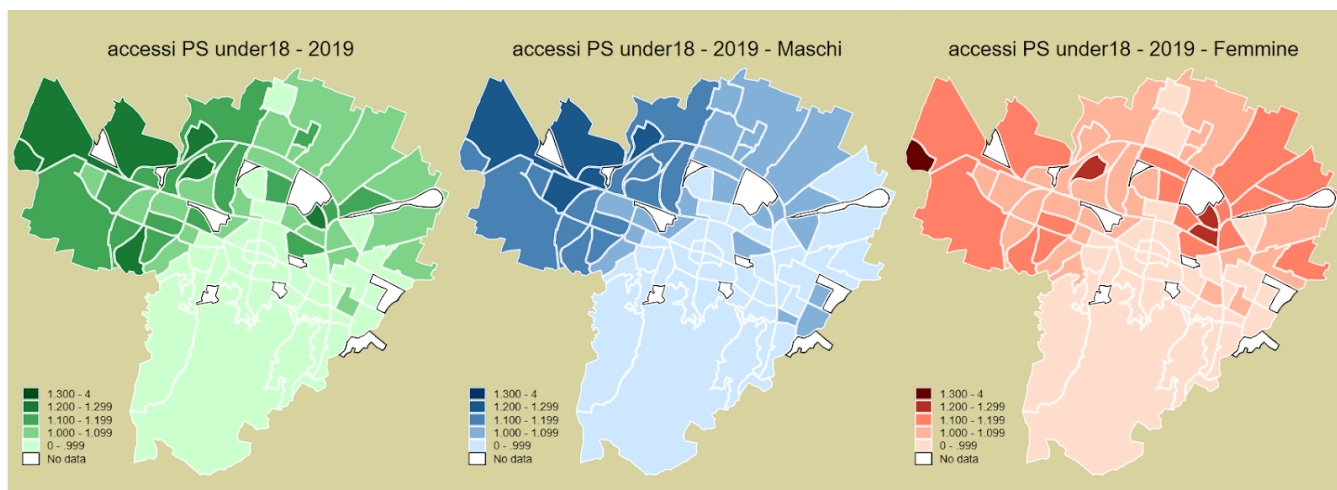


Figura 10: Distribuzione geografica per area statistica della prevalenza di poliprescrizione farmacologica (rischi relativi bayesiani). Bologna, 2015 e 2019.

Rischi Relativi (RR) bayesiani per area Statistica (Comune di Bologna)

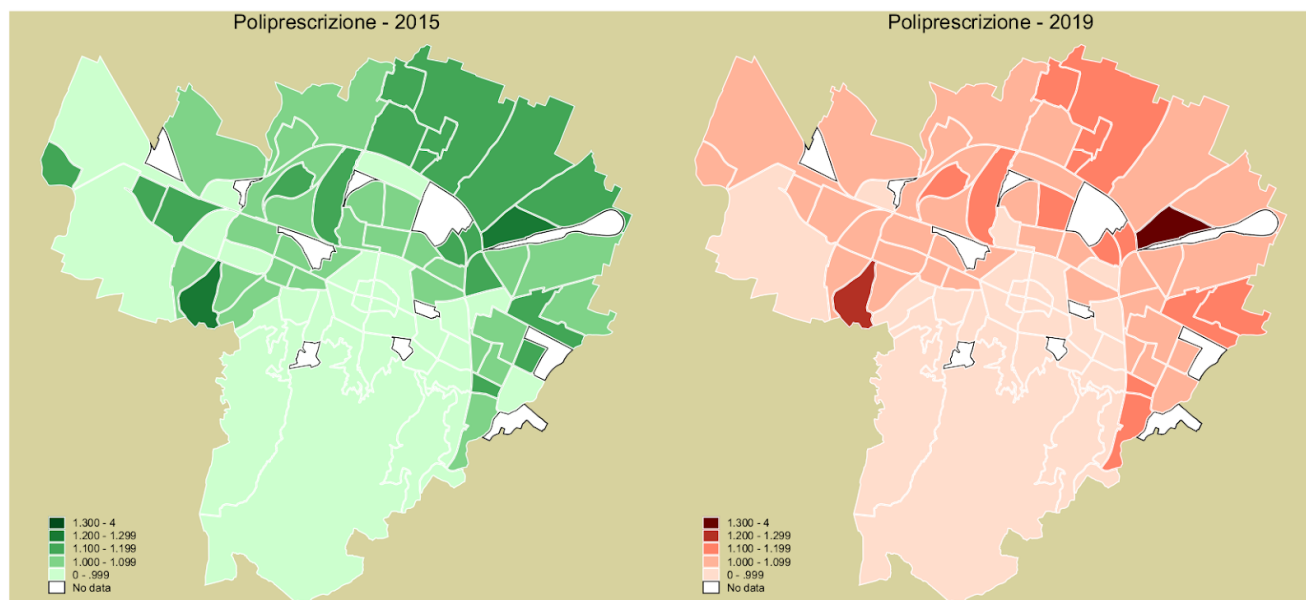


Figura 11: Distribuzione geografica per area statistica della prevalenza di ricoveri (rischi relativi bayesiani). Bologna, 2015 e 2019.

Rischi Relativi (RR) bayesiani per area Statistica
(Comune di Bologna)

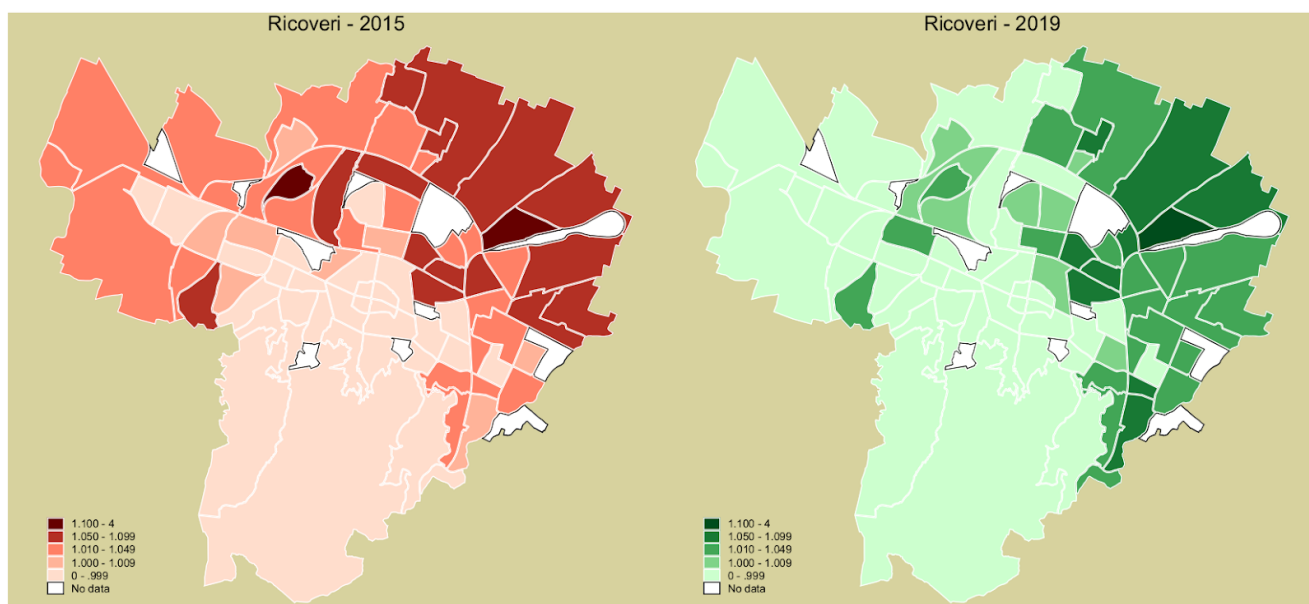


Figura 12: Distribuzione geografica per area statistica della prevalenza di accesso alla specialistica ambulatoriale pubblica o convenzionata (rischi relativi bayesiani). Bologna, 2015 e 2019.

Rischi Relativi (RR) bayesiani per area Statistica
(Comune di Bologna)

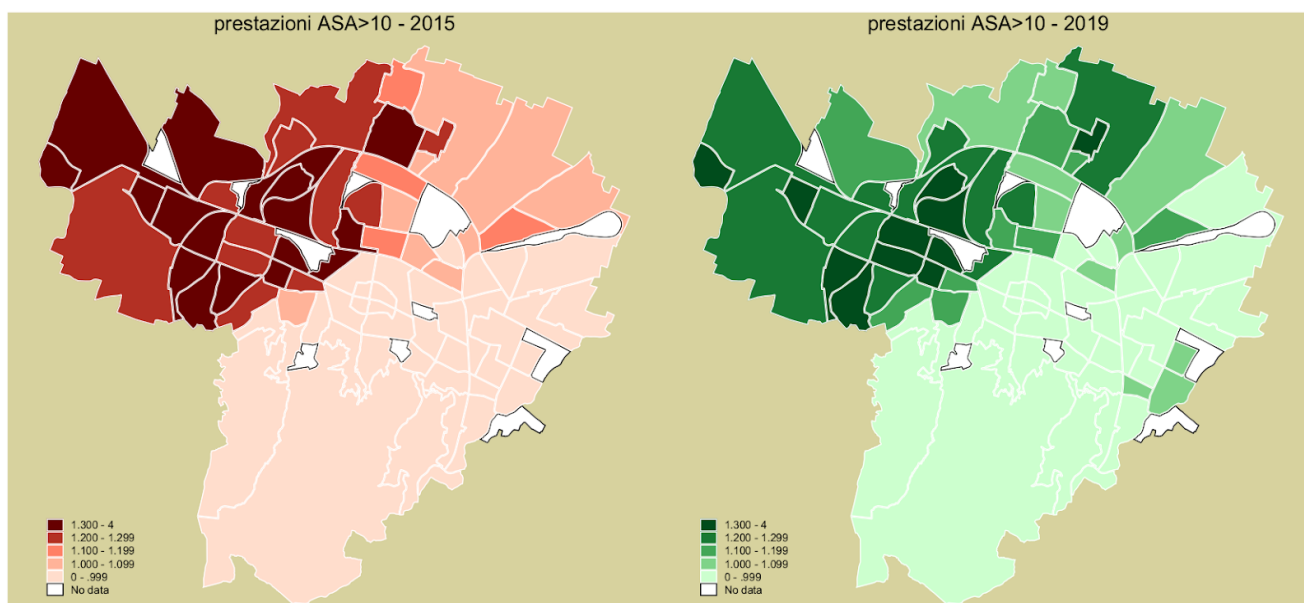
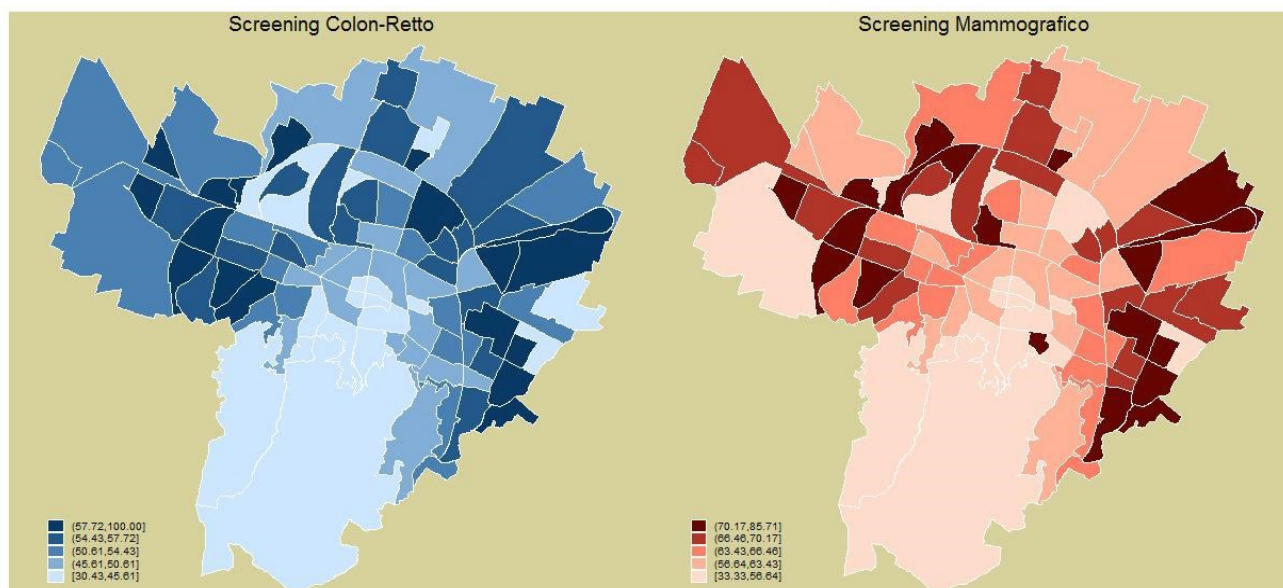


Figura 13: Distribuzione geografica per area statistica del tasso grezzo di adesione agli screening colon-rettale e mammografico. Bologna, 2011-2015.

Tasso grezzo di Adesione Screening 2011-2015
Aree Statistiche - Comune di Bologna



Mappe degli indicatori di salute mentale

Figura 14: Distribuzione geografica per area statistica della prevalenza di accessi al Dipartimento di Salute Mentale (DSM) (rischi relativi bayesiani). Bologna, 2015-2019.

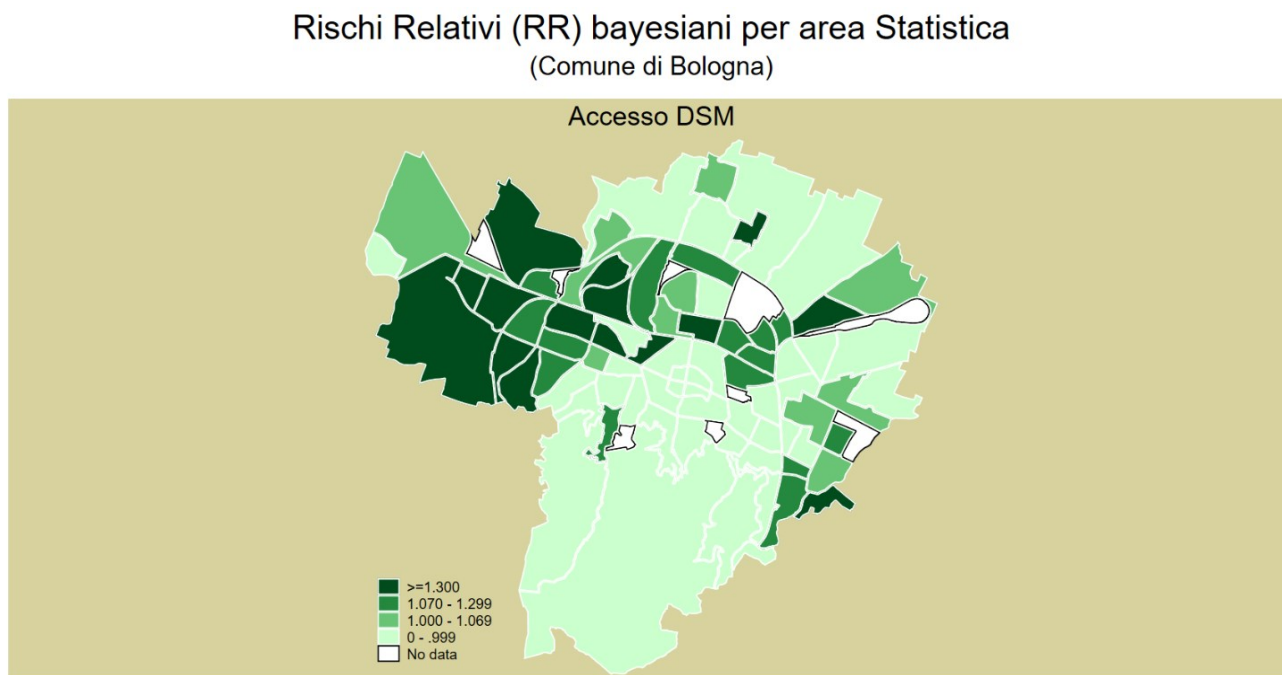


Figura 15: Distribuzione geografica per area statistica della prevalenza di accessi al Dipartimento di Salute Mentale (DSM) con diagnosi psichiatrica (rischi relativi bayesiani). Bologna, 2015-2019.

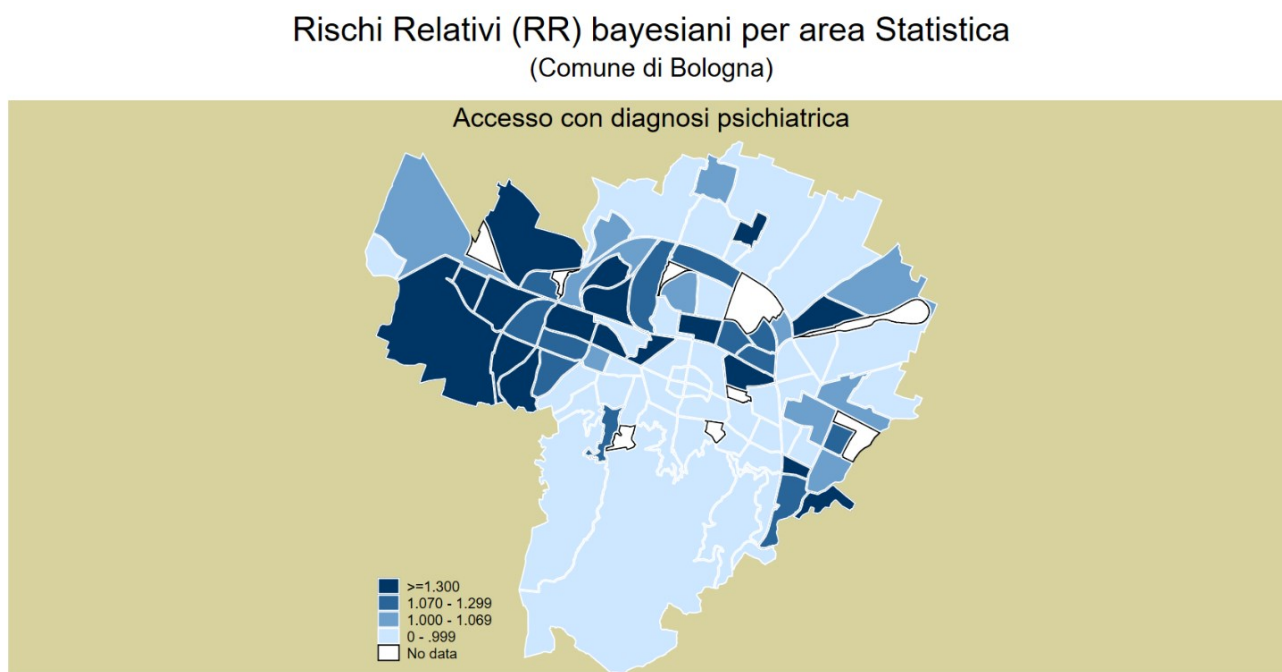


Figura 16: Distribuzione geografica per area statistica della prevalenza di disturbi mentali “comuni” (SMR). Bologna, 2015-2019.

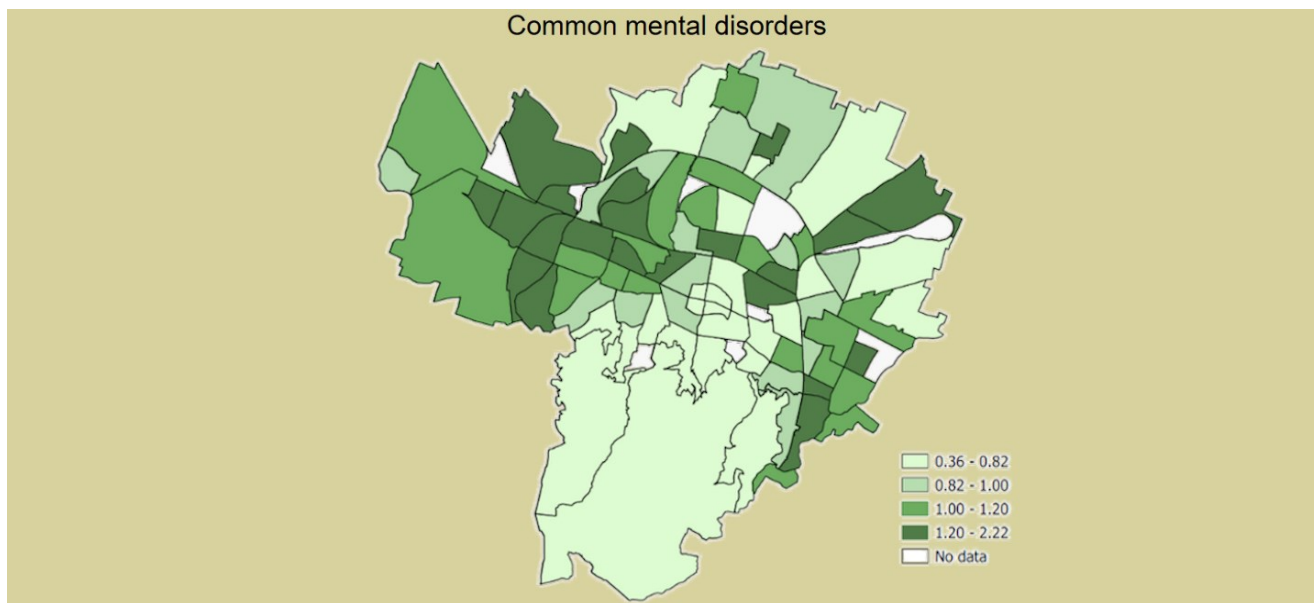
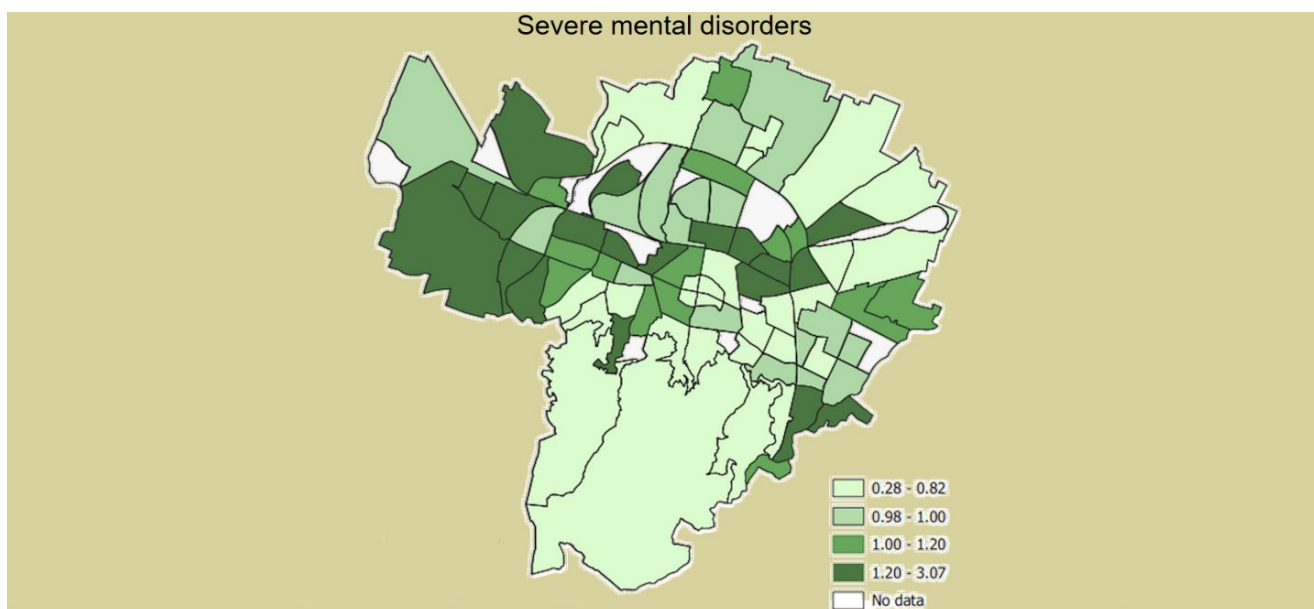


Figura 17: Distribuzione geografica per area statistica della prevalenza di disturbi mentali gravi (SMR). Bologna, 2015-2019.



Mappe delle prestazioni dei servizi sociali

Figura 18: Distribuzione geografica per area statistica del totale di persone con servizi autorizzati. Bologna, 2018-2019.

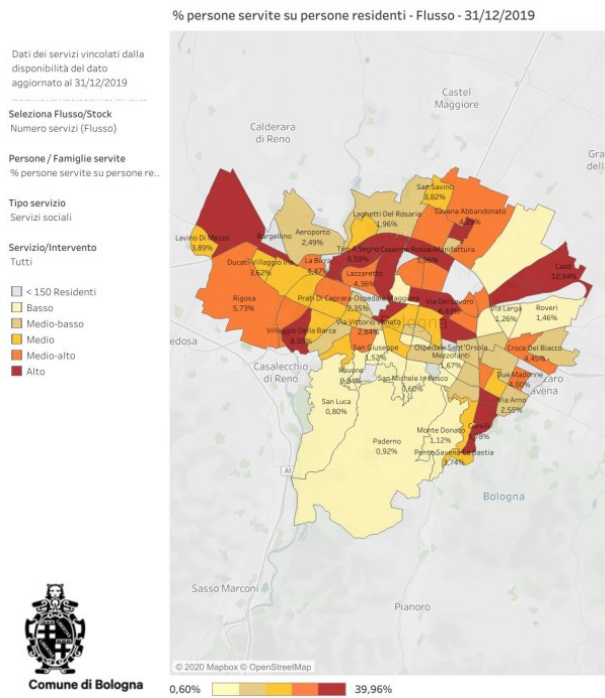


Figura 19: Distribuzione geografica per area statistica delle persone con bonus utenze energia elettrica. Bologna, 2018-2019.

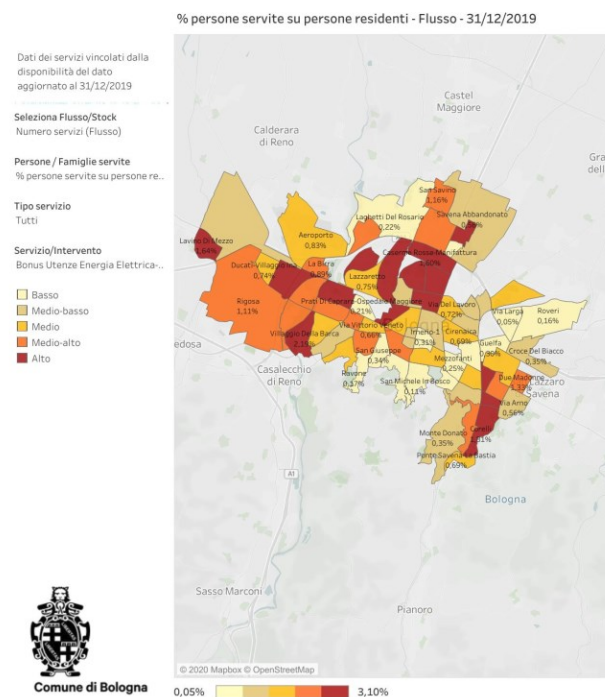


Figura 20: Distribuzione geografica per area statistica dei contributi economici a integrazione del reddito familiare. Bologna, 2018-2019.

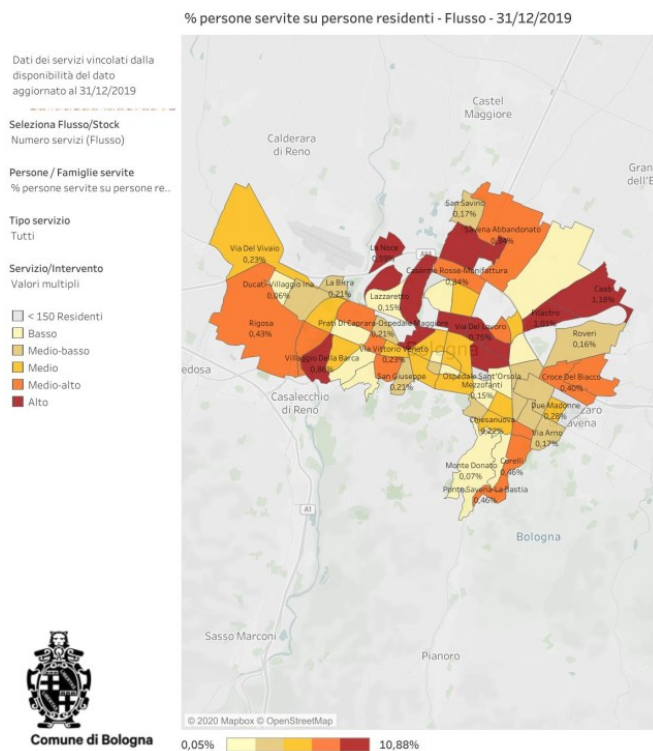


Figura 21: Distribuzione geografica per area statistica del supporto all’inserimento lavorativo. Bologna, 2018-2019.

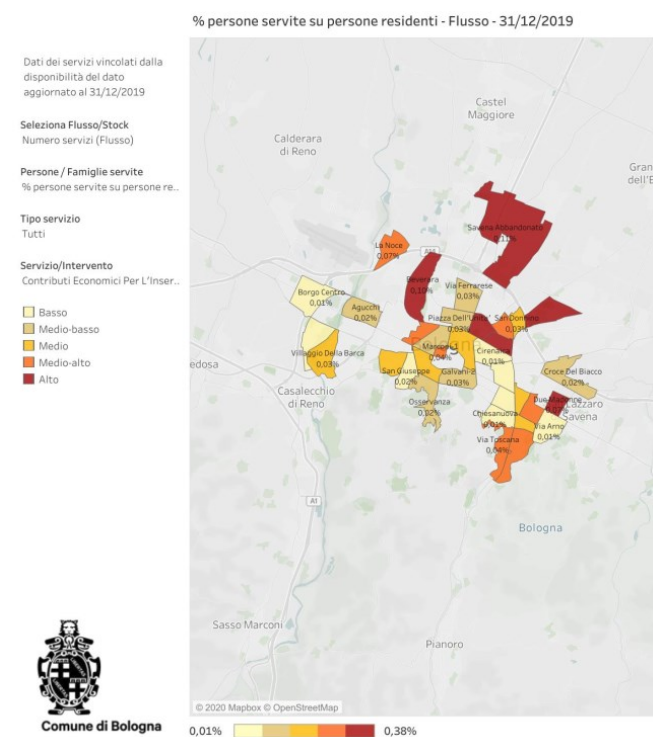


Figura 22: Distribuzione geografica per area statistica delle esenzioni dalla retta dei servizi scolastici. Bologna, 2018-2019.

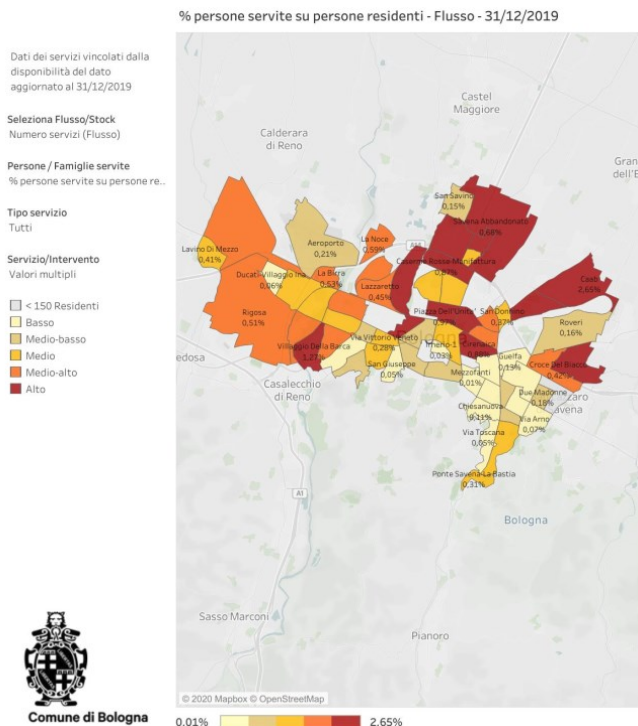


Figura 23: Distribuzione geografica per area statistica delle segnalazioni per ammissione a nidi, materne e centri estivi. Bologna, 2018-2019.

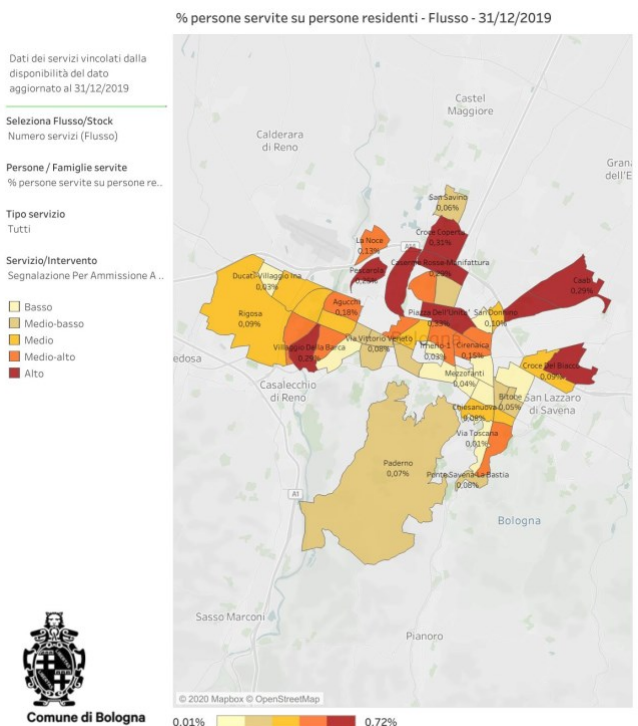


Figura 24: Distribuzione geografica per area statistica dell’assistenza educativa domiciliare. Bologna, 2018-2019.

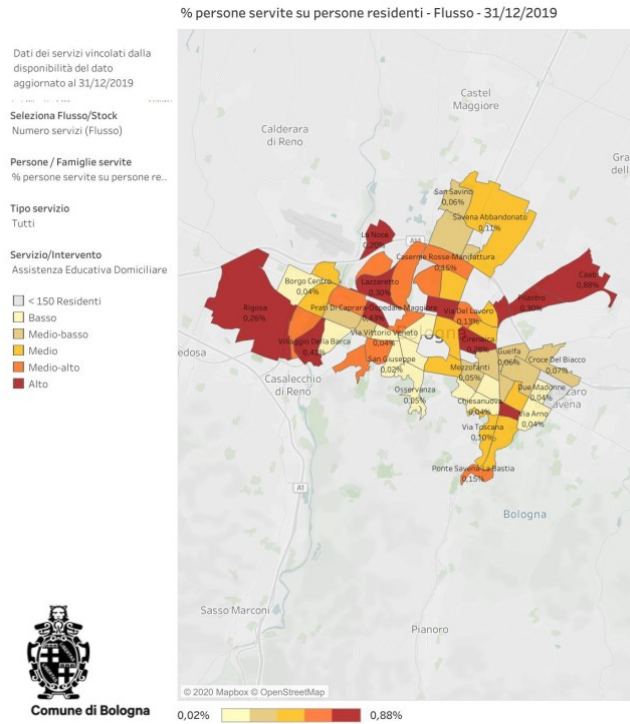


Figura 25: Distribuzione geografica per area statistica degli interventi in rapporto all’Autorità Giudiziaria. Bologna, 2018-2019.

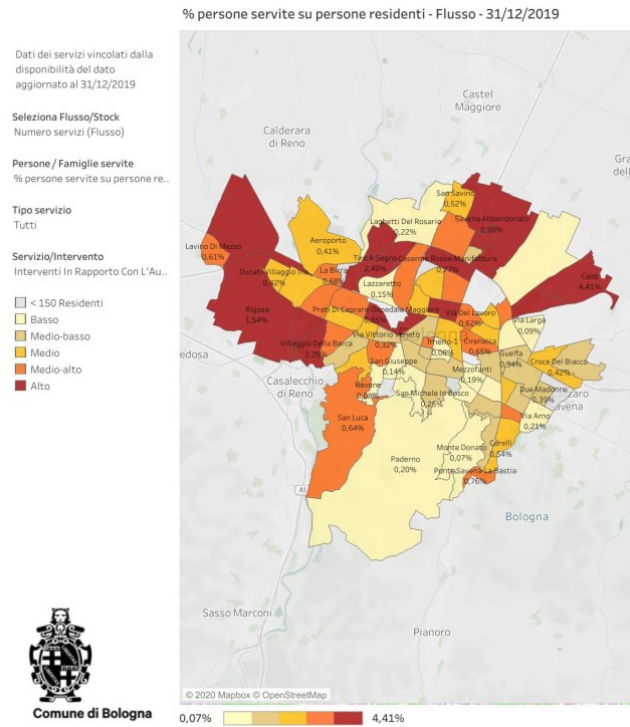


Figura 26: Distribuzione geografica per area statistica della distribuzione di pasti e servizio di lavanderia a domicilio. Bologna, 2018-2019.

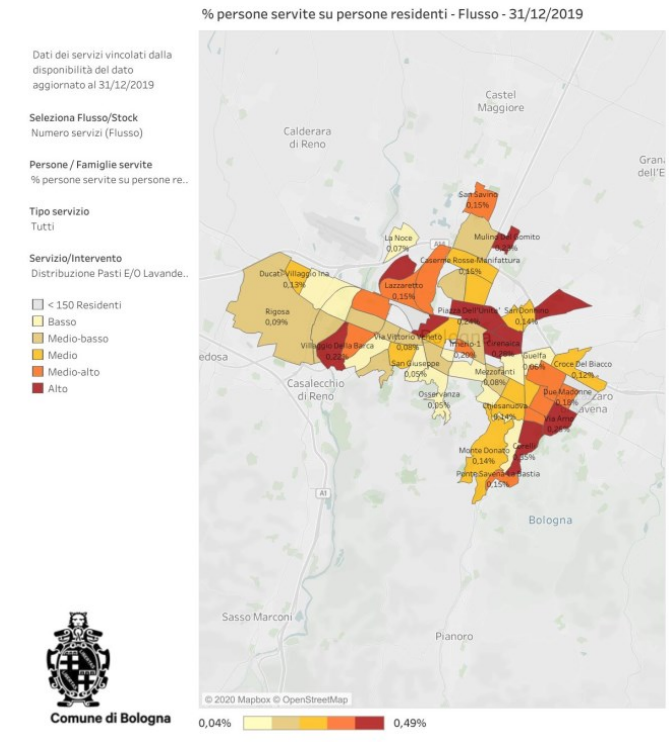


Figura 27: Distribuzione geografica per area statistica delle persone con interventi di assistenza domiciliare. Bologna, 2018-2019.

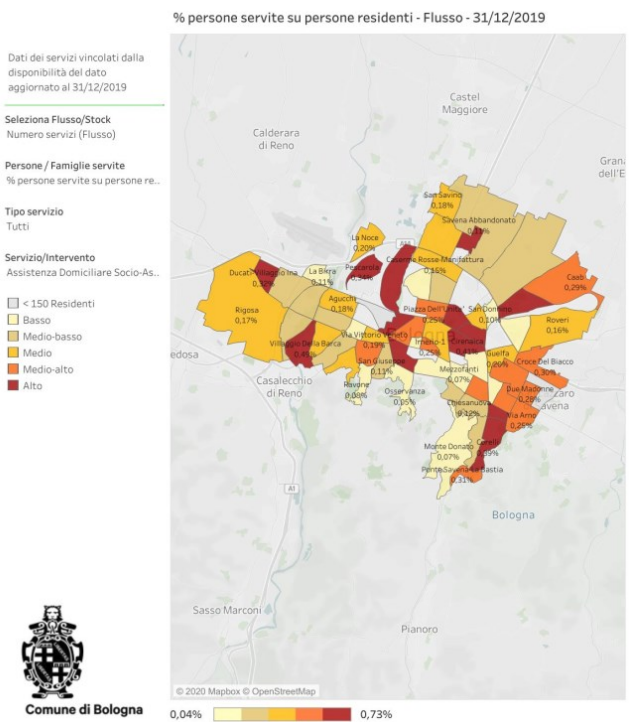


Figura 28: Distribuzione geografica per area statistica degli/le ospiti per posti definitivi e di sollievo nelle case residenza per persone anziane (CRA). Bologna, 2018-2019.

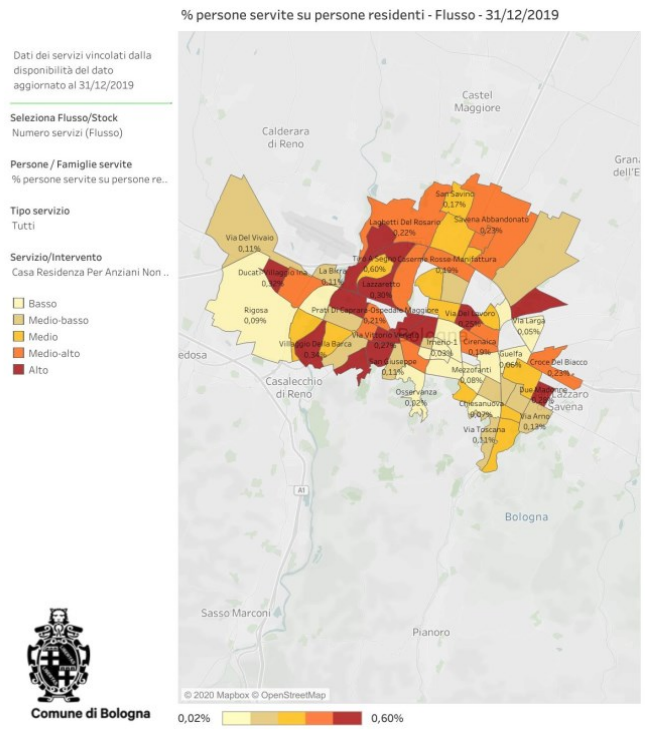
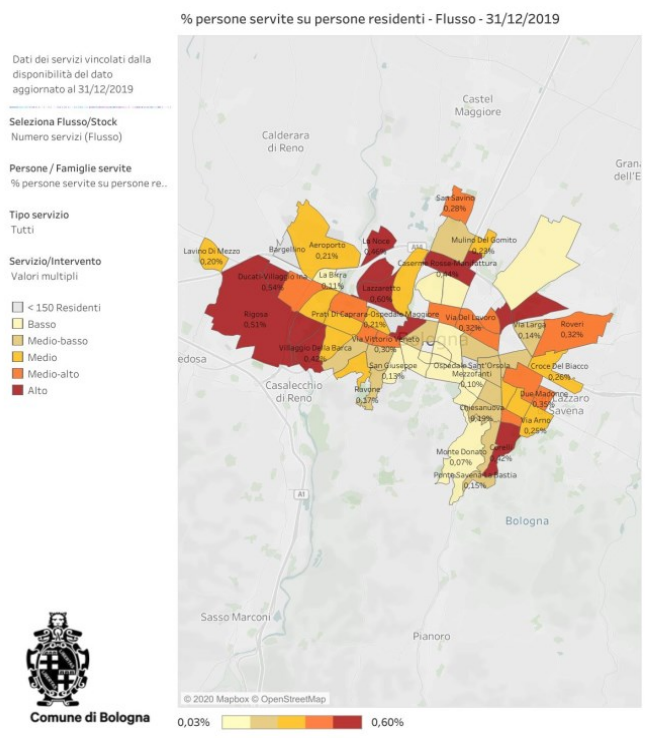


Figura 29: Distribuzione geografica per area statistica delle persone con autorizzazione accesso servizi residenziali. Bologna, 2018-2019.



Metodi

Tipo di studio e popolazione

Si tratta di uno **studio ecologico, osservazionale retrospettivo**, condotto negli anni 2011-15, con analisi ripetute per il periodo 2015-2019. La popolazione di studio è rappresentata dalle **persone residenti nella città di Bologna** di età ≥ 18 anni (nel periodo 2015-2019, per alcuni indicatori sono stati inclusi anche le persone residenti minorenni), raggruppate per il loro indirizzo di residenza in **90 aree statistiche comunali**. Le aree statistiche comunali, che rappresentano le unità di analisi, sono zone amministrative definite dall'unione di più sezioni di censimento i cui confini sono generalmente definiti da infrastrutture fisiche (es. ferrovie o strade principali). La maggior parte delle aree statistiche ha un numero di abitanti abbastanza consistente da garantire una buona numerosità per le analisi statistiche; tuttavia, sono state **escluse 11 aree statistiche con meno di 150 abitanti** perché, di fronte a numerosità così basse, il Comune non rilascia i dettagli delle informazioni socio-demografiche utilizzate nelle analisi.

Analisi descrittive e rappresentazione tramite mappe

Per ogni area statistica con ≥ 150 abitanti, è stata riportata sulle mappe della città la **distribuzione delle variabili di esposizione (determinanti socio-economici) e degli esiti sanitari**.

Per quanto riguarda le **variabili di esposizione**, la distribuzione delle caratteristiche socio-demografiche considerate (vedi Tabella 2 dell'Appendice 1) è stata suddivisa in quintili (suddivisione della distribuzione di dati ordinati in cinque parti uguali) e rappresentata sulle mappe.

Per quanto riguarda gli **esiti sanitari** di interesse (vedi Tabelle 3 e 4 dell'Appendice 1), in un primo momento sono stati stimati i tassi standardizzati per età con metodo diretto utilizzando come standard la popolazione italiana al Censimento del 2011. In un secondo momento, e al fine di rendere più stabili le stime che - in alcuni casi - erano basate su un numero esiguo di eventi oppure su popolazioni a rischio di numerosità ridotta, sono stati stimati i **rischi relativi bayesiani (Bayesian Relative Risks - BRR)**. I BRR sono ottenuti tramite modelli di Besag-York-Mollie (BYM), che sono modelli Poisson con una componente a effetto casuale per tenere conto della eterogeneità non spaziale e una componente per tenere conto della autocorrelazione spaziale, ovvero della tendenza delle aree adiacenti ad avere caratteristiche simili. Valori di **BRR > 1** caratterizzano le aree con tassi/prevalenza più elevati rispetto alla media cittadina, mentre valori di **BRR < 1** caratterizzano le aree con tassi/prevalenza inferiori. Per l'adesione allo screening sono stati calcolati solo i tassi grezzi. Analogamente a quanto fatto per le variabili di esposizione, i BRR e i tassi grezzi sono stati raggruppati in categorie di valori e rappresentati sulle mappe. I limiti superiori e inferiori delle categorie sono diversi per ciascun indicatore e sono stati scelti con la finalità di massimizzare le differenze tra le categorie e ridurre al minimo quelle all'interno delle categorie.

Correlazioni

Per valutare la **correlazione tra alcuni determinanti sociali di salute e gli esiti sanitari** misurati a livello di area statistica sono stati stimati i **coefficienti di correlazione di Spearman (RHO)** (Tabella 5); questi quantificano la relazione tra due variabili X e Y e possono avere un range di valori da -1 a +1, dove +1 indica che la correlazione è totalmente positiva, -1 è totalmente negativa e 0 indica l'assenza di correlazione.

È stato calcolato l'intervallo di confidenza al 95%. Convenzionalmente si considera che per valori tra 0 e 0.19 l'associazione è molto debole, debole per valori 0.2-0.39, media per valori 0.40-0.59, forte per valori 0.6-0.79 e molto forte per valori 0.8-1.0.

Tabella 6 - Coefficienti di correlazione di Spearman e relativi intervalli di confidenza al 95% per la stima dell’associazione tra determinanti sociali ed esiti di salute. Bologna, 2011-2015.

Indicatori sanitari (esiti)	Determinanti socio-economici (esposizione)				
	Percentuale di persone laureate di età tra 25 e 44 anni sulla popolazione totale in età 25-44 anni al Censimento 2011	Percentuale delle famiglie con reddito medio pro capite equivalente inferiore a 12.337 Euro (pari al 60% della mediana)	Percentuale di persone minori in famiglie monogenitoriali (non coabitanti) sul totale dei/le minori al 31/12/2015	Percentuale di persone minori in famiglie monogenitoriali (non coabitanti) sul totale dei/le minori al 31/12/2015	Percentuale della popolazione residente straniera in età tra 0 e 19 anni sulla popolazione totale in età tra 0 e 19 anni al 31/12/2015
Mortalità	-0,47 (-0,65; -0,29)	0,46 (0,27; 0,64)	0,34 (0,11; 0,58)	-0,45 (-0,30; -0,21)	0,37 (0,16; 0,59)
Prevalenza diabete	-0,79 (0,90; -0,67)	0,35 (0,15; 0,55)	0,46 (0,25; 0,67)	-0,41 (-0,63; -0,21)	0,67 (0,53; 0,81)
Accesso in PS per codici bianchi-verdi	-0,73 (-0,85; -0,60)	0,36 (0,15; 0,56)	0,53 (0,34; 0,73)	-0,37 (-0,61; -0,14)	0,63 (0,46; 0,80)
Poliprescrizione farmaceutica	-0,64 (-0,80; -0,47)	0,11 (-0,10; 0,33)	0,44 (0,24; 0,65)	-0,32 (-0,56; -0,09)	0,48 (0,29; 0,68)
Aderenza screening per cancro alla mammella	-0,55 (-0,74; -0,37)	-0,29 (-0,52; -0,05)	0,26 (0,04; 0,48)	-0,52 (-0,72; -0,32)	0,33 (0,10; 0,59)
Aderenza allo screening per cancro al colonretto	-0,51 (-0,71; -0,32)	-0,43 (-0,64; -0,21)	0,23 (0,00; 0,46)	-0,54 (-0,71; -0,36)	0,26 (0,03; 0,49)

NB: La scala di verdi rappresenta l’intensità della correlazione, da molto debole (verde chiaro) a molto forte (verde scuro).

Appendice 2

Report delle aree

Vengono qui allegati i report di ciascuna area geografica, che rappresentano una delle fonti principali per l’elaborazione del report conclusivo.

I report di area sono stati redatti dal gruppo di ricerca in **periodi differenti a cavallo tra luglio 2021 e luglio 2022**¹⁷, in base ai diversi periodi di avvio della ricerca nelle aree (vedi [Box 5](#)). Inoltre, **le tempistiche variano in relazione allo sviluppo del processo di ricerca-azione sul territorio**, peculiare per ciascuna area e legato a diversi fattori contestuali, come per esempio le elezioni comunali e il cambio della presidenza del quartiere. Allo stesso modo, le forme di condivisione e restituzione dei report agli attori locali (presidenti di Quartiere, referenti degli Uffici Reti e Lavoro di Comunità e responsabili dei servizi, rappresentati di associazioni e altre realtà) hanno seguito tempi e modalità specifiche, anche sulla base delle richieste emerse dal territorio.

In ordine le aree di cui si allega di seguito il report:

[Quartiere Borgo Panigale-Reno, area Villaggio della Barca](#)

[Quartiere Navile, area Pescarola](#)

[Quartiere San Donato-San Vitale, aree via Mondo/via del Lavoro](#)

[Quartiere Savena, area Cavedone](#)

[Quartiere Porto-Saragozza, area Zanardi](#)

[Quartiere Santo Stefano, aree Imerio 1 e Imerio 2](#)

¹⁷ Il periodo di redazione è riportato nella copertina di ciascun report.

L’equità nel diritto alla salute: il contrasto alle disuguaglianze nella città di Bologna

Quartiere Borgo Panigale-Reno, area Villaggio della Barca



Report intermedio di fase 2
Redatto a luglio 2021

Indice:

1. Introduzione
2. Metodologia: ricerca qualitativa e ricerca-azione
 - a. L’approccio della ricerca-azione
3. Dati sanitari
4. Il processo di ricerca-azione a Villaggio della Barca
5. Risultati preliminari
 - a. Determinanti sociali
 - b. Servizi e altre realtà del territorio
 - c. Dispositivi di partecipazione
 - d. Effetti della pandemia

1. Introduzione

Il progetto “**L’equità nel diritto alla salute: il contrasto alle disuguaglianze nella città di Bologna**” è nato nel 2019 di concerto con l’Area Welfare del Comune di Bologna, il Dipartimento di Sanità Pubblica della Azienda USL di Bologna, il Policlinico S.Orsola-Malpighi e il Centro Studi e Ricerche in Salute Internazionale e Interculturale dell’Alma Mater Studiorum - Università di Bologna (Dipartimento di Storia Culture Civiltà) a seguito dei dati emersi da una precedente indagine che aveva dato vita alla **prima fase** di uno studio osservazionale (2017-2019) sulla distribuzione di indicatori di esiti in salute (morbilità e mortalità) e di accesso ai servizi nelle diverse aree statistiche della città di Bologna.

I risultati di quello studio hanno mostrato come, a fronte di un miglioramento generalizzato nella salute della popolazione, il tema delle disuguaglianze in salute non fosse da sottovalutare, anche in un contesto cittadino come quello bolognese, caratterizzato già dalla capillare presenza di servizi di prossimità, in un quadro di solidità istituzionale sia economica sia organizzativa. Quello studio ha contribuito a colmare la scarsa presenza in letteratura di analisi che mostrino la distribuzione dello stato di salute a livello cittadino, e che a partire da questo si fanno promotori di interventi di contrasto alle disuguaglianze e promozione dell’equità in salute.

Per meglio comprendere le specifiche dinamiche che a livello territoriale contribuiscono a minare la capacità di raggiungere una piena equità in salute, si è dato vita a un successivo **approfondimento di stampo qualitativo (2019-2021)** per realizzare un approfondimento volto a indagare le modalità attraverso cui le disuguaglianze si riproducono localmente.

L’obiettivo della **seconda fase** del progetto è stato quindi quello di identificare, analizzare e descrivere i determinanti sociali coinvolti a livello territoriale nella genesi delle disuguaglianze in salute nelle aree della città che presentano maggiore vulnerabilità e/o peggiori esiti di salute e indicatori di accesso ai servizi.

D’accordo con la cabina di regia, identificata con Il Tavolo di Promozione della salute del Comune di Bologna, e in consultazione con i rispettivi quartieri sono state individuate per il 2020 le prime tre aree della ricerca qualitativa, rispettivamente:

- Villaggio della Barca, per il Quartiere Borgo Panigale-Reno;
- Pescarola, per il Quartiere Navile;
- Via Mondo-Via del Lavoro, per il Quartiere San Donato-San Vitale.

L’avvio delle attività della seconda fase del progetto è coinciso tuttavia con l’inizio della pandemia da COVID-19, andando inevitabilmente a imporre una ridefinizione delle modalità di ricerca ma non degli obiettivi. Ove possibile, le attività di ricerca qualitativa (interviste, focus group) e di ricerca-azione (incontri di confronto e programmazione, restituzioni, analisi collettive dei dati) sono state condotte online. Ove e fin quando possibile, sono state mantenute attività di campo come passeggiate e osservazioni, incontri con singole persone. **Purtroppo, è stata molto sacrificata la parte che doveva coinvolgere le persone abitanti nelle aree selezionate. È stato altresì difficile intercettare le organizzazioni e il personale sanitario, travolto dalla situazione e con nessuno spazio per attività fuori dall’emergenza.**

Nella primavera del 2021 (con un lieve ritardo causato dalla pandemia), si è iniziato a lavorare anche sulle nuove tre aree:

- Innerio 1 e 2, per il Quartiere Santo Stefano;
- Cavedone, per il Quartiere Savena;
- Zanardi, per il Quartiere Porto-Saragozza.

Per ogni area si è costituito un gruppo multidisciplinare che ha sempre visto la partecipazione di figure senior di formazione antropologico-sociale e di sanità pubblica, affiancate da giovani in formazione o laureate/i.

2. Metodologia: ricerca qualitativa e ricerca-azione

La seconda fase di ricerca è stata sviluppata a partire da un approccio qualitativo, a carattere etnografico, volto a comprendere la molteplicità e l’interdipendenza dei fattori che, a vari livelli, concorrono nel creare un contesto di vita favorevole o meno alla salute delle persone nel territorio in cui vivono.

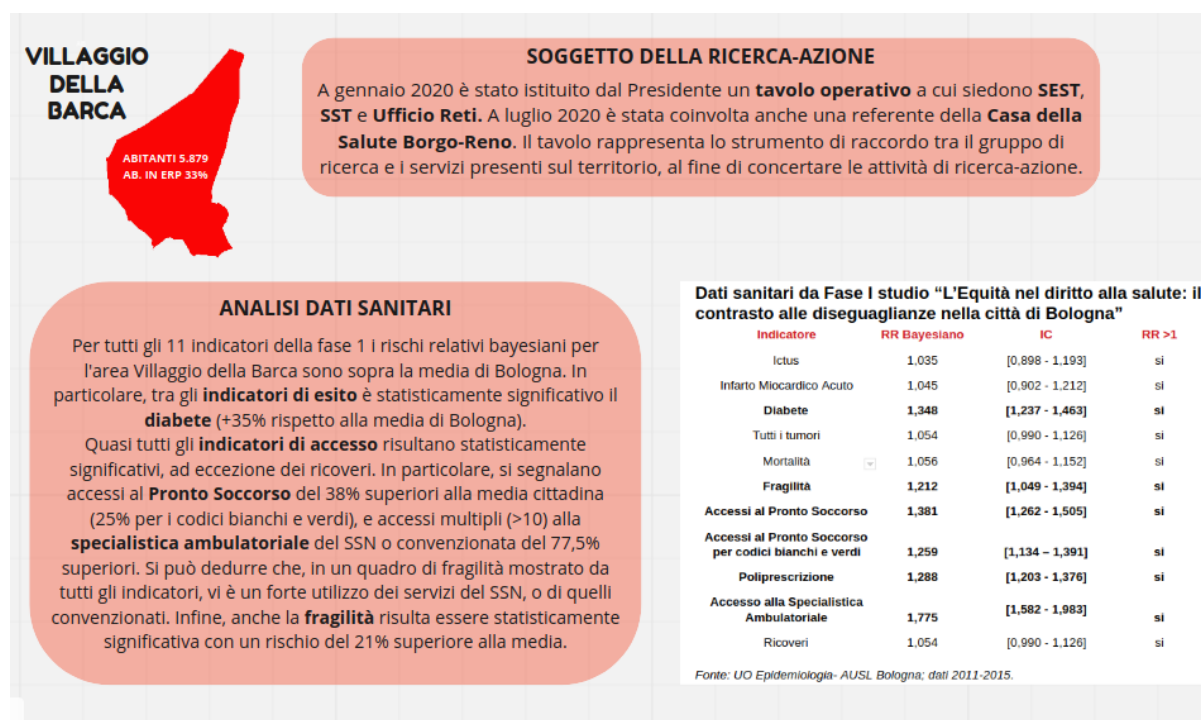
A tal fine sono stati utilizzati **prevalentemente strumenti di indagine etnografica** – quali **mappature del territorio, osservazione partecipante, interviste in profondità, focus group** – che sono particolarmente appropriati per esplorare i significati che i soggetti coinvolti (abitanti, operatori/rici e responsabili dei servizi, membri di associazioni...) attribuiscono ai fenomeni che li circondano e per far emergere i “non detti” impliciti nella pratica quotidiana. Tali strumenti, inoltre, permettono di valutare nello specifico quali sono i soggetti e i gruppi particolarmente svantaggiati (es. migranti, famiglie in stato di povertà, famiglie monogenitoriali, anziani soli ecc...), quali sono i bisogni non soddisfatti a cui si può dare risposta da parte dei servizi e delle istituzioni e quali risorse comunitarie sono già localmente presenti. In questo modo è possibile produrre informazioni (percezioni, emozioni, posizioni radicate nell’interiorità) che non sono indagate dalle comuni banche di dati e che esplorano le ragioni per cui si riscontrano determinati problemi di salute e come si potrebbe agire per contrastarli.

Allo stesso tempo questa fase si inserisce all’interno di un **più ampio approccio di ricerca-azione che caratterizza tutto il progetto, con lo scopo di contribuire alla creazione di un ‘potenziale d’azione’** (in termini di relazioni/gruppi di lavoro, conoscenze, competenze, motivazione, mandato politico) per l’equità in salute e, ove possibile, ad azioni concrete in quella direzione.

a. L’approccio della ricerca-azione

Come sopra indicato, il progetto è orientato al paradigma della ricerca-azione, in base al quale le informazioni raccolte sul campo sono inserite in un ciclo continuativo di riflessione e azione teso alla trasformazione dei saperi, delle pratiche e dei contesti in cui si sviluppa. Applicata agli ambiti del contrasto delle disuguaglianze e della promozione della salute, un campo privilegiato di analisi ed intervento è quello dell’impatto dei servizi e delle politiche sui determinanti sociali della salute. Perciò, **i risultati di una ricerca-azione non sono esclusivamente da intendersi sul piano della generazione di nuove conoscenze** (in questo caso, quali determinanti agiscono sulla salute delle persone in un dato territorio), **ma anche delle nuove relazioni che si instaurano** (tra servizi, istituzioni, associazioni, abitanti e gruppo di ricerca), producendo conoscenze e consapevolezza condivise e costruendo nuove forme di azione integrata e partecipata.

3. Dati sanitari



4. Il processo di ricerca-azione a Villaggio della Barca

Per il quartiere Borgo Panigale-Reno, in accordo con l'ex presidente Vincenzo Naldi, è stata individuata come zona specifica di indagine l'area statistica del Villaggio della Barca. Inoltre, nel gennaio 2020 è stato istituito dal Presidente un **Tavolo operativo** a cui siedono **SEST, SST e Ufficio Reti**. Nel luglio 2020, a seguito dell'interesse mostrato da parte della dirigenza della **Casa della Salute Borgo-Reno**, nel Tavolo è stata coinvolta anche una referente di questo servizio. Il Tavolo rappresenta lo strumento di raccordo tra il gruppo universitario e i servizi presenti sul territorio, al fine di concertare le attività di ricerca. Le stesse riunioni svolte con il tavolo sono da considerarsi come momenti di confronto con gli/le operatori/rici coinvolte/i e fonte di dati da includere nei risultati del progetto.

Dal mese di giugno a oggi (settembre 2021) sono state svolte **molteplici interviste in profondità e focus group** con i **servizi** e gli **enti del terzo settore** locali, in particolare:

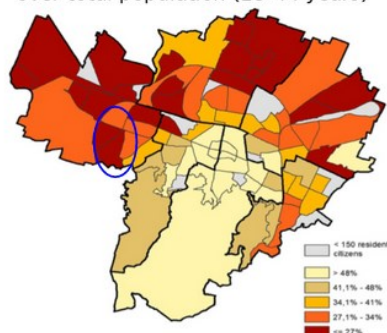
- con i servizi (in ordine cronologico):
 - il Servizio Educativo e Scolastico Territoriale (Sest)
 - l'Educativa di Strada (EDS)
 - il Poliambulatorio Reno e con il referente nucleo cure primarie Villaggio della Barca
 - il Centro Anni Verdi
 - il Centro di Salute Mentale
 - servizio anti-dispersione delle scuole Dozza
 - Area Tutela Minori del Servizio Sociale Territoriale (SST)
- con gli enti del terzo settore (in ordine cronologico):
 - Parrocchia di Sant'Andrea Apostolo
 - Radio “C.A.P.”
 - Centro sociale “Rosa Marchi”

- Centro culturale islamico e Associazione “Le altre voci di Afkar”
- “APE” Onlus
- Centro sportivo Barca
- Associazione scuola calcio “Barca-Reno”

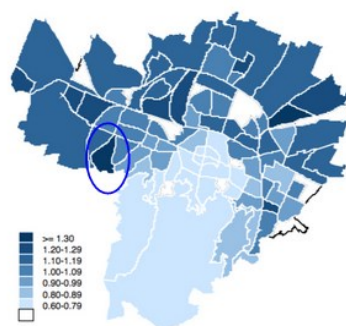
In occasione del secondo incontro del Tavolo (luglio 2020) **si è scelto di concentrare l’attenzione sulla popolazione giovanile** che vive su questo territorio, non come target bensì **come lente a partire dalla quale guardare alle problematiche, ai bisogni, alle risorse e alle opportunità dell’area**. La decisione è stata presa sia alla luce dei dati quantitativi - data la leggera sovra-rappresentazione di bambini e giovanissimi nella fascia di età 0-18 anni, pari al 18% del totale della popolazione residente, rispetto al 15% bolognese e la sovrarappresentazione dei residenti stranieri nella fascia d’età 0-19 anni del 27,1% rispetto a una media del 21,8% bolognese a dicembre 2016 - sia in un’ottica di promozione della salute. Sono stati quindi osservati **l’evasione, l’abbandono, il ritiro scolastico e, più in generale, la “povertà educativa”**: questi fenomeni, infatti, si configurano come determinanti sociali e, sul lungo periodo, **possono quindi incidere sugli esiti in salute delle persone**. In particolare, dalla prima fase dello studio nell’area di Villaggio della Barca è risultata sopra la media cittadina la prevalenza di diabete, che in letteratura è associata alla condizione socio-economica ma anche al livello di istruzione.

Percentuale laureati (25-44 anni) e Prevalenza diabete

Proportion of graduates (25-44 years) over total population (25-44 years)



Diabetes prevalence (2015)



Per favorire un approccio il più possibile immersivo nella realtà del territorio, su suggerimento del Sest e in accordo con tutto il Tavolo, si è scelto di procedere con **l’osservazione partecipante ad alcune delle attività realizzate dal servizio di Educativa di Strada (EDS)**. In seguito a un primo incontro, il nostro gruppo di ricerca (nelle vesti di Valerio D’Avanzo), a partire da settembre 2020, ha affiancato l’EDS in alcune uscite di monitoraggio nel quartiere, con le finalità di **raccogliere in maniera più diretta il punto di vista dei/delle giovani** sul territorio e di **osservare le modalità di funzionamento di questo servizio di prossimità**. Inoltre, questa collaborazione ci ha dato la possibilità di **supportare la rinnovata sinergia tra EDS e Radio C.A.P.**: alcuni ragazzi seguiti dall’EDS hanno potuto infatti utilizzare lo studio della radio presso il C.S. Rosa Marchi per effettuare le registrazioni di alcuni brani rap. Grazie all’educativa di strada è stato possibile conoscere e frequentare con assiduità (da novembre 2020 a giugno 2021) il **Centro Anni Verdi**, diventato un altro luogo di osservazione privilegiato per quanto concerne il mondo giovanile. Nel mese di giugno 2021 è stata contattata e coinvolta anche l’**Area Tutela Minori** dei servizi, con la quale è in programma una collaborazione sulla mappatura delle risorse presenti nell’area statistica, accompagnata dall’analisi dei dati delle prese in carico sul territorio.

Nel raccogliere il punto di vista di attori locali e di alcuni/e abitanti è emersa la **ricchezza delle iniziative presenti sul territorio e del terzo settore**, oltre che il loro valore in un approccio di promozione della

salute. Ogni intervista ha contribuito al processo di ricerca-azione sviluppando il potenziale di rete e di relazione già presente.

In questa cornice, infatti, abbiamo potuto rilevare le grandi potenzialità del **dialogo esistente tra la comunità parrocchiale di S. Andrea e il Centro Culturale Islamico**, che si concretizza in diverse attività di mutualismo e supporto essenziali sul territorio (ad esempio la colletta alimentare). L’associazione **Le altre voci di Afkar** ci ha introdotto alla comunità musulmana, mentre la parrocchia ci ha segnalato il protagonismo giovanile di **Radio C.A.P.**, da cui è derivata la conoscenza del **C.S. Rosa Marchi**. L’intervista a un abitante invece ci ha permesso di conoscere la realtà degli **orti urbani**, mentre la visita al **Centro Anni Verdi (CAV)** sotto il Treno ha portato alla realizzazione di un’intervista all’associazione **APE Onlus** e a un’educatrice per l’anti-dispersione delle scuole Dozza. Tramite l’educativa di strada abbiamo potuto entrare in contatto con il **centro sportivo Barca**, nel quale è stato possibile conoscere una delle associazioni sportive presenti, la **scuola calcio Barca-Reno**.

Queste attività, di incontro e di relazione, hanno evidenziato come i **significati e le pratiche associate al concetto di salute sono molte ed eterogenee**, e che la **preservazione di questa complessità costituisce di per sé una pratica di promozione della salute**.

5. Risultati preliminari

a. Determinanti sociali

Nel Quartiere Borgo Panigale-Reno, così come nel resto della città, le politiche di pianificazione urbana e sociale hanno portato nel corso degli anni alla concentrazione di persone con basso reddito in alcune zone, contribuendo alla creazione di micro-aree ghettizzate e ghettizzanti, spesso coincidenti con le zone in cui si trovano comparti di edilizia residenziale pubblica (ERP). A Villaggio della Barca, in particolare **nella zona adiacente al Treno, si riscontrano condizioni di vita peggiori rispetto al resto del Quartiere**, se non rispetto al resto dell’area statistica.

Dal punto di vista ambientale, il Villaggio è caratterizzato da **numerosi spazi verdi**, sia lungo il fiume Reno sia in direzione Saragozza. Nell’area del Treno però si può notare uno **stato di scarsa pulizia e incuria, oltre alla presenza di diversi spazi chiusi e abbandonati**. Recentemente il Comune ha stretto un accordo economico con ACER per ristrutturare 12 negozi del Treno vuoti da tempo, due dei quali sono stati assegnati in gestione al quartiere Borgo Panigale-Reno. Questa iniziativa di **riqualificazione urbanistica** si collega ad un più ampio processo di **patrimonializzazione** in atto a Bologna: il lungo porticato che contraddistingue il Treno, infatti, è entrato a far parte della lista dei beni patrimonio dell’umanità Unesco insieme ad altri dodici tratti selezionati in tutta la città.

Il trasporto pubblico risulta problematico nel collegamento tra questa area e il resto del Quartiere, dove sono presenti le sedi centrali dei servizi sociali e sanitari. Per esempio, le sedi dello Sportello Sociale e della Casa della Salute di Borgo Panigale-Reno sono distanti dall’area di Villaggio della Barca e non esiste un collegamento di autobus diretto.

Dal punto di vista socio-demografico, si ha un’**alta concentrazione di popolazione straniera** e di **famiglie mononucleari** composte da persone adulte e anziane, con una **maggiore presenza di bambini e adolescenti** rispetto alla media cittadina. È stato riportato che il turnover residenziale in corso, che vedrà il progressivo ingresso di famiglie più giovani e numerose nell’area, stia comportando **difficoltà nell’integrazione** tra popolazione anziana “autoctona” e nuovi nuclei familiari di origine straniera. In generale, gli attori intervistati riportano problematiche legate al **disagio economico** (bassi redditi, povertà estrema di alcune famiglie soprattutto straniere) e **abitativo** (rischio di sfratti, percezione generale di insicurezza). A questi problemi si sommano quelli dell’**inadeguatezza delle abitazioni ERP**, che spesso sono troppo piccole per nuclei numerosi e inadatte a persone con ridotta mobilità (abitazioni senza ascensore). È stato riportato inoltre un **peggioramento generale delle condizioni di vita e una regressione**

dei bisogni a seguito della crisi economica esplosa nel 2008, un dato che evidenzia quanto la condizione socio-economica di queste fasce di popolazione sia un fattore di rischio particolarmente rilevante.

La progressiva **digitalizzazione** delle risorse offerte alla cittadinanza non è stata accompagnata da un’adeguata alfabetizzazione all’uso di apparecchiature e dispositivi elettronici, in particolare per la popolazione anziana, che necessita quindi di formazioni specifiche.

Dal confronto con i servizi sono emerse diverse questioni relative alle condizioni di salute. Sono state riportate situazioni di **dipendenze da alcol, sostanze e gioco d’azzardo**, collegate anche a un alto livello di disoccupazione. È stata manifestata apprensione per i bisogni non letti inerenti la **disabilità** nelle **famiglie straniere**. Rispetto alle **persone anziane** i servizi riscontrano **aumento delle condizioni di fragilità** (in particolare dei disturbi cognitivi), una **percezione di insicurezza diffusa** e un **crescente senso di solitudine**. È stata riportata inoltre la problematica del disturbo di accumulo.

Per quanto concerne la **popolazione giovanile**, sono state riportate problematiche crescenti legate alle **dipendenze da sostanze e da alcool** già nella fascia d’età tra i 10 e i 12 anni, oltre che dai **dispositivi digitali** e dai **videogiochi**. Sono state anche evidenziate **abitudini alimentari scorrette** e potenzialmente dannose. È stato segnalato un alto numero di indagini per **violenza assistita** dalla Tutela Minori. C’è un dialogo avviato tra istituzioni scolastiche, servizi educativi e Neuropsichiatria Infantile su diversi casi di **dispersione scolastica** già dalle scuole medie, casi che si correlano a un crescente **disagio psicologico** (casi di ritiro sociale e di depressione, aumentati a seguito della pandemia). Inoltre i servizi hanno riportato la richiesta da parte dei/le giovani di **avere spazi di ascolto con adulti** dove poter parlare delle proprie problematiche. In più occasioni è stata riferita una **generale mancanza di prospettiva per il futuro vissuta dai/le giovani**.

b. Servizi e altre realtà del territorio

Rispetto all’ambito dei servizi, per le ragioni sopra riportate e considerando i limiti di tempo ed energie del gruppo di ricerca, **ci si è focalizzati sul funzionamento dei servizi educativi**, in particolare **sugli aspetti da valorizzare e potenziare in chiave di promozione della salute** (raccolta e analisi dei bisogni, prossimità dei servizi ai luoghi di vita e integrazione con altri servizi/altre realtà del territorio). Si è comunque potuto parzialmente raccogliere anche il punto di vista dei servizi sanitari (in particolare del responsabile della Casa della Salute, del responsabile del Poliambulatorio Reno, del Coordinatore del nucleo di MMG della Barca, delle operatrici del Centro di Salute Mentale) e sociali (durante gli incontri del Tavolo e per la raccolta e analisi dei dati di Garsia).

In questo senso, senza pretesa di esaustività, si ritiene utile riportare i seguenti aspetti:

- relativamente alla prossimità, la costante presenza fisica sul territorio dell’EDS e del CAV permettono a questi servizi di svolgere, oltre a un ruolo di cura e presa in carico strutturato sulla relazione di fiducia che si crea con i/le giovani e le loro famiglie, anche un’importante **opera di prevenzione, fungendo da “sensori territoriali”** rispetto all’evoluzione dei bisogni e delle condizioni di salute delle persone residenti;
- è emersa la necessità di costruire ulteriori **presidi in cui le/i giovani del quartiere possano sperimentare una socialità ludica e di cura**;
- il **“Tavolo adolescenti”¹⁸** è emerso come uno **strumento apprezzato** per lo scambio di competenze tra educatori/trici e il raccordo su approfondimenti specifici (ad es. l’uso dei *digital device* e il *parental control*). Inoltre, è occasione di confronto sulle segnalazioni ricevute, sulle progettualità e gli eventi del territorio;

¹⁸ Il Tavolo adolescenti è un tavolo presente in ciascun Quartiere, sebbene con organizzazioni differenti. Quello di Borgo Panigale-Reno è nato nel 2011 e vede coinvolti educatori/trici del CAV, dei socio-educativi, dell’Educativa di strada, del SST e personale scolastico

- vi è una proficua **collaborazione tra EDS e il progetto “Guida la notte”**, in particolare attraverso la sezione “Beat Project”¹⁹, sulla prevenzione e contrasto alle dipendenze rivolte al mondo della notte;
- nell’ottica di pensare il **settore educativo** come parte in causa di un intervento trasversale di promozione della salute, è emersa **la necessità di collaborare con l’ambito sanitario**: in particolare con la Neuropsichiatria Infantile (per prevenire interventi sanitari dovuti alla deprivazione sociale ed evitare forme di medicalizzazione) e la Pediatria (ad esempio, per sostenere stili alimentari più sani).

c. Dispositivi di partecipazione

Relativamente a questo ambito si voleva approfondire il coinvolgimento degli/le abitanti - soprattutto di coloro che vivono una condizione di maggior vulnerabilità - nella progettazione e nella realizzazione dei servizi e delle opportunità presenti sul territorio. Purtroppo le risorse limitate e la difficoltà a svolgere ricerca sul campo a causa della pandemia di Covid-19 hanno fortemente limitato l’esplorazione di questo aspetto.

Va però menzionato il progetto del **Community Lab**, un **progetto partecipativo promosso dalla Regione nel 2013** in diversi contesti **e che il Quartiere e l’Ufficio Reti hanno fatto proprio** portandolo avanti anche negli anni successivi e coinvolgendo attivamente numerose realtà del territorio (circa 60 realtà tra le quali anche importanti imprese e aziende della zona). A causa della pandemia, le edizioni del Community Lab 2020 e 2021 non sono state organizzate, non permettendoci quindi di osservarne lo svolgimento.

Nel quartiere Borgo Panigale-Reno, il progetto si è declinato **per dare risposta al bisogno di attività estive per ragazze/i che non possono andare in vacanza**. A tal fine sono stati organizzati dalle realtà del territorio, e attraverso un ampio dispiegamento di persone volontarie, corsi e laboratori (di carattere culturale, sportivo, artistico, etc...) rivolti ai/le giovani. Grazie anche al coinvolgimento delle scuole, in pochi anni sono triplicate le iscrizioni (è richiesta una piccola quota di dieci euro) fino ad arrivare a quasi 500 iscritti, provenienti anche da altre aree della città.

Il Community Lab è stato indicato come un’iniziativa preziosa per la capacità di **mobilitare le numerose risorse presenti sul territorio** mettendole in rete, ma anche e soprattutto per aver offerto **possibilità di capacitazione a ragazzi/e del quartiere**, affidando loro l’organizzazione e la gestione di corsi e laboratori (hip-hop, breakdance, writing, per fare alcuni esempi) per bambini/e e adolescenti, grazie anche alla collaborazione con l’Educativa di Strada. È stato infatti condiviso quanto il bisogno espresso dai/dalle giovani del quartiere sia di **partecipare attivamente** alla vita collettiva, più che di essere inseriti/e in momenti di formazione. Il progetto ha riscontrato, soprattutto negli ultimi anni, alcune criticità nella gestione del crescente numero di iscrizioni, non avendo a disposizione un sistema di elaborazione digitale adeguato, pur avendone fatto richiesta al Comune. Inoltre, si è manifestata una certa difficoltà ad agganciare giovani adolescenti attraverso il formato laboratoriale, nonostante la gestione dei corsi da parte di coetanei/e. È stato notato infatti che **nella fascia di età delle scuole superiori si predilige un approccio più informale** e meno rigido dal punto di vista degli orari, spingendo l’Ufficio Reti a **puntare di più in futuro su spazi a libero accesso con attività informali e di volontariato**.

¹⁹ Beat Project è una delle sezioni del progetto complessivo “Guida la notte” che prevede tre sezioni. “Guida la notte” ha come azione primaria le attività rivolte alle scuole secondarie sia di primo grado (Sezione “Il paese delle meraviglie”) sia di secondo grado (sezione “Free Zone”) a cui si aggiungono la formazione/informazione di insegnanti/educatori e genitori.

d. Effetti della pandemia

L’arrivo della pandemia di COVID-19 e le conseguenti misure restrittive poste in essere per il contenimento del contagio hanno amplificato e reso ancora più visibili gli svantaggi dell’area, a partire dalle disuguaglianze concernenti l’ambito socio-economico e quello scolastico-educativo. Ciò si è concretizzato nell’**emersione di nuove povertà e di nuovi bisogni di salute, oltre alla storica utenza dei servizi sociali**. L’SST si è trovato in una situazione di sovraccarico nel tentativo di dare risposte a situazioni emergenziali che riguardavano bisogni primari. **I tavoli di integrazione tra servizi per la gestione di casi complessi sono stati sospesi**. Diversi nuclei familiari si sono trovati nella condizione di non riuscire a pagare il canone d’affitto, con conseguente rischio di sfratto.

La gestione a distanza di **anziani con disturbi cognitivi** è stata problematica, in più molte persone anziane sono andate incontro a **decadimento psico-fisico** a causa delle misure restrittive. Anche dopo la fine del primo lockdown, era comune nella popolazione il timore a frequentare servizi ospedalieri e ambulatoriali per paura di venire contagiati, timore che ha portato a privilegiare il contatto con i medici di base. Nell’immediato, ciò ha comportato la difficoltà ad ottenere diagnosi preventive tramite screening di diverse patologie.

Quasi tutte le associazioni hanno dovuto interrompere ogni attività in presenza, cercando dove possibile di mantenere i contatti con gli/le abitanti attraverso modalità online. Ciò ha provocato perdite economiche rilevanti per mancanza di finanziamenti.

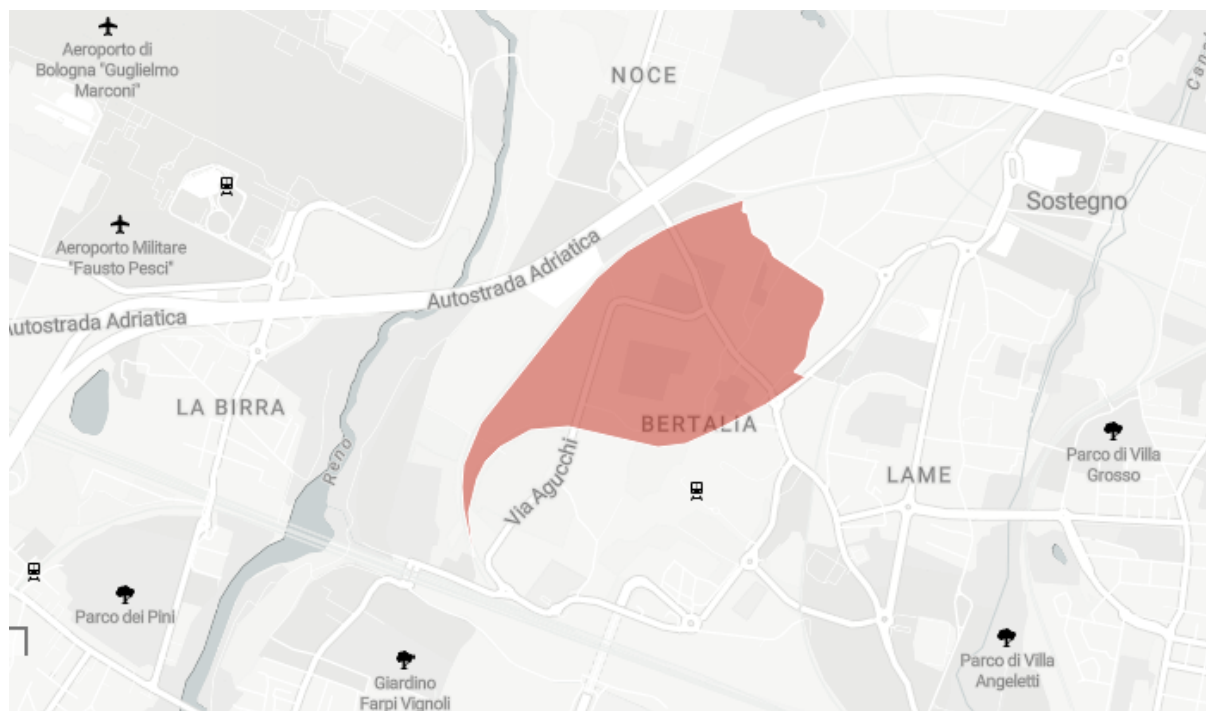
Per quanto riguarda **la popolazione giovanile**, **la mancanza di strumenti digitali adeguati** è stato il primo grande ostacolo al supporto educativo e al monitoraggio della situazione complessiva. Laddove fossero presenti dei *devices*, questi erano spesso condivisi con altri membri del nucleo familiare, e talvolta non era disponibile una buona connessione ad Internet. Nonostante la **difficoltà a comunicare con le famiglie**, alcune scuole hanno fornito, seppur in ritardo, dei PC portatili in comodato d’uso gratuito. Tra i nuclei familiari più colpiti sono state citate famiglie monogenitoriali con bambini/e piccoli/e.

Il lockdown ha avuto ricadute pesanti in particolare su adolescenti che vivono in contesti familiari difficili, in **case sovraffollate** e con **problematiche di convivenza preesistenti**. Una buona parte degli anziani è andata incontro a decadimento psico-fisico, in alcuni casi non recuperabile.

Tale situazione, a seguito del primo lockdown, ha portato alla necessità di ripensare gli interventi educativi con distanziamento fisico e di educare al rispetto delle misure di prevenzione.

L’equità nel diritto alla salute: il contrasto alle disuguaglianze nella città di Bologna

Quartiere Navile, area Pescarola



Report intermedio di fase 2
Redatto a luglio 2021

Indice:

1. Introduzione
2. Metodologia: ricerca qualitativa e ricerca-azione
 - a. L’approccio della ricerca-azione
3. Dati sanitari
4. Il processo di ricerca-azione a Pescaraola
5. Risultati preliminari
 - a. Determinanti sociali
 - b. Servizi e altre realtà del territorio
 - c. Dispositivi di partecipazione
 - d. Effetti della pandemia

1. Introduzione

Il progetto “**L’equità nel diritto alla salute: il contrasto alle disuguaglianze nella città di Bologna**” è nato nel 2019 di concerto con l’Area Welfare del Comune di Bologna, il Dipartimento di Sanità Pubblica della Azienda USL di Bologna, il Policlinico S.Orsola-Malpighi e il Centro Studi e Ricerche in Salute Internazionale e Interculturale dell’Alma Mater Studiorum - Università di Bologna (Dipartimento di Storia Culture Civiltà) a seguito dei dati emersi da una precedente indagine che aveva dato vita alla **prima fase** di uno studio osservazionale (2017-2019) sulla distribuzione di indicatori di esiti in salute (morbilità e mortalità) e di accesso ai servizi nelle diverse aree statistiche della città di Bologna.

I risultati di quello studio hanno mostrato come, a fronte di un miglioramento generalizzato nella salute della popolazione, il tema delle disuguaglianze in salute non fosse da sottovalutare, anche in un contesto cittadino come quello bolognese, caratterizzato già dalla capillare presenza di servizi di prossimità, in un quadro di solidità istituzionale sia economica sia organizzativa. Quello studio ha contribuito a colmare la scarsa presenza in letteratura di analisi che mostrino la distribuzione dello stato di salute a livello cittadino, e che a partire da questo si fanno promotori di interventi di contrasto alle disuguaglianze e promozione dell’equità in salute.

Per meglio comprendere le specifiche dinamiche che a livello territoriale contribuiscono a minare la capacità di raggiungere una piena equità in salute, si è dato vita a un successivo **approfondimento di stampo qualitativo (2019-2021)** per realizzare un approfondimento volto a indagare le modalità attraverso cui le disuguaglianze si riproducono localmente.

L’obiettivo della **seconda fase** del progetto è stato quindi quello di identificare, analizzare e descrivere i determinanti sociali coinvolti a livello territoriale nella genesi delle disuguaglianze in salute nelle aree della città che presentano maggiore vulnerabilità e/o peggiori esiti di salute e indicatori di accesso ai servizi.

D’accordo con la cabina di regia, identificata con Il Tavolo di Promozione della salute del Comune di Bologna, e in consultazione con i rispettivi quartieri sono state individuate per il 2020 le prime tre aree della ricerca qualitativa, rispettivamente:

- Villaggio della Barca, per il Quartiere Borgo Panigale-Reno;
- Pescarola, per il Quartiere Navile;
- Via Mondo-Via del Lavoro, per il Quartiere San Donato-San Vitale.

L’avvio delle attività della seconda fase del progetto è coinciso tuttavia con l’inizio della pandemia da COVID-19, andando inevitabilmente a imporre una ridefinizione delle modalità di ricerca ma non degli obiettivi. Ove possibile, le attività di ricerca qualitativa (interviste, focus group) e di ricerca-azione (incontri di confronto e programmazione, restituzioni, analisi collettive dei dati) sono state condotte online. Ove e fin quando possibile, sono state mantenute attività di campo come passeggiate e osservazioni, incontri con singole persone. **Purtroppo, è stata molto sacrificata la parte che doveva coinvolgere le persone abitanti nelle aree selezionate. È stato altresì difficile intercettare le organizzazioni e il personale sanitario, travolto dalla situazione e con nessuno spazio per attività fuori dall’emergenza.**

Nella primavera del 2021 (con un lieve ritardo causato dalla pandemia), si è iniziato a lavorare anche sulle nuove tre aree:

- Iernerio 1 e 2, per il Quartiere Santo Stefano;
- Cavedone, per il Quartiere Savena;
- Zanardi, per il Quartiere Porto-Saragozza.

Per ogni area si è costituito un gruppo multidisciplinare che ha sempre visto la partecipazione di figure senior di formazione antropologico-sociale e di sanità pubblica, affiancate da giovani in formazione o laureate/i.

2. Metodologia: ricerca qualitativa e ricerca-azione

La seconda fase di ricerca è stata sviluppata a partire da un approccio qualitativo, a carattere etnografico, volto a comprendere la molteplicità e l’interdipendenza dei fattori che, a vari livelli, concorrono nel creare un contesto di vita favorevole o meno alla salute delle persone nel territorio in cui vivono.

A tal fine sono stati utilizzati **prevalentemente strumenti di indagine etnografica** – quali **mappature del territorio, osservazione partecipante, interviste in profondità, focus group** – che sono particolarmente appropriati per esplorare i significati che i soggetti coinvolti (abitanti, operatori/rici e responsabili dei servizi, membri di associazioni...) attribuiscono ai fenomeni che li circondano e per far emergere i “non detti” impliciti nella pratica quotidiana. Tali strumenti, inoltre, permettono di valutare nello specifico quali sono i soggetti e i gruppi particolarmente svantaggiati (es. migranti, famiglie in stato di povertà, famiglie monogenitoriali, anziani soli etc.), quali sono i bisogni non soddisfatti a cui si può dare risposta da parte dei servizi e delle istituzioni e quali risorse comunitarie sono già localmente presenti. In questo modo è possibile produrre informazioni (percezioni, emozioni, posizioni radicate nell’interiorità) che non sono indagate dalle comuni banche di dati e che esplorano le ragioni per cui si riscontrano determinati problemi di salute e come si potrebbe agire per contrastarli.

Allo stesso tempo questa fase si inserisce all’interno di un **più ampio approccio di ricerca-azione che caratterizza tutto il progetto, con lo scopo di contribuire alla creazione di un ‘potenziale d’azione’** (in termini di relazioni/gruppi di lavoro, conoscenze, competenze, motivazione, mandato politico) per l’equità in salute e, ove possibile, ad azioni concrete in quella direzione.

a. L’approccio della ricerca-azione

Come sopra indicato, il progetto è orientato al paradigma della ricerca-azione, in base al quale le informazioni raccolte sul campo sono inserite in un ciclo continuativo di riflessione e azione teso alla trasformazione dei saperi, delle pratiche e dei contesti in cui si sviluppa. Applicata agli ambiti del contrasto delle disuguaglianze e della promozione della salute, un campo privilegiato di analisi ed intervento è quello dell’impatto dei servizi e delle politiche sui determinanti sociali della salute. Perciò, **i risultati di una ricerca-azione non sono esclusivamente da intendersi sul piano della generazione di nuove conoscenze** (in questo caso, quali determinanti agiscono sulla salute delle persone in un dato territorio), **ma anche delle nuove relazioni che si instaurano** (tra servizi, istituzioni, associazioni, abitanti e gruppo di ricerca), producendo conoscenze e consapevolezza condivise e costruendo nuove forme di azione integrata e partecipata.

3. Dati sanitari



4. Il processo di ricerca-azione a Pescaraola

Nell’area di Pescaraola la ricerca-azione si è sviluppata in maniera differente rispetto alle altre aree poiché il **Centro di Salute Internazionale e Interculturale opera come associazione (CSI-APS) su questo territorio già dal 2014** svolgendo iniziative di promozione della salute.

Nel 2015 e 2016, una prima raccolta dati quali-quantitativa e una mappatura partecipata sul territorio hanno mostrato un quadro indicativo di una maggior presenza di condizioni di svantaggio in salute e nell’accesso ai servizi territoriali rispetto alla media cittadina. A fine 2016, tali dati sono stati riportati all’allora Direttore del Distretto e, con il suo supporto, al Direttore dell’U.O.C. di Epidemiologia, Promozione della Salute e Comunicazione del Rischio del Dipartimento di Sanità Pubblica dell’AUSL. **Da queste prime restituzioni è nata la volontà comune di ampliare lo studio su scala cittadina, avviando così la fase 1 del progetto ‘L’equità nel diritto alla salute’.**

Parallelamente, dalle attività di promozione della salute a stretto contatto con abitanti presso lo ‘Spazio Comune’ e con il Comitato “Cittadini residenti comparto Agucchi/Zanardi”, e dallo sviluppo di progettualità in collaborazione con realtà e istituzioni del territorio (Bilancio Partecipativo del 2017, Piani di Zona e PON nel 2018) sono emersi in maniera preponderante alcuni problemi, quali: un forte senso di **isolamento sociale** e di **abbandono da parte delle istituzioni e dei servizi**, e la **mancanza di contesti di partecipazione** dove gli/le abitanti siano protagonisti nella gestione della propria salute.

Nella direzione di dare risposta a questi bisogni, a settembre 2019 il CSI ha sollecitato l’attivazione di un tavolo in collaborazione con il Quartiere, l’AUSL, il SST e l’Area Welfare e Benessere di Comunità del Comune per la **coprogettazione di una Microarea a Pescaraola**.²⁰ **La fase qualitativa (fase 2) in questo contesto si è dunque posta a supporto e sviluppo di tale progettualità.**

²⁰ Le Microaree nascono dall’esperienza triestina e sono strumenti della medicina territoriale che collegano il territorio con l’azienda sanitaria, attraverso équipe di prossimità composte da figure dell’ambito sociosanitario che operano a partire da una sede in loco. Le funzioni principali della Microarea sono lo sviluppo di una presa in carico locale, plurale (che coinvolge tutte le

A tal fine, tra ottobre 2020 e luglio 2021, è stata **aggiornata la raccolta dati sulle condizioni di salute**, considerando anche gli effetti prodotti dalla pandemia. In particolare, sono state fatte **interviste e focus group a operatori/rici dell’ambito sanitario e sociale**, quali:

- Casa della Salute
- Medici di medicina generale
- Centro di Salute Mentale
- Servizio Dipendenze Patologiche (SERDP)
- Servizi sociali per la domiciliarità di ASP

Si sono poi incontrati e intervistati **l’Ufficio Reti e le figure di mediazione culturale** (che collaborano con il Quartiere), e **altre realtà e figure di riferimento del territorio** quali:

- le Parrocchie di Bertalia e Beverara
- la Cooperativa sociale “Dai Crocicchi” che gestisce nella zona una comunità residenziale a sostegno della genitorialità (sia mamme con bambini sia famiglie con entrambi i genitori)
- l’Associazione “Colori della Noce” che propone corsi di italiano per donne straniere e doposcuola per bambini/e e adolescenti
- la squadra di calcio Hic Sunt Leones Football antirazzista
- il centro socio-educativo ‘Zona Giovani’ gestito dalla Cooperativa CSAPSA2
- alcuni esercizi commerciali importanti (veterinario, bar)

A differenza delle altre aree, la consolidata presenza sul territorio ha reso **possibile interagire direttamente anche con diversi abitanti**. Con alcuni/e di questi sono state svolte **interviste in profondità** che hanno indagato in particolare gli effetti della pandemia sullo stato di salute generale delle persone (reddito, reti sociali, rapporto con i servizi, abitazione, ecc.).

Inoltre, come **parte integrante della raccolta dati**, e **con lo scopo di fornire anche un supporto concreto** agli/le abitanti nel periodo pandemico, si sono avviate le seguenti attività:

- **Cartoline da Pescarola** (marzo-maggio 2020): durante il periodo del lockdown si sono tenuti contatti con alcune/i abitanti per condividere anche a distanza, tramite l’autoproduzione di cartoline disegnate, i vissuti del momento;
- **Voices from Pescarola** (ottobre 2020-luglio 2021): un progetto di “giornalismo di strada” attraverso cui gli/le abitanti vengono sostenuti/e, tramite un approccio di *empowerment*, a produrre storie che testimoniano gli effetti della pandemia sulle condizioni di vita e lavoro. Il progetto si inserisce all’interno della rete internazionale *Covid-19 – The Other Front Line. Global Voices for Social Justice* (coordinata dalla Lancaster University) di cui il CSI è parte.
- **Consegna a domicilio di un pranzo settimanale** (dicembre 2020-aprile 2021): in collaborazione con le realtà del territorio, l’Ufficio Reti e i servizi sociali, è stato consegnato un pranzo settimanale a domicilio a circa 40 persone del territorio in condizioni di fragilità. Tale attività ha permesso di monitorare attivamente le condizioni di salute e l’accesso ai servizi sul territorio.

In accordo con il tavolo del Quartiere per la progettazione della Microarea, **tra giugno e luglio 2021 si è poi avviata la pianificazione della formazione alla futura equipe**. In particolare, si sono svolti due incontri di co-progettazione con responsabili dei servizi sanitari e sociali, e di analisi dei bisogni formativi con le/gli operatrici/ori.

persone implicate nella cura della persona) e globale (poiché considera tutti gli aspetti che incidono sulla salute, non solo quelli sanitari), e la progettazione di iniziative di promozione della salute con le comunità residenti. A Bologna a partire dal 2019 è stata attivata la sperimentazione di una Microarea in Piazza dei Colori attraverso la collaborazione tra AUSL e Quartiere San Donato-San Vitale.

5. Risultati preliminari

Rispetto ai risultati emersi si riscontra una generale continuità con quanto segnalato anche nella raccolta dati svolta tra il 2015 e il 2016. Molte delle condizioni e delle problematiche messe in evidenza sono rimaste le stesse. In alcuni casi si è assistito a un peggioramento, anche a causa della pandemia.

a. Determinanti sociali

Pescarola, similmente alle altre aree indagate, è storicamente una zona popolare nel suo complesso ma al suo interno si possono riscontrare condizioni di vita differenti fra la zona attigua agli alloggi di Edilizia Residenziale Pubblica (ERP) e il resto dell’area, caratterizzata da parchi, orti e abitazioni indipendenti. Innanzitutto, dal punto di vista ambientale, la prossimità del comparto ERP Agucchi-Zanardi alla linea ferroviaria dell’Alta Velocità, all’autostrada e alla pista di decollo e atterraggio dell’Aeroporto Marconi, rende **l’area soggetta a forte inquinamento dell’aria e acustico**. Questo aspetto è stato più volte riportato dagli/le abitanti come un fattore che incide negativamente sulla vivibilità dell’area.

Per quanto riguarda l’aspetto infrastrutturale del comparto, questo è caratterizzato da **un’architettura poco funzionale al benessere e all’orientamento delle persone al suo interno**. La zona tra via Agucchi e via Zanardi si caratterizza come un’area in cui **sono concentrate molte persone con diversi tipi di fragilità**, collocate in edifici esteticamente sgradevoli, poco illuminati e con la numerazione dei civici difficile da comprendere. Tali caratteristiche rendono il comparto un luogo in cui molti/e abitanti non si sentono bene e al sicuro.

Tra i determinanti sociali di salute emersi, la **fragilità delle relazioni sociali e la solitudine** appaiono preponderanti, in particolar modo per le persone anziane e per quelle adulte che vivono da sole e che tendono a non uscire di casa e/o dal comparto. Tali dinamiche, emerse anche nel primo approccio al territorio del 2015/2016, sono strettamente legate a due ulteriori aspetti: un diffuso **senso di insicurezza e difficoltà nei rapporti di vicinato**. Rispetto a questi ultimi, per la maggior parte degli/le abitanti incontrati/e, le relazioni significative tra vicini/e di casa sono molto limitate e, quando presenti, raramente rappresentano una risorsa; in altri casi sembrano essere frequentemente conflittuali.

La fragilità delle relazioni sociali si collega anche al fatto che **il territorio risulta povero di attrattive** quali cinema, teatri, musei o altro. **Gli spazi e le attività di aggregazione** presenti, gestite dalle realtà del territorio (es. Circolo Arci, Centro Sociale Anziani/Casa di Quartiere, cooperative e associazioni) risultano **poco accessibili agli occhi di gran parte della popolazione residente nel comparto**, sia per ragioni economiche sia perché si creano circuiti chiusi di partecipazione.

Da segnalare, infine, la piazzetta su cui si affacciano le sedi di alcuni servizi, attività commerciali e associazioni (l’ambulatorio di medicina generale, lo ‘Spazio Comune’ gestito dal Coordinamento Volontariato Lame, la sede dell’associazione Libertà era Restare, la parrucchiera, ecc.): in questo senso appare significativo che, pur essendo uno degli spazi maggiormente attraversati nella zona Agucchi-Zanardi per vari motivi (recarsi presso il MMG, raggiungere il proprio civico dalla fermata del bus, ecc.) e nonostante le richieste avanzate dal Comitato di abitanti alle istituzioni locali, **ad oggi la piazzetta non abbia un nome**.

È emerso anche forte **isolamento delle donne di origine straniera**, le quali a causa di barriere linguistiche e culturali fanno fatica a entrare in relazione con i propri vicini. Vista l’eterogeneità che caratterizza il comparto, un tema emerso da diverse operatrici del campo socio-educativo è quello dell’**inclusione sociale e culturale**: una dinamica che richiede tempistiche lunghe e in cui è tuttora necessario lavorare. Tale necessità è legata non solo alle caratteristiche della popolazione locale, ma anche agli atteggiamenti di **chiusura e ostilità** verso alcuni abitanti di origine straniera. Il **razzismo**, infatti, presente da diversi anni sul territorio, è riconoscibile tanto nelle parole di chi lo subisce, quanto in quelle di chi lo agisce, in varie forme.

b. Servizi e altre realtà del territorio

Per poter comprendere il funzionamento dei servizi sul territorio, abbiamo condotto focus group e interviste all’interno dei servizi socio-sanitari che operano nella zona. Nello specifico, ci siamo interfacciati con: Casa della Salute (CdS), Centro di Salute Mentale (CSM) e i Servizi sociali per la domiciliarità (ASP) nonché con alcuni Medici di Medicina Generale. Da questi incontri, sono emerse alcune **tematiche trasversali** a tutti gli attori sociali coinvolti nella ricerca, tra le quali soprattutto la necessità di **lavorare verso l’integrazione tra servizi** e di **avere una maggiore conoscenza del territorio**. Per quanto riguarda l’integrazione, i servizi sociali per la domiciliarità di ASP hanno riportato l’importanza degli incontri multidisciplinari con infermieri di ASP, CSM, Punto di Coordinamento Assistenza Primaria (PCAP) e MMG per elaborare strategie comuni con pazienti complessi; tuttavia i MMG faticano a partecipare agli incontri, spesso per la mancanza di organico e il sovraccarico di lavoro riscontrato da molti di loro, aggravatosi dallo scoppio della pandemia.

Per quanto riguarda la **conoscenza parziale del territorio**, quest’ultima è ricondotta a una **mancanza di organico strutturale** che esula dalle volontà e dalle competenze dei singoli. Questa difficoltà (segnalata da CdS, ASP, CSM e MMG) implica, sul lungo termine un maggiore dispendio di energie nel lavorare con e sul territorio stesso. Rispetto a questo, il **caso dell’ambulatorio di MMG della piazzetta**, ovvero la possibilità che questo resti non presidiato, ha suscitato l’interesse del responsabile della CdS che ha richiesto una visita al comparto per poter conoscere meglio la zona. Il medico che lo occupava è andato in pensione e **non si è trovato un sostituto nello stesso ambulatorio**. Questo ha comportato non pochi problemi per le persone con le quali abbiamo interagito. L’ambulatorio scelto attualmente dal sostituto si trova infatti all’infuori dell’area di Pescarola, aprendo una nuova problematica: l’accesso ai servizi. Il problema della prossimità dei servizi, in questo caso puramente geografica, è molto avvertito all’interno del comparto. La **Casa della Salute** e lo **Sportello Sociale**, entrambi con sede in zona Bolognina, risultano **difficilmente accessibili** a molte delle persone intervistate, sia per problemi motori sia per la carenza di collegamenti efficaci.

In ultimo, è da segnalare il rapporto che il territorio ha con **ACER**. In particolare, il “Comitato Cittadini residenti comparto Agucchi-Zanardi” si preoccupa di mantenere i contatti con l’ente dal momento che i rapporti con ACER risultano generalmente piuttosto **complessi e conflittuali**. Da molto tempo il Comitato segnala la **presenza di numerosi alloggi sfitti e chiusi**. La presenza di case vuote è vissuta con disagio da parte di molte/i abitanti sia per la percezione estetica degli edifici che vengono in parte murati, sia perché produce un senso di abbandono e insicurezza.

Tramite il Comitato, diverse persone assegnatarie degli alloggi riportano la **difficoltà di mettersi in contatto con gli uffici e comunicare le proprie necessità**. Ciò è dovuto sia alla scarsa conoscenza e dimestichezza con gli strumenti tecnologici da parte di molti utenti-abitanti sia, nella percezione degli abitanti, alla scarsa volontà di ACER di risolvere le problematiche riportate. Molto spesso per essere ascoltati e ottenere delle risposte concrete risulta necessaria la **presenza di una figura istituzionale**, che può essere l’assistente sociale di riferimento o qualche operatore/trice sociale che fa da accompagnatore/trice. L’accompagnamento serve non solo per agevolare la soddisfazione delle richieste, ma anche per l’**assenza di un mediatore linguistico-culturale presso ACER**, che risulta in alcune situazioni una figura essenziale.

Rispetto agli affitti degli alloggi ERP sono state segnalate alcune **persone in difficoltà nel pagamento mensile del canone**; inoltre, è emersa da alcuni abitanti l’incomprensione per la moltitudine di spese che si aggiungono al canone di base, a cui consegue un senso di avversità verso l’ente gestore. In più di un caso, questa **avversità (e sfiducia)** è rivolta verso i **vari servizi e istituzioni locali**, sia da parte di chi, date le numerose esperienze negative pregresse con i servizi, decide di affidarsi ai propri amici e al passaparola per trovare un’abitazione, sia da parte di chi pretende un maggiore controllo delle assegnazioni di appartamenti ERP e auspica un cambiamento dei criteri di assegnazione per evitare la concentrazione di persone in condizioni di forte fragilità.

c. Dispositivi di partecipazione

Come già riportato in precedenza, **è stata riscontrata la scarsità di contesti in cui gli/le abitanti, soprattutto coloro che vivono in condizioni di maggiore vulnerabilità, sono protagonisti.** Dalla ricerca sul campo è emerso che i dispositivi di partecipazione promossi dalle istituzioni (nelle diverse forme quali ad es. Bilancio Partecipativo, PON Metro, Bandi LFA) sono difficilmente accessibili per la maggior parte delle persone residenti, che non siano già parte di una realtà organizzata (associazione, cooperativa, comitato, ecc) e che non possiedano un livello di "alfabetizzazione" a questi meccanismi. Particolarmente rilevante è **la mancanza di spazi per i/le giovani adolescenti del territorio e di servizi dedicati al loro coinvolgimento** (l’educativa di strada ha una presenza sporadica e saltuaria, ed è presente solo un centro socioeducativo per i 6-13 anni).

Da rilevare in senso positivo è la presenza del già citato **Comitato “Cittadini residenti comparto Agucchi/Zanardi”**, nato nel 2013 su spinta di alcune associazioni locali e in collaborazione con il Quartiere, con le funzioni di proposta, consultazione e controllo dell’andamento dei servizi erogati e delle attività espletate da ACER, stimolando la partecipazione dei cittadini. A detta degli/le stessi/e partecipanti, le assemblee del Comitato risultano però poco partecipate, anche se si è riscontrato un leggero aumento a seguito dell’allentamento delle restrizioni e della ripresa degli incontri in presenza. Inoltre, la maggior parte dei membri del Comitato sono proprietari e di origine italiana; **rimane molto sottorappresentata la parte di residenti assegnatari ACER e delle persone di origine straniera**, nonostante siano ampiamente presenti nel comparto.

Rispetto alle forme di interlocuzione tra Comitato, ACER e Quartiere, negli ultimi anni, anche grazie al supporto del CSI, si sta lavorando nella direzione di chiarire le responsabilità delle rispettive istituzioni che in questo territorio intervengono (per esempio in relazione alla pulizia e manutenzione del comparto e delle aree attigue). Processo di chiarimento che ancora presenta molte difficoltà aumentate anche dalla pandemia e dal relativo distanziamento fisico che ha compromesso per diverso tempo la possibilità di incontrarsi di persona tra i referenti istituzionali e i referenti del Comitato.

d. Effetti della pandemia

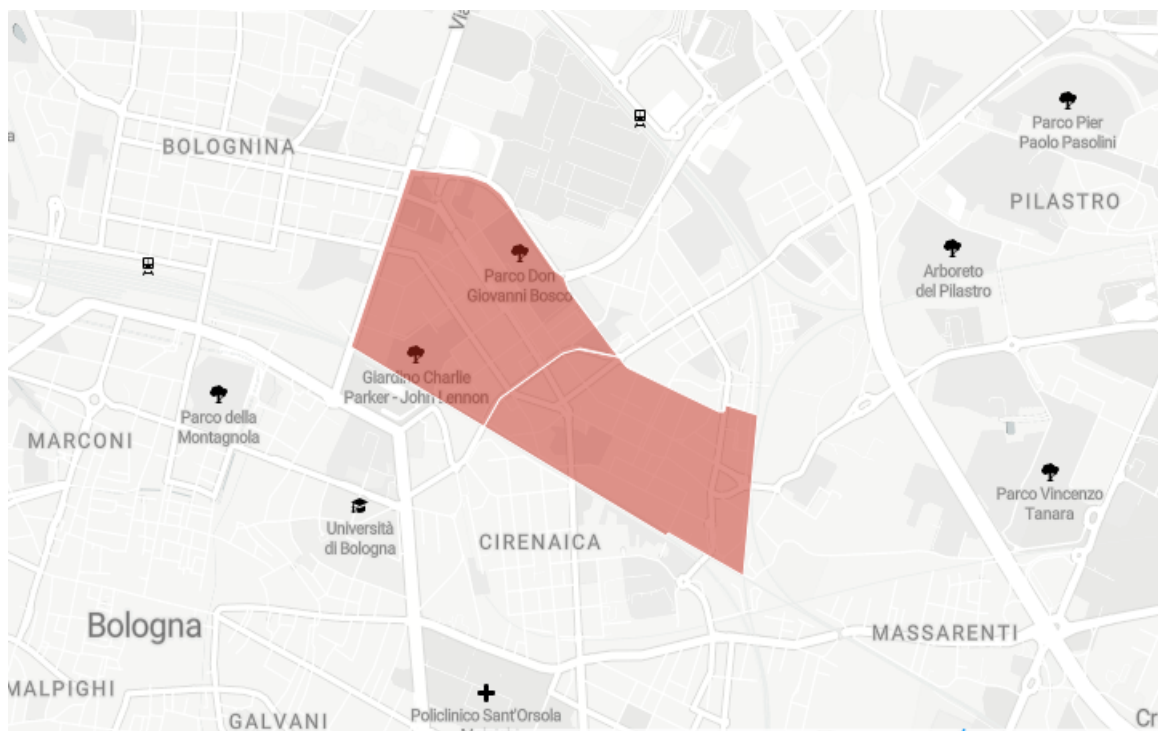
La pandemia ha dettato l’esacerbarsi di diverse problematiche. In primo luogo, alcune **condizioni di povertà si sono estremizzate a causa delle già precarie condizioni lavorative.** Questo ha inciso poi sulla qualità della vita dell’intero nucleo familiare. Molte persone hanno visto la propria **condizione di malattia cronica peggiorare.** Ciò è dovuto sia alla difficoltà che i servizi hanno avuto nelle prese in carico delle cronicità in periodo pandemico, sia alla **mancanza del denaro necessario a comprare i farmaci.**

Rispetto ai servizi, oltre ai problemi di tracciamento e di monitoraggio dei pazienti nel primo periodo pandemico, **la pandemia ha ridotto notevolmente le visite domiciliari**, impedendo l’accesso alle cure e ai servizi a molte persone all’interno del comparto già prese in carico. Il terzo settore e le parrocchie hanno riportato di non essere stati in grado di gestire le richieste di supporto aumentate a causa della pandemia. Nello specifico, accanto a una mancanza di organico, è aumentata la richiesta da parte di una fetta di popolazione facendo sì che non si riuscisse a presidiare i territori nonché a venire incontro ai bisogni di tutti.

La paura del contagio ha rappresentato (e continua a rappresentare) un freno al miglioramento delle relazioni di vicinato, compromettendo ulteriormente il benessere degli abitanti che si sono isolati ancora di più. Anche **la partecipazione ai pochi spazi aggregativi presenti ha subito una rimodulazione** in tempi di pandemia. Soprattutto per quanto riguarda i giovani, l’impossibilità di sfruttare gli spazi aggregativi ha provocato l’inasprirsi dei conflitti tra vicini ma anche interni alle stesse famiglie, costrette in abitazioni non adatte a contenere nuclei famigliari numerosi. Questo ha avuto delle conseguenze, oltre che nei rapporti tra le persone, anche sulla qualità della DAD per gli/le studenti/esse.

L’equità nel diritto alla salute: il contrasto alle disuguaglianze nella città di Bologna

Quartiere San Donato-San Vitale, aree via Mondo/via del Lavoro



Report intermedio di fase 2
Redatto a ottobre 2021

Indice:

1. Introduzione
2. Metodologia: ricerca qualitativa e ricerca-azione
 - a. L’approccio della ricerca-azione
3. Dati sanitari e sociali
4. Il processo di ricerca-azione a Via Mondo/via del Lavoro
5. Risultati preliminari
 - a. Determinanti sociali
 - b. Servizi e altre realtà del territorio
 - c. Dispositivi di partecipazione
 - d. Effetti della pandemia

1. Introduzione

Il progetto “L’equità nel diritto alla salute: il contrasto alle disuguaglianze nella città di Bologna” è nato nel 2019 di concerto con l’Area Welfare del Comune di Bologna, il Dipartimento di Sanità Pubblica della Azienda USL di Bologna, il Policlinico S. Orsola-Malpighi e il Centro Studi e Ricerche in Salute Internazionale e Interculturale dell’Alma Mater Studiorum-Università di Bologna (Dipartimento di Storia Culture Civiltà) a seguito dei dati emersi da una precedente indagine che aveva dato vita alla **prima fase** di uno studio osservazionale (2017-2019) sulla distribuzione di indicatori di esiti in salute (morbilità e mortalità) e di accesso ai servizi nelle diverse aree statistiche della città di Bologna.

I risultati di quello studio hanno mostrato come, a fronte di un miglioramento generalizzato nella salute della popolazione, il tema delle disuguaglianze in salute non fosse da sottovalutare, anche in un contesto cittadino come quello bolognese, caratterizzato già dalla capillare presenza di servizi di prossimità, in un quadro di solidità istituzionale sia economica sia organizzativa.

Quello studio ha contribuito a colmare la scarsa presenza in letteratura di analisi che mostrino la distribuzione dello stato di salute a livello cittadino, e che a partire da questo si fanno promotori di interventi di contrasto alle disuguaglianze e promozione dell’equità in salute.

Per meglio comprendere le specifiche dinamiche che a livello territoriale contribuiscono a minare la capacità di raggiungere una piena equità in salute, si è dato vita ad un successivo approfondimento di stampo qualitativo (2019-2021) per realizzare un approfondimento volto a indagare le modalità attraverso cui le disuguaglianze si riproducono localmente.

L’obiettivo della **seconda fase** del progetto è stato quindi quello di identificare, analizzare e descrivere i determinanti sociali coinvolti a livello territoriale nella genesi delle disuguaglianze in salute nelle aree della città che presentano maggiore vulnerabilità e/o peggiori esiti di salute e indicatori di accesso ai servizi.

D’accordo con la cabina di regia, identificata con Il Tavolo di Promozione della salute del Comune di Bologna, e in consultazione con i rispettivi quartieri sono state individuate per il 2020 le prime tre aree della ricerca qualitativa, rispettivamente:

- Villaggio della Barca, per il Quartiere Borgo Panigale-Reno;
- Pescarola, per il Quartiere Navile;
- Via Mondo-Via del Lavoro, per il Quartiere San Donato-San Vitale.

Da segnalare che, nella discussione con i quartieri, le aree sono state parzialmente riviste rispetto ai confini che le definiscono, che non sempre rispondono a criteri “di senso” e unità territoriale riconosciuti da chi li abita e da chi ne ha la responsabilità istituzionale. In particolare, nel caso di Via Mondo-Via del Lavoro (originariamente due aree statistiche distinte), l’area di intervento è stata ridefinita insieme all’Ufficio Reti in base a una lettura ragionata del territorio, prediligendo le zone più popolate e con presenza di edilizia residenziale pubblica ed escludendo quelle meno abitate a carattere industriale e fieristico.

L’avvio delle attività della seconda fase del progetto è coinciso tuttavia con l’inizio della pandemia da COVID-19, andando inevitabilmente a imporre una ridefinizione delle modalità di ricerca ma non degli obiettivi. **Purtroppo, è stata molto sacrificata la parte che doveva coinvolgere le persone abitanti nelle aree selezionate. È stato altresì difficile intercettare le organizzazioni e il personale sanitario, travolto dalla situazione e con nessuno spazio per attività fuori dall’emergenza.** Ove possibile, le attività di ricerca qualitativa (interviste, focus group) e di ricerca-azione (incontri di confronto e programmazione, restituzioni, analisi collettive dei dati) sono state condotte online. Ove e fin quando possibile, sono state mantenute attività di campo come passeggiate e osservazioni, incontri con singole persone.

Nella primavera del 2021 (con un lieve ritardo causato dalla pandemia), si è iniziato a lavorare anche sulle nuove tre aree:

- Irnerio 1 e 2, per il Quartiere Santo Stefano;
- Cavedone, per il Quartiere Savena;

- Zanardi, per il Quartiere Porto-Saragozza.

Per ogni area si è costituito un gruppo multidisciplinare che ha sempre visto la partecipazione di figure senior di formazione antropologico-sociale e di sanità pubblica, affiancate da giovani in formazione o laureate/i.

2. Metodologia

La seconda fase di ricerca è stata sviluppata a partire da un approccio qualitativo, a carattere etnografico, volto a comprendere la molteplicità e l’interdipendenza dei fattori che, a vari livelli, concorrono nel creare un contesto di vita favorevole o meno alla salute delle persone nel territorio in cui vivono.

A tal fine sono stati utilizzati prevalentemente strumenti di indagine etnografica – quali mappature del territorio, osservazione partecipante, interviste in profondità, focus group – che sono particolarmente appropriati per esplorare i significati che i soggetti coinvolti (abitanti, operatori/rici e responsabili dei servizi, membri di associazioni...) attribuiscono ai fenomeni che li circondano e per far emergere i “non detti” impliciti nella pratica quotidiana. Tali strumenti, inoltre, permettono di valutare nello specifico quali sono i soggetti e i gruppi particolarmente svantaggiati (es. migranti, famiglie in stato di povertà, famiglie monogenitoriali, anziani soli etc.), quali sono i bisogni non soddisfatti a cui si può dare risposta da parte dei servizi e delle istituzioni e quali risorse comunitarie sono già localmente presenti. In questo modo è possibile produrre informazioni (percezioni, emozioni, posizioni radicate nell’interiorità) che non sono indagate dalle comuni banche di dati e che esplorano le ragioni per cui si riscontrano determinati problemi di salute e come si potrebbe agire per contrastarli.

Allo stesso tempo questa fase si inserisce all’interno di un più ampio approccio di ricerca-azione che caratterizza tutto il progetto, con lo scopo di contribuire alla creazione di un ‘potenziale d’azione’ (in termini di relazioni/gruppi di lavoro, conoscenze, competenze, motivazione, mandato politico) per l’equità in salute e, ove possibile, ad azioni concrete in quella direzione.

a. L’approccio della ricerca-azione

Come sopra indicato, il progetto è orientato al paradigma della ricerca-azione, in base al quale le informazioni raccolte sul campo sono inserite in un ciclo continuativo di riflessione e azione teso alla trasformazione dei saperi, delle pratiche e dei contesti in cui si sviluppa. Applicata agli ambiti del contrasto delle disuguaglianze e della promozione della salute, un campo privilegiato di analisi ed intervento è quello dell’impatto dei servizi e delle politiche sui determinanti sociali della salute. Perciò, **i risultati di una ricerca-azione non sono esclusivamente da intendersi sul piano della generazione di nuove conoscenze** (in questo caso, quali determinanti agiscono sulla salute delle persone in un dato territorio), **ma anche delle nuove relazioni che si instaurano** (tra servizi, istituzioni, associazioni, abitanti e gruppo di ricerca), producendo conoscenze e consapevolezze condivise e costruendo nuove forme di azione integrata e partecipata.

Le principali domande che hanno guidato, e guidano tuttora, la ricerca nei territori sono le seguenti:

1. Quali determinanti sociali intervengono a livello locale sulla salute e in che modo?
2. Come si configura il lavoro dei servizi e di altre realtà locali sul territorio?
3. Sono presenti dispositivi di partecipazione e coinvolgimento degli/le abitanti? Quali e come funzionano?

4. Come è intervenuta la pandemia di COVID-19 nei territori e che impatto ha avuto sui bisogni delle persone e sul lavoro dei servizi?

Con la **prima domanda sui determinanti sociali** si è cercato di indagare quegli aspetti che incidono sulla salute a livello locale e sui quali, in linea con gli obiettivi del progetto, è possibile intervenire attraverso politiche sul piano cittadino e/o di quartiere. Si sono considerati, ad esempio, aspetti legati alle **condizioni abitative**, ai **trasporti**, alla **configurazione urbanistica**, alla **distribuzione di servizi** ma anche alla presenza di **opportunità di tipo sociale/culturale e di luoghi di incontro**.

Tali fattori sono stati indagati nella loro interdipendenza e mettendo al centro il ruolo delle relazioni sociali. Come è noto infatti nella letteratura sul tema, un ruolo centrale nella riproduzione delle disuguaglianze in salute a livello territoriale è svolto dal capitale sociale, che non è da intendersi come un fattore a sé stante ma come il contesto che regola e media l’impatto dei determinanti sul comportamento individuale.

Un’attenzione particolare è stata data al **funzionamento dei servizi** (domanda 2), comprendendo tra questi i servizi **sociali, sanitari ed educativi**, ma anche **le realtà del territorio con le quali questi spesso collaborano**. È importante, infatti, considerare come determinante anche la presenza di servizi più o meno integrati tra loro, accessibili e rispondenti al bisogno delle persone.

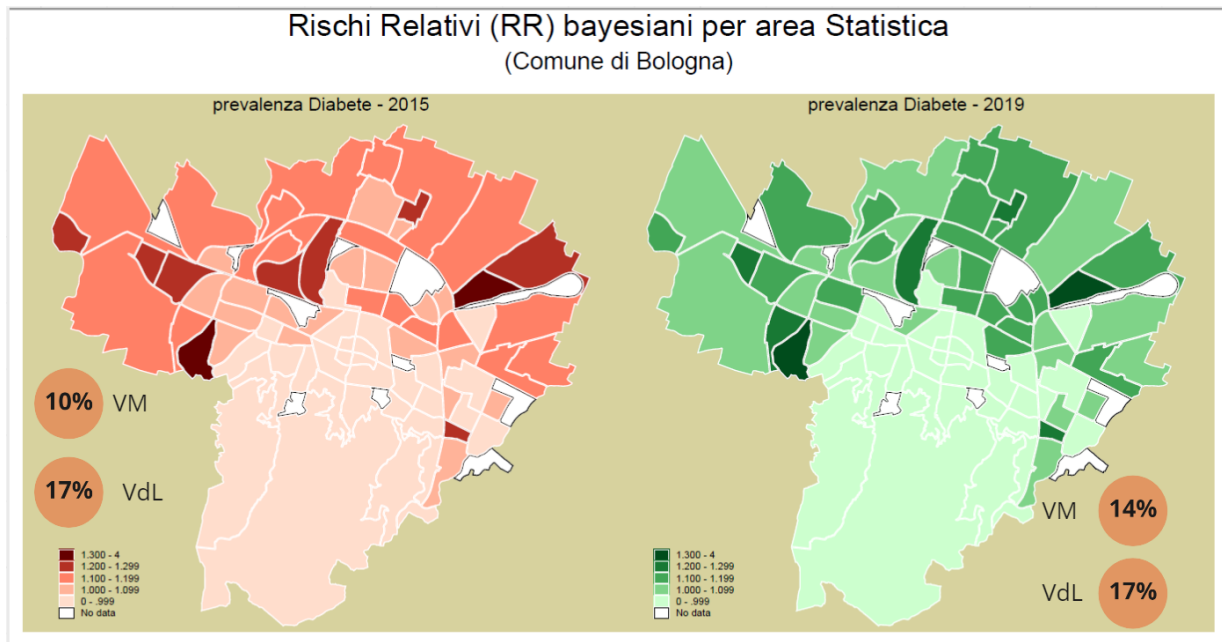
La terza domanda si focalizza sull’aspetto cardine della promozione della salute, ossia il **coinvolgimento degli/le abitanti** – soprattutto di coloro che vivono una condizione di maggior vulnerabilità – **nella progettazione e nella realizzazione dei servizi** e delle opportunità presenti sul territorio. Vi sono diversi gradi di coinvolgimento che si possono attivare, dalla semplice erogazione di informazioni all’acquisizione di controllo da parte della comunità nell’identificare i propri bisogni/problemi ed essere parte delle decisioni chiave riguardanti gli obiettivi e le azioni da intraprendere. **A più elevati gradi di partecipazione corrispondano impatti positivi sulla qualità dei servizi, sul capitale sociale, sul livello di empowerment e sugli esiti di tipo sanitario.** In questo senso, una parte delle azioni di ricerca è stata volta a indagare quali strumenti di partecipazione siano presenti nei territori, come funzionano nella pratica e chi vi accede. La partecipazione è stata utilizzata anche come strumento di ricerca, coinvolgendo mano a mano i diversi attori incontrati. Tale approccio richiede al/la ricercatore/rice di abbandonare la posizione di osservatore/rice neutrale e di entrare nel campo di ricerca-azione, collocandosi all’interno dei contesti sociali e di relazione delle persone.

Infine, **l’ultima domanda esprime la necessità di integrare nell’analisi e nell’azione gli effetti della pandemia di COVID-19**, considerando che questa ha avuto un impatto importante sia sui bisogni delle persone sia sul funzionamento dei servizi.

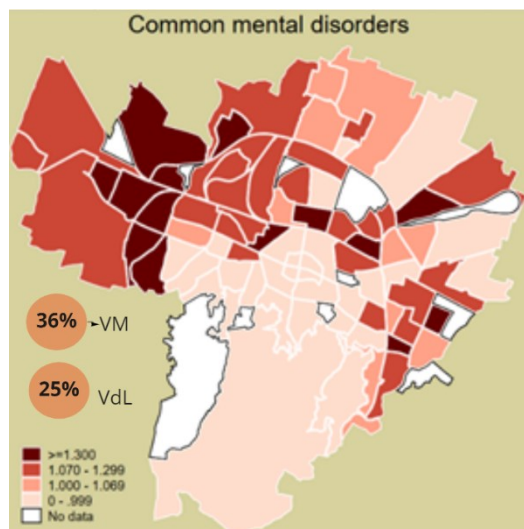
3. Dati sanitari e sociali

La raccolta dei dati quantitativi della prima fase della ricerca, ed in particolare i dati sanitari, ha permesso di individuare come aree particolarmente fragili quattro aree statistiche nel Quartiere San Donato-San Vitale: Pilastro, Croce del Bianco, via del Lavoro e via Mondo. Essendo le prime due già oggetto di progetti ed interventi, in corso o in via di attivazione, si è deciso di concerto con il Quartiere di concentrare la seconda fase della ricerca sulle ultime due.

In entrambe le aree menzionate, dal punto di vista sanitario, nel 2015 tutti i rischi relativi Bayesiani degli 11 indicatori della fase 1 risultavano al di sopra della media cittadina. In particolare, per via del Lavoro, tra gli indicatori di esito risultano particolarmente significativi il diabete (+17%, sia nel 2015 che nel 2019, rispetto alla media cittadina) e i ricoveri per patologie cardiovascolari (+12% nel 2015 e + 8% nel 2019 rispetto alla media cittadina). Rispetto agli indicatori di accesso, risaltano invece gli accessi in Pronto soccorso totali (+11% nel 2015, 9% nel 2019 rispetto alla media cittadina) e per codici bianchi e verdi (+ 21% nel 2015, 16% nel 2019) ed i ricoveri (+6% nel 2015, 5% nel 2019).



Anche via Mondo, sebbene in modo meno marcato, presenta indicatori significativamente alterati, sia di esito (diabete +10% nel 2015, + 14% nel 2019; ricoveri per patologie cardiovascolari 6,3% nel 2015, 12% nel 2019) che di accesso (accessi in pronto soccorso totali 3,5% nel 2015 e 4% nel 2019; pronto soccorso per codici bianco verdi 8% nel 2015 e 11% nel 2019; ricoveri 6% nel 2015 e 7,3% nel 2019). Più recentemente, essendo emersa la prevalenza di disturbi legati all’ambito della Salute Mentale come elemento caratterizzante le aree interessate dalla ricerca-azione, si è deciso di includere anche questi dati nell’analisi quantitativa, relativamente al periodo 2015-2019.



Anche per questo ambito, nelle aree di via Mondo e via del Lavoro i Rischi Relativi Bayesiani per gli indicatori selezionati sono risultati nettamente superiori alla media cittadina. Nella mappa, ad esempio, è possibile osservare l’incidenza di una serie di disturbi considerati “comuni” nella popolazione, spesso co-gestiti tra il Medico di Medicina Generale e i Centri di Salute Mentale, quali i disturbi depressivi moderati e disturbi d’ansia, del 36% superiore alla media cittadina in via Mondo e del 25% in via del Lavoro.

relativa alla percentuale di abitanti che vivono in comparti di Edilizia Residenziale Pubblica (ERP), a partire dai dati del Censimento del 2011.

L’analisi dei diversi dati quantitativi ha permesso di delineare le aree di via del Lavoro e via Mondo come caratterizzate da particolari fragilità sotto i profili sanitario e socio-economico, come è stato confermato e approfondito attraverso la seconda fase della ricerca.

4. Il processo di ricerca-azione a via Mondo/via del Lavoro

In seguito alla scelta, concertata con l’Ufficio Reti e Lavoro di Comunità del quartiere San Donato- San Vitale, delle due aree statistiche su cui concentrare l’analisi, le attività di ricerca si sono focalizzate sulle realtà dei servizi, delle associazioni e degli enti del Terzo settore che operano nei territori individuati. Oltre a una prima interlocuzione con il Pool di Comunità (composto da Ufficio Reti, SST, SEST) avvenuta agli inizi di marzo 2020, avente il fine di presentare il progetto e rilevare alcune informazioni preliminari, dal mese di giugno a settembre 2021 sono state svolte **molteplici interviste in profondità**, singole e collettive, con i **servizi** e gli **enti del Terzo settore** locali:

- con i servizi (in ordine cronologico):
 - Servizio Sociale Territoriale;
 - Casa della Salute Chersich;
 - Medico di Medicina Generale;
 - Pool di comunità;
 - area di Tutela Minori del SST;
 - CSM Zanolini;
- con gli enti del Terzo settore (in ordine cronologico):
 - cooperativa Open Group (per progetto sperimentale di Villaggio Gandusio);
 - parrocchia di San Domenico Savio;
 - associazione polisportiva Il Grinta;
 - partecipanti al Tavolo di Progettazione Partecipata Gandusio;
 - Pronto Soccorso Sociale Opera di Padre Marella.

Le realtà del terzo settore, le attività proposte e la loro percezione del territorio in esame sono stati indagati soprattutto nel corso della frequentazione da parte del gruppo di ricerca degli appuntamenti mensili dei **Tavoli di Progettazione Partecipata** San Donato Centrale (dal mese di giugno 2020) e Gandusio (dal mese di novembre 2020). Tale partecipazione è avvenuta su invito dell’Ufficio Reti, l’ente istituzionale che ha avviato questi spazi e strumenti di governance territoriale a cui partecipano alcuni/e operatori/trici del SST e del SEST e i/le referenti della maggioranza delle associazioni ed enti istituzionali che hanno sede e/o operano nelle zone di riferimento.

Oltre agli incontri dei due Tavoli, l’attività di **osservazione partecipante** è stata condotta nel corso dei 4 incontri della **Ruota di Barreto** svolti al Centro Zonarelli da giugno a settembre 2020, a cui il gruppo di ricerca ha partecipato in seguito all’interlocuzione con l’assistente sociale del SST responsabile dell’attività. Questi incontri hanno permesso alle ricercatrici di entrare in contatto con gli utenti-cittadini partecipanti, potendo cogliere in modo diretto alcuni dei vissuti, sia quotidiani che passati, più significativi per queste persone.

La parte di indagine con gli/le abitanti dei territori di via del Lavoro e di via Mondo è stata, purtroppo, quella maggiormente sacrificata, a causa delle molteplici difficoltà causate dalla pandemia di SARS-CoV-2 e della **scelta iniziale di concentrare maggiormente l’analisi sulle visioni e pratiche dei servizi**. I contenuti emersi dai primi mesi di raccolta dei dati (giugno-settembre 2020) sono stati restituiti durante un primo incontro con i/le responsabili di Ufficio Reti, Casa della Salute e Servizio Sociale Territoriale (ottobre 2020).

L’**aspettativa** di creare un **maggiore coinvolgimento** nella ricerca-azione **dei servizi socio- sanitari locali** nel corso dei mesi è stata **rivista**, specialmente a causa del gravoso assorbimento dei principali e potenziali interlocutori dei servizi nella gestione della pandemia e della discontinuità che, a livello di coordinamento, ha interessato alcuni servizi (CdS, SEST). Nel frattempo, lo sviluppo della ricerca-azione si è intersecato con un **forte interessamento da parte dell’Ufficio Reti** nella creazione di sinergie tra le proprie progettualità e il gruppo di ricerca.

L’**intento di coinvolgere gli/le abitanti è stato ripreso** nei primi mesi del 2021 tramite l’avvicinamento, seppur parziale, a una parte degli/le abitanti (in particolare coloro che non sono coinvolti/e in attività proposte dai servizi e dall’associazionismo locale), grazie al contatto con un residente da tempo impegnato nello studio, anche a livello professionale, dell’area interessata dalla ricerca-azione. Contemporaneamente sono stati avviati dall’Ufficio Reti due **progetti di mediazione di comunità** nelle zone in oggetto (da febbraio a giugno 2021), che il gruppo di ricerca ha supportato nelle prime fasi. L’attività di mediazione con la popolazione residente avrebbe dovuto costituire un canale potenziale per recuperare informazioni utili ad arricchire l’analisi sulle disuguaglianze locali, ma, a causa delle limitazioni legate alle misure restrittive in vigore nella primavera del 2021, i contatti diretti con gli/le abitanti sono stati avviati solamente nei mesi conclusivi del progetto.

In seguito ad alcuni incontri con l’Ufficio Reti (tra dicembre 2020 e marzo 2021), il gruppo di ricerca ha deciso, tenendo in considerazione le proprie necessità di sostenibilità del lavoro, di perseguire la proposta di **supporto all’evoluzione del Tavolo di Progettazione Partecipata Gandusio**, che ha coinvolto il gruppo di ricerca fino a giugno 2022. Tale supporto, tutt’ora in corso, si è sviluppato primariamente nell’ottica di un rafforzamento della rete e della partecipazione da parte delle realtà del Terzo settore e dei servizi territoriali, sia in termini quantitativi (coinvolgimento di un/a referente del CSM Zanolini e di nuove realtà associative, ad esempio) che qualitativi (miglioramento della reciproca conoscenza tra i/le partecipanti, miglioramento delle connessioni tra realtà territoriali e servizi, ecc.).

A partire dai dati raccolti nel corso delle molteplici attività di ricerca e dal potenziale di relazioni sviluppato con i vari interlocutori, da giugno 2021 è stata avviata con l’Ufficio Reti la **co- progettazione di un intervento sperimentale di mediazione sociale di comunità** che si è sviluppato nella zona di via del Lavoro a partire da novembre 2021 e che verrà supportato dal gruppo di lavoro fino alla sua conclusione (ipotizzata nella seconda parte del 2022). Fin dalle prime fasi di ideazione, il progetto è stato condiviso con i referenti dei principali servizi socio-sanitari (SST, CdS, CSM) al fine di supportare un loro coinvolgimento effettivo durante lo svolgimento della sperimentazione.

5. Risultati preliminari

a. Determinanti sociali

Tra i determinanti distali figura certamente l’intensificazione dei processi di **burocratizzazione** e della progressiva **digitalizzazione** (soprattutto legata all’uso della *Spid*). Tale aumento, che negli ultimi anni ha subito una notevole accelerazione, si incrocia con la carenza di strumenti materiali e/o una scarsa alfabetizzazione digitale degli/le abitanti, determinando una diffusa e crescente difficoltà di accesso a risorse fondamentali, quali servizi, opportunità di lavoro, ecc. Come riportato da molteplici attori, tanto dei servizi territoriali quanto degli enti del Terzo settore, questi fattori impattano su diverse fasce di popolazione: giovani e anziani, italiani e stranieri. Rispetto alla fascia giovanile della popolazione locale, la mancanza di un’appropriata alfabetizzazione digitale appare un fattore che contribuisce alla **disoccupazione** riscontrata in questa zona.

Un altro determinante significativo riguarda le **politiche cittadine urbanistiche e abitative**: fin dagli anni ‘30 gli interventi di Edilizia Residenziale Pubblica hanno fortemente contribuito a modellare le modalità e lo stile di urbanizzazione del quartiere, selezionando le categorie sociali che vi sono andate ad abitare.

In tempi più recenti, alcune politiche di **riqualificazione** adottate hanno contribuito a produrre un fenomeno di **gentrificazione** di alcune aree. Ne è un esempio il Mercato Sonato, nato dalla trasformazione dell'ex-mercato rionale di San Donato: un tempo luogo di aggregazione e punto di riferimento per la popolazione locale, oggi rappresenta uno spazio frequentato principalmente da fasce della popolazione altre rispetto a quelle locali e verso cui molti/e abitanti nutrono un forte risentimento. Nonostante il quartiere San Donato-San Vitale sia tra i quartieri con la maggior concentrazione di comparti ERP nella città di Bologna, con un elevato rischio di ghettizzazione e diffuso **disagio economico**, secondo alcuni interlocutori tali caratteristiche non sembrano essere adeguatamente tenute in considerazione nei meccanismi di allocazione delle risorse pubbliche.

La **condizione abitativa** assume un ruolo centrale tra le problematiche osservabili nelle aree di via del Lavoro e di via Mondo. La qualità di tale condizione si intreccia alle caratteristiche materiali e sociali di alloggi e comparti ERP: per diversi/e abitanti tali spazi sono insicuri poiché non costantemente curati o mantenuti dall'ente gestore, per altri/e l'insicurezza è legata soprattutto alla scarsa conoscenza e/o alla conflittualità con il proprio vicinato. Secondo alcuni interlocutori, le difficoltà di convivenza e integrazione tra abitanti sono legate a un'**eterogeneità culturale** (una larga parte degli/lle inquilini/e dei comparti ERP è straniera) e **generazionale** (compresenza di molti anziani soli e famiglie con bambini e giovani adolescenti). È da sottolineare come l'intreccio tra dimensioni materiali e sociali possa risultare anche in termini positivi: è il caso di alcuni civici di via Melato in cui un gruppo di residenti, al fine di migliorare il proprio contesto di vita, si coordina nel richiedere ad Acer i principali interventi di manutenzione, si prende cura degli spazi comuni e si supporta vicendevolmente nelle situazioni di maggiori fragilità.

I temi della **scarsa coesione sociale** e della **solitudine**, tuttavia, appaiono preponderanti in queste zone. La condizione di solitudine, in particolare, riguarda soprattutto le persone anziane e tende ad acuirsi durante l'estate, quando molte delle attività delle associazioni presenti sul territorio vengono sospese. Nonostante siano molte le persone che vivono in condizioni di isolamento, sono da segnalare gli sforzi delle realtà territoriali nel cercare di avvicinarsi e agganciare questa fascia della popolazione. Tra i principali punti di ritrovo, in cui tali sforzi si sviluppano, emergono le aree verdi, così come le strutture sportive, sia al chiuso che all'aperto (nello specifico la presenza di un campo da calcio completamente accessibile è considerato un elemento di valore da salvaguardare), e le Case di Quartiere. Un'altra tipologia di luoghi di aggregazione da segnalare è quella del bar: diverse vie delle zone di via del Lavoro e di via Mondo, infatti, sono contrassegnate da molteplici bar particolarmente frequentati da persone in condizioni di particolare vulnerabilità. A questi luoghi si connette uno tra i determinanti di salute più prossimi relativo agli stili di vita, l'**alimentazione**. Emersa come particolarmente problematica in quest'area, l'alimentazione è strettamente connessa tanto alle dimensioni sociali, economiche, culturali ed emotive caratterizzanti il contesto di vita degli/lle abitanti quanto alle risorse e trasformazioni del territorio. In molti bar, ad esempio, il cibo proposto è stato definito di “qualità scadente”, ma ugualmente consumato perché economicamente vantaggioso e/o perché il bar rappresenta un contesto collettivo in cui poter consumare un pasto in compagnia. Luoghi potenzialmente salutogenici dal punto di vista delle relazioni sociali, dunque, risulterebbero insalubri su altri piani. L'offerta di generi alimentari sul territorio, inoltre, è principalmente legata ai molti discount presenti che, essendo a basso prezzo, sono i luoghi di acquisto maggiormente utilizzati.

L'insieme e le interconnessioni tra i fattori distali e prossimali segnalati influiscono sulle problematiche condizioni di salute della popolazione locale, tra cui, secondo i servizi e alcuni attori del Terzo settore intercettati, sono particolarmente diffusi le **dipendenze** (alcol, sostanze e gioco), i **disturbi di salute mentale** (tra cui il disturbo di accumulo), il **diabete**. Questi elementi e la frequente comorbidità riscontrata da professionisti/e e operatori/trici dei servizi territoriali determina un'alta concentrazione di “casi complessi” in queste aree.

b. Servizi e altre realtà del territorio

Nel corso delle interlocuzioni e interviste svolte a professionisti/e e operatori/trici dei servizi socio-sanitari territoriali (CdS, SST, CSM, MMG) e delle principali realtà impegnate nei territori oggetto di analisi sono emerse questioni inerenti sia il funzionamento dei singoli enti sia l'integrazione tra i diversi servizi socio-sanitari e tra questi e il tessuto associativo.

Rispetto al funzionamento dei singoli servizi socio-sanitari, si riportano di seguito, senza pretesa di esaustività, gli elementi emersi dalla ricerca come maggiormente caratterizzanti i servizi intercettati:

- servizi delle Cure Primarie: all'interno della **Casa della Salute Chersich** la compresenza tra diversi/e MMG e specialisti/e del settore socio-sanitario e le conseguenti opportunità di confronto tra i/e professionisti/e rappresentano un fattore di attrattività per coloro che lavorano in questo spazio, unitamente a dei costi di affitto inferiori rispetto all'esterno della CdS. La questione degli **spazi per i/e MMG nel territorio**, invece, è emersa come particolarmente **problematica nella zona di via del Lavoro** e significativa dei rapporti di forza da cui dipende una questione così importante per il benessere collettivo e il contrasto alle disuguaglianze in salute (MMG non dipendenti Ausl, indicazione delle aree carenti non vincolante per l'insediamento). Con un solo MMG presente nella zona che ha già raggiunto il numero massimo di pazienti e il prossimo pensionamento di un altro medico presente nelle vicinanze, questa zona caratterizzata da molteplici fragilità rischia di non essere servita adeguatamente. La carenza di risorse umane nella rete di medicina territoriale risulta in un **sovraccarico di pazienti per ciascun/a MMG** che impedisce loro di svolgere un lavoro di qualità e non solo di tipo **prestazionale**, in un **ridotto supporto al domicilio rispetto al bisogno** per pazienti fragili (epilettici, con ictus, ecc.) e in un **attivazione o rinnovo di contratti di assistenza domiciliare quantitativamente inferiore** rispetto alle necessità percepite.
- SST: la caratteristica sottolineata con maggiore intensità da parte dei/le assistenti sociali è il **sovraccarico enorme che questi/e affrontano quotidianamente all'interno del servizio**. Questo sovraccarico deriva, in particolare, dalla combinazione della **manca di personale** e dell'**elevata domanda, filtrata** dallo sportello sociale, e risulta anche nel fortemente limitato tempo a disposizione per ciascun/a utente, con una conseguente scarsa conoscenza del contesto di vita della persona e la talvolta difficile costruzione di un legame di fiducia. Un altro elemento caratterizzante il lavoro svolto dal SST appare la **concentrazione prevalente sui singoli casi** e sulla **separazione tra operatore/trice e utente**, piuttosto che su un lavoro sulla comunità (nonostante vi sia una spinta in questa direzione).
- CSM: l'accesso libero e diretto a questo servizio è rivendicato con orgoglio da parte dei/le professionisti/e coinvolti/e; tuttavia, rappresenta anche in parte uno svantaggio poiché fa del CSM una sorta di **“imbuto”** a cui tutte le persone con diversi tipi di problematiche (economiche, abitative, ecc.) si avvicinano, non trovando il medesimo accesso presso gli altri servizi. Solamente i casi più gravi vengono presi in carico, mentre per le cosiddette “patologie minori” da pochi anni è stato istituito un **servizio di consultazione psichiatrica presso la CdS**, a cui i/e MMG possono inviare i loro pazienti per dei consulti; tale servizio, tuttavia, non sembra essersi sviluppato pienamente a causa di una difficoltà di comunicazione tra psichiatri e MMG. Un altro elemento segnalato è la **grande richiesta di supporto psicologico** (percorsi di psicoterapia) a cui, tuttavia, il CSM non può dare una risposta, destinando questa tipologia di supporto unicamente ai/le pazienti con patologie più gravi. Le politiche di centralizzazione dei servizi in singole strutture, come è accaduto per il CSM, sono considerate negativamente da parte dei/le referenti di questo servizio, poiché **“hanno reso il CSM solo, senza presidi sul territorio”**, con la conseguente incapacità di essere prossimi alle zone più fragili. Oltre a quello della **conoscenza del territorio**, un altro ambito da rafforzare è quello della relazione di cura con la **popolazione di origine straniera**, specialmente di origine extra-comunitaria, per la quale gli strumenti di

mediazione linguistico-culturale non sono sempre presenti (questo elemento è stato riscontrato anche nell’ambito delle cure primarie).

- Acer: nonostante non sia stato/a incontrato/a alcun/a referente di questo ente, la **centralità di Acer** è stata sottolineata dalla maggioranza degli attori intercettati (operatori/trici dei servizi, referenti delle istituzioni locali e alcuni/e abitanti), con particolare riferimento alla **difficoltà di interagire efficacemente** con i diversi uffici di Acer, tanto da parte dei/le cittadini/e quanto da parte degli/le operatori/trici e di referenti di enti istituzionali.

Rispetto all’**integrazione tra i diversi servizi** socio-sanitari, **nonostante sia migliorata** nel corso degli ultimi anni e vi siano stati dei tentativi a livello locale e/o su spinta dei/le singoli/e professionisti/e, emergono diverse **difficoltà nella strutturazione di percorsi solidi** di collaborazione e presa in carico congiunta dei cittadini. Mancano un dialogo e una concertazione **a livello centrale**, non solo tra servizi sociali (di competenza comunale) e servizi sanitari (di competenza dell’Ausl), ma anche tra differenti dipartimenti dell’Ausl (DSM, DCP, DSP). Questa debolezza si riflette in:

- una **frammentazione dei percorsi** di sostegno e cura, e orientarsi tra questi diventa sempre più difficile non solo per i/e cittadini/e, ma anche per gli/e stessi/e operatori/trici dei servizi;
- una **manca di responsabilità condivisa** da parte dei servizi nel prendere in carico e/o nel tenere insieme ciascuno dei percorsi in cui il/la paziente/utente è inserito/a.

Dalle interviste svolte con i/le professionisti/e di diversi servizi, emerge infatti che vi è una **manca di conoscenza delle attività e del mandato di un servizio** (ad es. del SST) che si traduce spesso in invii “impropri” da parte di un altro servizio; data la difficoltà da parte di alcune figure (MMG, infermiere/a CSM, SST) a entrare in contatto con gli/le operatori/trici di riferimento del paziente (del SST, amministratore/trice di sostegno, del CSM), vengono usati degli **escamotage per aprire il canale di confronto** con questi/e (ad es. inviare una scheda di segnalazione quando il/la paziente è già in carico al SST; consigliare al/la paziente di presentarsi presso lo sportello sociale senza dire di essere già in carico al CSM).

L’unico spazio di raccordo tra le diverse figure di cura (MMG, professionisti/e di SST, CSM, SerDP, ecc.) emerso come rilevante nella maggioranza delle interviste è l’**ETI**: molti/e riconoscono la ricchezza derivante dalla molteplicità di sguardi, tuttavia il potenziale di questo e di altri percorsi formali di integrazione dipendono molto dalla “sensibilità” di ciascun/a professionista. Come è stato riconosciuto da diversi/e intervistati/e, **manca una generale cultura del lavoro integrato**.

Per quanto concerne le numerose realtà del territorio, nel corso della ricerca-azione la maggior parte di queste sono state intercettate tramite la frequentazione degli incontri dei Tavoli di Progettazione Partecipata Gandusio e San Donato centrale (che verranno trattati nel paragrafo successivo). La scelta di intervistare alcune specifiche realtà (parrocchia San Domenico Savio, associazione Il Grinta, Pronto Soccorso Sociale Opera di Padre Marella) è stata dettata dalla rilevanza dei servizi offerti, dalla storica presenza sul territorio e/o dall’attenzione alle pratiche adottate. In generale è emerso come diverse realtà territoriali agiscano nella consapevolezza che le pratiche di cura e salute passano anche attraverso la **presenza continuativa nel territorio, la promozione di relazioni e/o di movimento e la costruzione di un legame di fiducia** con le persone. Al fine di garantire la sussistenza e il funzionamento delle associazioni, i **bandi** rappresentano una grande risorsa. Nonostante il riconoscimento generale dell’importanza di questi strumenti, c’è anche chi lamenta l’onerosità burocratica e le tempistiche dei bandi che non sempre permettono di incidere sulle esigenze del territorio. L’integrazione tanto tra i diversi enti territoriali quanto tra questi e i servizi si sviluppa soprattutto nel contesto dei Tavoli di Progettazione Partecipata, mentre alcune attività (aiuto compiti, erogazioni di buoni spesa, ecc.) vengono organizzate in maniera congiunta (soprattutto tra alcune associazioni, parrocchie, SST e SEST) al di fuori di essi. Infine, è da menzionare il servizio offerto dal Pronto Soccorso Sociale Opera di Padre Marella, nato per coprire la “zona grigia” del welfare (ovvero accogliere coloro che non rientrano nelle categorie in uso nei servizi sociali) e di portata maggiormente cittadina rispetto ad altre realtà territoriali (i/le cittadini-utenti che vi si rivolgono provengono dall’intera città di Bologna). Nel corso del 2021 questo ente è stato agganciato dal gruppo di ricerca che, in collaborazione con la mediatrice attiva nella zona Gandusio e l’Ufficio Reti, ha coinvolto il referente all’interno del Tavolo di

Progettazione Partecipata Gandusio, ampliando le connessioni con il territorio in cui la struttura è inserita.

c. Dispositivi di partecipazione

Dalla ricerca svolta nei territori di riferimento, sono emerse **poche esperienze e/o dispositivi di partecipazione della cittadinanza locale**, che si sviluppano su diversi livelli:

- all’interno della sperimentazione di “**Villaggio Gandusio**”, la partecipazione attiva delle persone (abitanti-utenti) è stata promossa al fine di co-costruire assieme agli/le operatori/trici sociali il regolamento sul vivere comunitario e le proposte di attività collettive;
- l’esperienza di terapia comunitaria “**Ruota di Barreto**”, la cui partecipazione delle persone-utenti è volontaria e non è presentata dalle assistenti sociali proponenti come vincolo alla possibilità di usufruire di un certo servizio. Nonostante la consapevolezza della persistenza di aspettative e altri meccanismi impliciti che regolano le relazioni di potere sia ben presente tra le assistenti sociali proponenti, all’interno di questo spazio vengono sviluppate nuove modalità relazionali tra persone-utenti e assistenti sociali che consentono un reciproco avvicinamento e il coinvolgimento effettivo di ciascun/a partecipante.
- il coinvolgimento da parte dell’associazione sportiva dilettantistica “**Il Grinta**” dei/le ragazzi/e che frequentano gli spazi sportivi nel processo decisionale riguardante lo svolgimento di alcune attività (allenamenti, cura degli spazi, ecc.).

Nel corso della ricerca, è stata rilevata e sottolineata da molteplici attori la **manca di contesti** in cui gli/le abitanti possano esprimere i loro **bisogni abitativi**, soprattutto in relazione alle costanti difficoltà con l’ente gestore dei comparti ERP.

Tra i dispositivi di partecipazione riferiti alle realtà del territorio sono certamente da segnalare i **Tavoli di Progettazione Partecipata**. Questi rappresentano uno strumento di governance del territorio di cui l’Ufficio Reti e Lavoro di Comunità del Quartiere San Donato-San Vitale si è dotato per ciascuna zona territoriale a partire dal 2018: avviati e coordinati da questo ufficio, consistono in incontri mensili in cui si riuniscono i/le referenti delle varie realtà del territorio (principalmente del Terzo settore), del SST e del SEST, al fine di rafforzare la conoscenza del contesto in cui operano ed elaborare iniziative che incontrino le necessità e i desideri della popolazione locale. Dall’osservazione partecipante agli incontri mensili dei Tavoli Gandusio e San Donato centrale è emerso come questi preziosi spazi potrebbero beneficiare di un ampliamento della rete (ad es. referenti di servizi sanitari, associazioni straniere e abitanti) e del miglioramento di alcune pratiche (co-costruzione del contenuto degli incontri, programmazione condivisa degli incontri, attività congiunte di rilevazione dei bisogni, ecc.) che, se implementate, potrebbero rafforzare la partecipazione degli attori presenti e migliorare ulteriormente la costruzione di attività rispondenti alle esigenze della popolazione locale. In questa direzione, infatti, è stato sviluppato il percorso di supporto al Tavolo Gandusio.

d. Effetti della pandemia

Il coincidere dell’inizio della ricerca con quello della pandemia di Covid-19 ha ostacolato il lavoro di ricerca, ma ha anche permesso di documentare gli effetti dell’emergenza sanitaria e della sua gestione, che comprendono tanto drammatiche conseguenze sulla vita del quartiere quanto innovative strategie emerse per ripensare e rafforzare le reti sul territorio. Rispetto alla popolazione locale, gli effetti della pandemia sono stati multidimensionali. Dall’analisi è emerso un **importante peggioramento delle condizioni di vita di chi già faceva esperienza di situazioni di fragilità**: ritorno all’alcolismo, scompenso psichiatrico, ritiro sociale da parte di nuclei familiari traumatizzati dal

clima di insicurezza e panico causato dall’emergenza, aumento di aggressività e autolesionismo nei/le giovani. Sono stati inoltre rilevati un aumento della povertà economica, della precarietà lavorativa e del bisogno alimentare, nonché un peggioramento delle condizioni abitative, in particolare del sovraffollamento, presenti in proporzione maggiore per chi già precedentemente era inserito in condizioni di vita complesse, ma diffusi anche ad altre fasce della popolazione. Nella lettura fornita dai servizi e dal Terzo settore, le fasce maggiormente colpite dalle conseguenze delle misure adottate sono state: la popolazione anziana, la più soggetta all’isolamento; le famiglie con minori, i/le quali hanno spesso incontrato difficoltà nel seguire la didattica a distanza (per mancanza di mezzi e/o per situazioni abitative di sovraffollamento); la popolazione straniera, specialmente coloro che dovevano salvaguardare il contratto di lavoro per poter rinnovare il permesso di soggiorno e continuare a risiedere nel territorio. La chiusura temporanea dei luoghi che quotidianamente creavano socialità, come bar ed esercizi commerciali, oltre all’impossibilità di uscire di casa nel primo lockdown, ha determinato un sentimento diffuso di depressione e frustrazione nei confronti delle misure di sicurezza prese per evitare la diffusione del virus.

Rispetto agli effetti della pandemia e delle misure adottate sul tessuto associativo e i servizi socio-sanitari, è stata riscontrata una **diffusa difficoltà nell’organizzazione delle attività** sia nelle diverse fasi restrittive sia in quelle di riapertura e ripartenza. La dimensione emergenziale, proseguita ben oltre i primi mesi di pandemia, a causa del costante stato di indeterminatezza tra chiusure e riaperture nel corso della seconda e terza ondata, in alcuni casi (operatori/trici di associazioni locali, cooperative gestrici di servizi, ecc.) ha causato demotivazione, frustrazione e inazione anche per chi prima era abituato a lavorare in costante contatto con il territorio. Dal punto di vista socio-sanitario, soprattutto durante la prima ondata si è assistito alla sospensione di visite ambulatoriali e domiciliari (mantenute solo nei casi più gravi) e ad un aumento dei consulti telefonici. Il forte impulso alla transizione digitale e alla telemedicina ha comportato notevoli difficoltà nel monitoraggio dei/le pazienti e degli/le utenti e nell’intervento a distanza in situazioni complesse. È da segnalare, comunque, una **eterogeneità di esperienze riguardanti la continuità del rapporto di cura** nei servizi dallo scoppio della pandemia a oggi: c’è stato chi ha continuato ad avere accesso alle visite di controllo, consolidando una visione positiva dei servizi sanitari, e chi, invece, ha interrotto i propri percorsi terapeutici perché convinto di non poter più accedere alla vicina Casa della Salute anche a distanza di tempo dall’allentamento delle misure più restrittive. Alcune attività del Terzo settore sono state interrotte e successivamente riprese nei mesi estivi (ad es. ginnastica per anziani/e, aiuto compiti), mentre altre sono state rimodulate in modalità online (ad es. corsi di italiano). Se ciò ha contribuito ad aprire varchi nella solitudine dell’isolamento e a garantire l’erogazione di alcuni servizi, la **conversione digitale** ha anche determinato un ulteriore **limite all’accesso** a certe opportunità ed esperienze per coloro che già precedentemente non possedevano i mezzi materiali e culturali necessari. Questo divario ha evidenziato l’importanza di garantire la prossimità in modo continuativo alle fasce più fragili della popolazione locale, tanto da parte di coloro che fungono da “sentinelle territoriali” quanto da parte dei servizi socio-sanitari. In particolare, la popolazione adolescenziale e giovanile, secondo molteplici attori, è divenuta ancor più difficilmente intercettabile dall’avvio del lockdown, ovvero nel periodo di sospensione di tutte le esperienze di prossimità (educativa di strada, centro di aggregazione, attività sportive), mentre è stata percepita dagli/le abitanti come una presenza inquietante, che viveva gli spazi pubblici violando le regole dei DPCM. Ciò ha contribuito ad alimentare un senso diffuso di insicurezza e percezione di illegalità nelle strade del quartiere.

Tra le conseguenze della pandemia, non sono mancate, tuttavia, delle **forme inedite di attivazione delle reti tra servizi ed altre realtà territoriali**. Ne è un esempio l’iniziativa “San Donato-San Vitale Solidale”, una campagna di raccolta di beni di prima necessità, nata nella primavera del 2020 e continuata nei mesi successivi, per le famiglie in difficoltà segnalate dal SST, che ha coinvolto associazioni locali, istituzioni e servizi del quartiere e realtà commerciali. Da segnalare, infine, l’apertura al territorio di diversi enti del Terzo settore vissuta nei termini di una opportunità da sfruttare (come nel caso dell’Emporio Camilla) o in quelli di una necessità (come nel caso del Pronto Soccorso Sociale Opera di Padre Marella) resasi evidenti proprio con lo scoppio della pandemia per rafforzare le proprie attività:

con la riduzione del numero di persone compresenti nei propri spazi interni, l’Emporio Camilla dispone di molti/e soci/e disponibili a impegnarsi nella costruzione di attività in collaborazione con altri enti; il Pronto Soccorso Sociale Opera di Padre Marella, invece, ha avviato delle interlocuzioni con altre risorse del territorio tramite la partecipazione al Tavolo di Progettazione Partecipata Gandusio e ha rafforzato il legame con il SST al fine di suddividere le responsabilità della presa in carico dei/le singoli/e utenti.

L’equità nel diritto alla salute: il contrasto alle disuguaglianze nella città di Bologna

Quartiere Savena, area Cavedone



Report di fase 2
Redatto a ottobre 2021

Indice:

1. Introduzione
2. Metodologia: ricerca qualitativa e ricerca-azione
 - a. L’approccio della ricerca-azione
3. Dati sanitari
4. Il processo di ricerca-azione: coinvolgimento del Quartiere Savena
5. Risultati
 - a. Determinanti sociali
 - b. Servizi e altre realtà del territorio
 - c. Dispositivi di partecipazione
 - d. Integrazione sociosanitaria
6. Conclusioni

1. Introduzione

Il progetto “**L’equità nel diritto alla salute: il contrasto alle disuguaglianze nella città di Bologna**” è nato nel 2019 di concerto con l’Area Welfare del Comune di Bologna, il Dipartimento di Sanità Pubblica della Azienda USL di Bologna, il Policlinico S. Orsola-Malpighi e il Centro Studi e Ricerche in Salute Internazionale e Interculturale (CSI) dell’Alma Mater Studiorum - Università di Bologna (Dipartimento di Storia Culture Civiltà) a seguito dei dati emersi da una precedente indagine che aveva dato vita alla **prima fase** di uno studio osservazionale (2017-2019) sulla distribuzione di indicatori di esiti in salute (morbilità e mortalità) e di accesso ai servizi nelle diverse aree statistiche della città di Bologna.

I risultati di quello studio hanno mostrato come, a fronte di un miglioramento generalizzato nella salute della popolazione, il tema delle disuguaglianze in salute non fosse da sottovalutare, neanche in un contesto cittadino come quello bolognese, caratterizzato già dalla capillare presenza di servizi di prossimità, in un quadro di solidità istituzionale sia economica sia organizzativa. Lo studio ha contribuito a colmare la scarsa presenza in letteratura di analisi che mostrino la distribuzione dello stato di salute a livello cittadino, e che a partire da questo si fanno promotori di interventi di contrasto alle disuguaglianze e promozione dell’equità in salute.

Per meglio comprendere le specifiche dinamiche che a livello territoriale contribuiscono a minare la capacità di raggiungere una piena equità in salute, si è dato vita a un successivo **approfondimento di stampo qualitativo (2020-2021)** per realizzare un approfondimento volto a indagare le modalità attraverso cui le disuguaglianze si riproducono localmente.

L’obiettivo della **seconda fase** del progetto è stato quindi quello di identificare, analizzare e descrivere i determinanti sociali coinvolti a livello territoriale nella genesi delle disuguaglianze in salute nelle aree della città che presentano maggiore vulnerabilità e/o peggiori esiti di salute e indicatori di accesso ai servizi.

D’accordo con la cabina di regia, identificata con Il Tavolo di Promozione della salute del Comune di Bologna, e in consultazione con i rispettivi quartieri sono state individuate per il 2020 le prime tre aree della ricerca qualitativa, rispettivamente:

- Villaggio della Barca, per il Quartiere Borgo Panigale-Reno;
- Pescarola, per il Quartiere Navile;
- Via Mondo-Via del Lavoro, per il Quartiere San Donato-San Vitale.

L’avvio delle attività della seconda fase del progetto è coinciso tuttavia con l’inizio della pandemia da COVID-19, andando inevitabilmente a imporre una ridefinizione delle modalità di ricerca ma non degli obiettivi. Ove possibile, le attività di ricerca qualitativa (interviste, focus group) e di ricerca-azione (incontri di confronto e programmazione, restituzioni, analisi collettive dei dati) sono state condotte online. Ove e fin quando possibile, sono state mantenute attività di campo come passeggiate e osservazioni, incontri con singole persone. **Purtroppo, è stata molto sacrificata la parte che doveva coinvolgere gli/le abitanti delle aree selezionate. È stato altresì difficile intercettare le organizzazioni e il personale sanitario, travolto dalla situazione pandemica e con nessuno spazio per attività fuori dall’emergenza.**

Nella primavera del 2021, si è iniziato a lavorare anche sulle nuove tre aree:

- Innerio 1 e 2, per il Quartiere Santo Stefano;
- Cavedone, per il Quartiere Savena;
- Zanardi, per il Quartiere Porto-Saragozza.

Per ogni area si è costituito un gruppo multidisciplinare che ha sempre visto la partecipazione di figure senior di formazione antropologico-sociale e di sanità pubblica, affiancate da giovani in formazione o laureate/i.

2. Metodologia: ricerca qualitativa e ricerca-azione

La seconda fase di ricerca è stata sviluppata a partire da un approccio qualitativo, a carattere etnografico, volto a comprendere la molteplicità e l’interdipendenza dei fattori che, a vari livelli, concorrono nel creare un contesto di vita favorevole o meno alla salute delle persone nel territorio in cui vivono.

A tal fine sono stati utilizzati **prevalentemente strumenti di indagine etnografica** – quali: **mappature del territorio, osservazione partecipante, interviste in profondità, focus group** – che sono particolarmente appropriati per esplorare i significati che i soggetti coinvolti (abitanti, operatori/rici e responsabili dei servizi, membri di associazioni) attribuiscono ai fenomeni che li circondano e per far emergere i “non detti” impliciti nella pratica quotidiana. Tali strumenti, inoltre, permettono di valutare nello specifico quali sono i soggetti e i gruppi particolarmente svantaggiati (es. migranti, famiglie in stato di povertà, famiglie monogenitoriali, anziani soli ecc), quali sono i bisogni non soddisfatti a cui si può dare risposta da parte dei servizi e delle istituzioni e quali risorse comunitarie sono già localmente presenti. In questo modo è possibile produrre informazioni (percezioni, emozioni, posizioni radicate nell’interiorità) che non sono indagate dalle comuni banche di dati e che esplorano le ragioni per cui si riscontrano determinati problemi di salute e come si potrebbe agire per contrastarli.

Allo stesso tempo questa fase si inserisce all’interno di un **più ampio approccio di ricerca-azione che caratterizza tutto il progetto, con lo scopo di contribuire alla creazione di un “potenziale d’azione”** (in termini di relazioni/gruppi di lavoro, conoscenze, competenze, motivazione, mandato politico) per l’equità in salute e, ove possibile, ad azioni concrete in quella direzione.

L’approccio della ricerca-azione

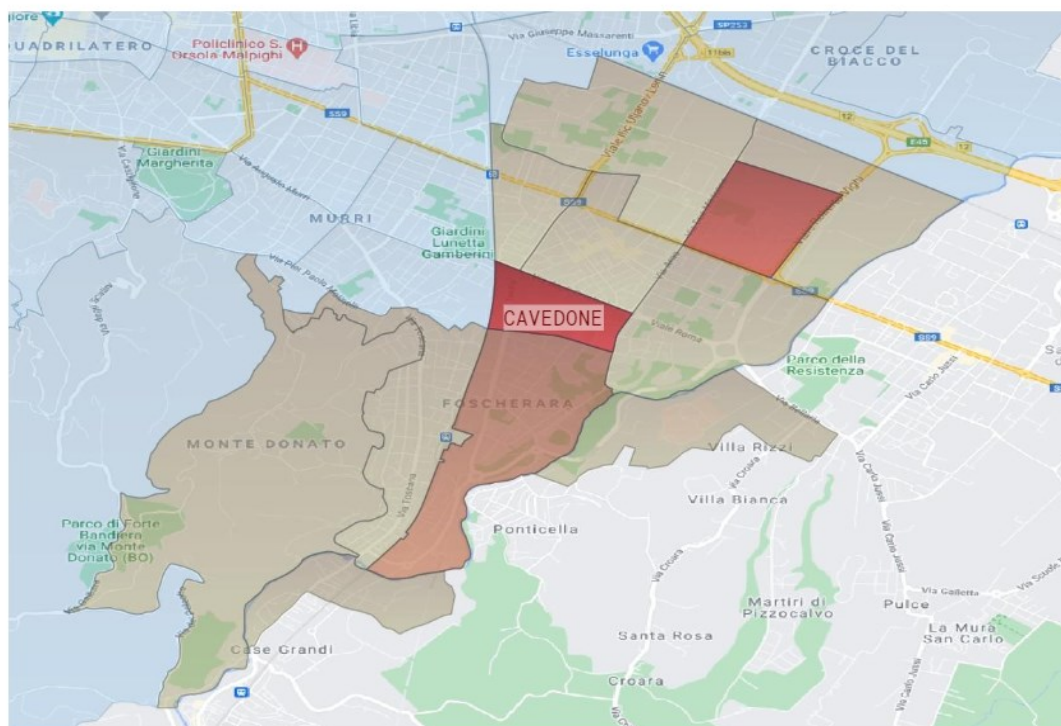
Come sopra indicato, il progetto è orientato al paradigma della ricerca-azione, in base al quale le informazioni raccolte sul campo sono inserite in un ciclo continuativo di riflessione e azione teso alla trasformazione dei saperi, delle pratiche e dei contesti in cui si sviluppa. Applicata agli ambiti del contrasto delle disuguaglianze e della promozione della salute, un campo privilegiato di analisi ed intervento è quello dell’impatto dei servizi e delle politiche sui determinanti sociali della salute. Perciò, **i risultati di una ricerca-azione non sono esclusivamente da intendersi sul piano della generazione di nuove conoscenze** (in questo caso, quali determinanti agiscono sulla salute delle persone in un dato territorio), **ma anche delle nuove relazioni che si instaurano** (tra servizi, istituzioni, associazioni, abitanti e gruppo di ricerca), producendo conoscenze e consapevolezze condivise e costruendo nuove forme di azione integrata e partecipata.

3. Dati sanitari

Per l’individuazione delle aree statistiche candidabili all’approfondimento qualitativo, sono stati considerati i dati raccolti nella prima fase della ricerca. Nel Quartiere Savena, le aree statistiche che sono emerse come più fragili sono Cavedone, Due Madonne e Corelli. In accordo con i diversi attori coinvolti nel progetto, si è scelto di concentrare le attività di ricerca nell’area statistica di **Cavedone**, ovvero l’area che si schiude tra **Via degli Ortolani, Via Firenze, Via Cavazzoni e Via Torino** (evidenziata in mappa).

●● Report “L’equità nel diritto alla salute”

Dati Fase 1 (2011-15) <u>Poliprescrizione 1,14</u> <u>Fragilità >50% 1,26</u> <u>PS impropri 1,15</u> <u>Diabete 1,234</u>	Dati Comune (2019) IS Fragilità 102 Fr. Demografica 110 Fr. Sociale 96 Fr. Economica 101	- Percentuale di laureati 30,9 % - Famiglie con reddito sotto soglia 24,2 % - Minori in famiglie monogenitoriali 11,1 % - Percentuale stranieri 0-19 anni 16,6 %	ALTA MEDIO-ALTA MEDIA MEDIO-BASSA BASSA
	Mappe dati sociali: Rossa per utenza con servizi autorizzati, assistenza domiciliare socio-assistenziale, assistenza educativa domiciliare e bonus utenze	- Popolazione >65 anni sola 28,5 % Fragilità sanitaria anziani 8,1 %	



L’area di Cavедone presenta un significativo svantaggio, rispetto alla media cittadina, per i seguenti indicatori di esiti sanitari e di accesso ai servizi:²¹

Indicatore	BMR ²² 2011-15	BMR 2015-19
Poliprescrizione	1,140	1,182
Fragilità>50%	1,260	–

²¹ Le aree in cui compaiono maggiori esiti sanitari sono anche le aree con un maggior consumo di prestazioni sanitarie. Il fenomeno potrebbe essere dovuto sia a possibili maggiori bisogni che ad un maggior uso inappropriato dei servizi che ad una inadeguata prevenzione e/o presa in carico della popolazione in campo sociale e sanitario.

²² BMR (Bayesian Morbidity Ratio): rappresenta una stima smoothed (lisciata) del rischio relativo (RR), e viene preferito al rapporto standardizzato di mortalità (SMR) perché consente di risolvere eventuali problemi di stabilità nelle stime in aree geografiche piccole o con un numero esiguo di osservazioni. Questo indicatore bayesiano permette infatti di considerare sia la variabilità generale dei rischi, quindi l’eterogeneità complessiva, sia la variabilità spaziale valutando i rischi adiacenti all’area considerata.

Accessi Pronto Soccorso >18aa	1,040	1,046
Accessi Pronto Soccorso codici bianchi e verdi >18aa	1,150	1,126
Incidenza diabete	1,234	1,230

I dati sugli esiti in salute sono stati incrociati con i **dati sociali** messi a disposizione dal Comune e relativi alla distribuzione geografica delle fragilità demografica, sociale ed economica. Rispetto a questi ultimi, Cavedone risulta critica in particolare per una **bassa percentuale di persone laureate** e un’elevata **fragilità sanitaria delle persone anziane**, oltre che per una significativa presenza di **giovani in età 0-19 anni di origine straniera**.

Analisi del database **Garsia** hanno rilevato un elevato consumo dei servizi sociali, in particolare rispetto all’**assistenza domiciliare socio-assistenziale**, all’**assistenza educativa domiciliare** e alle **richieste di bonus per le utenze**.

Nell’area di Cavedone, infine, si segnala una percentuale di popolazione in **Edilizia Residenziale Pubblica (ERP) pari al 20,83%**.

4. Il processo di ricerca-azione: coinvolgimento del Quartiere Savena

Il progetto di ricerca ha visto coinvolto il Quartiere Savena a partire dall’aprile 2021. L’équipe di ricerca del CSI che ha preso parte alle attività è composta da Martina Consoloni e Matteo Valoncini, ed è coordinata da Chiara Bodini e Ivo Quaranta. Ogni incontro è stato accompagnato da Donatella Casadio, referente per l’Area Welfare e Benessere di Comunità del Comune.

Il processo di ricerca-azione è stato portato avanti attraverso l’istituzione di un Tavolo di lavoro, al quale hanno preso parte il Direttore e la Presidente del Quartiere Savena, l’Ufficio della Presidenza, il Servizio Sociale Territoriale (SST), l’Ufficio Reti e Lavoro di Comunità (UR) e il Servizio Educativo Territoriale (SEST).

Primo incontro del Tavolo

Nel primo incontro (26/04/2021), oltre all’équipe di ricerca, erano presenti Donatella Casadio, il **Direttore** (Berardino Cocchianella), la **Presidente del Quartiere** (Marzia Benassi), l’**Ufficio della Presidenza** (Silvia Cappelletti) e l’**UR** (Inti Bertocchi, Marina Cavulla, Riccardo Rinaldi e Monica Sabbioni). Discutendo di quanto emerso nella prima fase della ricerca, abbiamo individuato l’**area statistica di Cavedone** come contesto che ricorre più spesso per i diversi indicatori di svantaggio e, per questo, da attenzionare nella ricerca.

Di concerto con gli attori del Quartiere, abbiamo identificato i **processi partecipativi**, di cui il Quartiere Savena sembra particolarmente ricco, come **focus specifico** di indagine e di approfondimento. Com’è noto in letteratura infatti²³, le iniziative di partecipazione comunitaria possono giocare un importante ruolo nel contrasto alle disuguaglianze e nella promozione della salute.

²³ e.g. Lewis, S., Bamba, C., Barnes, A., Collins, M., Egan, M., Halliday, E., ... & Popay, J. (2019). Reframing “participation” and “inclusion” in public health policy and practice to address health inequalities: Evidence from a major resident-led neighbourhood improvement initiative. *Health & social care in the community*, 27(1), 199-206.

Co-definizione degli obiettivi specifici di ricerca

Stando ai macro-obiettivi del progetto, durante il primo incontro il Tavolo ha concordato di concentrare le attività di ricerca nel Quartiere Savena su questi due assi:

- **comprendere i motivi per cui l’area di Cavedone appaia come più fragile** e cioè quali siano i bisogni di salute della popolazione e, in generale, le maggiori criticità riscontrate nella zona, oltretutto i fattori strutturali che li determinano;²⁴
- **identificare fattori e risorse che emergono come protettive della salute** e cioè come l’assenza o presenza di iniziative di partecipazione comunitaria concorra a promuovere o deteriorare la salute degli/le abitanti del Quartiere e, in particolare, dell’area di Cavedone.

Secondo incontro del Tavolo

Nel secondo incontro (09/06/2021), oltre agli attori già coinvolti, hanno partecipato anche il **SEST** (Luca Campioli, Lorenzo Imbriaco, Cristina Piccagli e Claudia Zerri) e la coordinatrice dello **Sportello Sociale** (Chiara Todeschini). Rispetto ai **bisogni di salute dell’area di Cavedone** e in generale del Quartiere è emerso che:

- c’è una **forte presenza di Edilizia Residenziale Pubblica (ERP)**, in particolare in Via Degli Ortolani; solitamente si tratta di appartamenti molto grandi e senza barriere architettoniche, motivo per cui li vengono inseriti nuclei familiari numerosi con minori a carico o con disabilità. Una delle ipotesi di ricerca, condivisa da chi ha partecipato all’incontro, è che le fragilità rilevate dalle diverse indagini quantitative su Cavedone siano relative ai nuclei che risiedono negli alloggi ERP;
- dai sopralluoghi effettuati dall’**Educativa di Strada (EDS)** e il **progetto Guida La Notte**, l’area intorno a Via Cavedone (area statistica: Bitone) risulta essere potenzialmente **critica per uso di alcol e sostanze**.

Per quanto riguarda invece le **associazioni, le risorse e le iniziative in atto nel territorio di Savena**, su **Via Abba** (area statistica: Corelli) sono presenti diverse realtà gestite da associazioni e cooperative, come ad esempio la **Ciclofficina** e **Ciappineria Popolare di Senza Il Banco**, lo **Sportello Lavoro di Open Group**, il **Laboratorio Fotografico di Tempo e Diaframma**, l’**Emporio Solidale di Case Zanardi**, la **Sartoria Sociale di MondoDonna Onlus**.

Viene segnalato inoltre che, all’interno del percorso di trasformazione dei Centri Sociali in **Case di Quartiere**, il CS “San Rafael” è attualmente chiuso e necessita di una totale riprogettazione; anche per il CS “Casa del Gufo” il percorso amministrativo identificato è la riprogettazione. Al contrario, rimarranno in continuità i CS “Foscherara”, “La Dacia”, “Paleotto”, “Villa Mazzacorati” e “Villa Paradiso”.

Rispetto all’asse della **partecipazione**, abbiamo iniziato a discutere del **bilancio partecipativo** e del percorso di **co-progettazione**.

A proposito di dispositivi di **interfaccia con l’ambito sanitario** sono emerse le seguenti valutazioni:

- buona collaborazione tra sociale e **CSM** (Mazzacorati) e **SerDP** (Carpaccio), sebbene con il SerDP i rapporti siano meno fluidi (principalmente a causa dei problemi legati alle privacy);
- buon funzionamento dell’**ETI Adulti**;
- buon funzionamento del **Budget di Salute**, sebbene ancora incipiente;
- interfaccia con cadenza costante della Presidenza di Quartiere con il **Comitato di Distretto** (da cui in cantiere l’idea di una Casa della Salute nel territorio di Savena).

²⁴ La scelta dell’area da attenzionare non preclude che si possano prendere in considerazione iniziative, servizi e fenomeni di altre zone del Quartiere, anzi: considerando che quella in aree statistiche è una divisione puramente amministrativa e che le persone, nella loro quotidianità, attraversano diversi territori, abbiamo ritenuto potesse essere di interesse per la ricerca qualsiasi dato raccolto sul Quartiere.

Terzo incontro del Tavolo

Nel terzo incontro (05/07/2021), oltre agli attori già coinvolti, hanno partecipato anche il **SST** (Emanuele Salomoni e Marco Tocco) e la **Tutela Minori** (Cecilia Davoli). In questo contesto:

- Il SEST ha condiviso i dati relativi alle segnalazioni e alle **richieste di device/schede di connettività**: negli ultimi 6 mesi, in totale hanno ricevuto 162 segnalazioni, di cui 115 sono state prese in carico; tra queste, i numeri di dispersione ed evasione scolastica sono rispettivamente 21 e 7. **Cavedone emerge come l’area del Quartiere maggiormente interessata dalla dispersione scolastica**;
- **IC9 (Via Arno) e IC22 (Cavedone) sono gli Istituti dai quali provengono le maggiori richieste di intervento, sia per SEST sia per SST.**

Per quanto riguarda i **bisogni di salute** che vengono intercettati dal territorio, il SST ha presentato 3 macro-temi:

- la **residenzialità** per persone che non riescono più a rimanere a casa (a causa di barriere architettoniche che impossibilitano spostamenti in autonomia, presenti soprattutto nell’area di Bitone) e che spesso sono sole, per cui si incorre molte volte in **problemi di accesso alle strutture**, difficoltà esacerbata particolarmente nel periodo dell’anno in cui il/la caregiver (dove presente) va in ferie;
- la **domiciliarità** per persone che possono rimanere a casa ma hanno **bisogni variegati e complessi** e per cui l’assistenza domiciliare non riesce a fornire percorsi efficaci, in termini di integrazione delle risorse e di stabilità delle figure di riferimento;
- la **partecipazione** per persone che godono di una relativa autonomia ma che rimangono escluse da alcuni processi (ad es. processi che richiedono un certo grado di **alfabetizzazione digitale**).

La Tutela Minori ha riportato un crescente bisogno di **supporto psicologico per pre-adolescenti e adolescenti** al quale è complesso rispondere. Infatti, non si tratta di persone con sintomatologie conclamate, per le quali sarebbe prevista una presa in carico da parte della Neuropsichiatria Infantile, ma di primi segni di un disagio con una forte determinazione di tipo sociale che, durante la pandemia, talvolta è andato incontro ad un aggravamento. Tale tipo di disagio richiederebbe una **presa in carico individuale**, quindi anche lo sportello psicologico scolastico si rivela inadeguato. In questi casi, alle famiglie viene spesso suggerito di intraprendere un percorso psicologico nel privato, ma non tutte hanno le risorse per accedervi.

Per quanto riguarda **dispositivi di interfaccia con l’ambito sanitario**:

- abbiamo parlato dei **rapporti tra SST e Medici di medicina generale** e tra **Tutela Minori e Pediatri di libera scelta**: ne sono emerse delle difficoltà rispetto al lavoro di rete;
- il **SST** ha raccontato in termini molto positivi della **collaborazione con il Dipartimento di Cure Primarie**, attualmente in riconfigurazione per cambio dirigenza;
- sono stati citati diversi **dispositivi introdotti per la gestione socio sanitaria**, quali:
 - **ETI** (Equipe Territoriale Integrata);
 - **UVM** (Unità di Valutazione Multidimensionale);
 - **PCAP** (Punto di Coordinamento dell’Assistenza Primaria).

Quarto incontro del Tavolo

Il quarto incontro del Tavolo (22/10/2021) è avvenuto in seguito alla restituzione di una prima bozza di questo report. In merito a quest’ultima, gli attori del Tavolo hanno suggerito alcune riflessioni rispetto alle principali tematiche emerse dal lavoro di campo. Una prima parte di confronto è stata dedicata alla

tematica degli **spazi di aggregazione**: nelle interviste ne è spesso stata riportata e lamentata la mancanza, nonostante il territorio ne sia particolarmente ricco. Da qui sono emerse alcune ipotesi:

- Gli spazi aggregativi sono presenti ma non efficacemente comunicati?
- C’è una disparità di risorse che investe specificatamente l’area di Cavedone o si tratta di una dinamica trasversale a tutto il quartiere?
- È possibile che sia un problema di percezione (gli spazi ci sono ma la popolazione non ne avverte la presenza)? In tal caso, come si potrebbe lavorare sulle/con le percezioni degli/le abitanti?

Una seconda parte del confronto è stata dedicata alla definizione di “**quartiere dormitorio**” (intesa come mancanza di iniziative e possibilità ricreative sul territorio) emersa dal campo e che ha sollevato un dibattito tra le persone che hanno preso parte all’incontro. La definizione sembrava infatti potesse riferirsi unicamente a un solo target (“giovani adulti”, 18-30 anni), tuttavia, ulteriori approfondimenti portati avanti nei mesi di novembre e dicembre, sembrano confermare che tale percezione è diffusa anche in soggetti in età adulta (35-65 anni). La terza tematica affrontata è stato il percorso di **co-progettazione**: in base ai dati raccolti nel corso delle interviste, sono stati discussi i punti di forza (la messa in rete, la permeabilità del processo) e gli elementi critici (complessità nel prosieguo della rete, mancanza di altre modalità di messa in rete), sui quali c’è pieno assenso per chi ha partecipato al Tavolo. In seguito alle riflessioni, gli attori del Tavolo hanno segnalato un possibile campo di confronto metodologico: le **indagini** portate avanti dal Gruppo di Valutazione Integrata di Salus Space, al quale prendono parte esperti di Irs e cittadini della zona (attualmente oggetto di approfondimento mediante interviste realizzate con partecipanti al gruppo). Insieme a questo, tra le risorse presenti sul territorio sono state segnalate le **mappe plurilingue** del Quartiere Savena e i **laboratori di Quartiere** (che emergono come poco partecipati nel loro ultimo svolgimento). In ultimo, come risultato del lavoro svolto assieme, il Tavolo ha concordato col team di ricerca un’integrazione dei dati emersi all’interno del **Programma Obiettivo** del Quartiere.

5. Risultati

Approccio al territorio

Parallelamente agli incontri del Tavolo e con l’obiettivo di approssimarsi alle diverse realtà (associazioni, cooperative, gruppi informali) del Quartiere Savena, il team di ricerca si è avvalso principalmente di due metodologie etnografiche:

- l’**osservazione partecipante**, che si è svolta sia tramite la frequentazione del territorio tra bar, parchi e ristoranti, sia presso un’associazione che durante l’estate 2021 ha proposto alcune attività in quartiere. Questa metodologia di indagine ci ha permesso di partecipare a momenti di aggregazione sul territorio sia come utenti che come parte della cittadinanza attiva, dandoci così la possibilità di acquisire una visione che, sebbene parziale, risulta rilevante ai fini della ricerca.
- l’**intervista semi-strutturata**.²⁵

Attività svolte

Come anticipato, le interviste non si sono limitate ad attori sociali dell’area statistica di Cavedone ma comprendono diverse realtà che vi si interfacciano. Sono state realizzate 12 interviste semi-strutturate a 12 attori del territorio, tra abitanti, personale sanitario (MMG, PDL), personale del Quartiere e volontari/e di associazioni (alcune delle persone intervistate ricoprivano un doppio ruolo, es. abitanti con anche un ruolo associativo). Molte più persone sono state raggiunte tramite colloqui informali nel corso delle attività di osservazione partecipante e presenza ai Tavoli di cui si è parlato precedentemente.

²⁵ Le persone intervistate hanno firmato un consenso informato sul trattamento dei dati, il quale prevede il pieno rispetto dell’anonimato. Per questo motivo, nella parte che segue non saranno presenti nomi di persona o di associazione ma solo informazioni utili ad orientare la lettura.

a. Determinanti sociali

Composizione del quartiere

Il quartiere è percepito dagli/le abitanti e dalle realtà associative come un buon posto dove vivere: un territorio tranquillo con sufficienti servizi e una buona qualità della vita.

La zona si presenta come perlopiù residenziale, talvolta descritta da qualche attore del territorio come un “**quartiere dormitorio**”: le attività commerciali presenti sembrano infatti non intercettare tutti i bisogni e i desideri delle persone che abitano nel Quartiere, che per questo si spostano frequentemente nel centro della città o nella cittadina più prossima (San Lazzaro di Savena).

Rispetto alla **composizione dei/le cittadini/e** che abitano la zona, la ricerca ha evidenziato quanto l’area statistica di Cavedone presenti sia disparità socioeconomiche evidenti, che una notevole varietà dal punto di vista della composizione dei suoi abitanti. Per quanto riguarda la **zona dei grattacieli** (Via degli Ortolani), questa è riconosciuta come particolarmente fragile dal punto di vista sociale, sia dal Tavolo che dalle persone intercettate attraverso di esso.

Aree verdi e via degli Ortolani

L’evento pandemico ha messo in evidenza quanto il “**verde**” del territorio risulti importante anche e soprattutto in termini promotivi per la salute. Questo va a coincidere con e a confermare la volontà dei/le cittadini/e, espressa tramite la piattaforma Iperbole e nel solco del Bilancio Partecipativo in tempi appena precedenti, di **implementare, supportare e valorizzare le aree verdi** della zona. Pochi di questi spazi risultano, tuttavia, adeguatamente attrezzati per poter svolgere attività sportiva. Per esempio, è stata sottolineata la necessità di poter praticare **sport all’aperto** in Quartiere senza necessariamente doversi affidare ed iscrivere ad associazioni sportive, iscrizioni che a seconda delle fragilità presenti possono fornire una rete informale di supporto ma anche una barriera invalicabile d’accesso.

b. Servizi e altre realtà del territorio

Spazi di aggregazione

La tematica degli **spazi aggregativi insufficienti e/o assenti** attraversa molte delle realtà che si affacciano sul territorio. In generale, dalle interviste e dalle osservazioni svolte in questi mesi, il dato che emerge con più frequenza è proprio la **manca di spazi di aggregazione informali**. Tale assenza risulta essere avvertita a livello **intergenerazionale**, interessando al contempo le fasce giovanile, adulta e anziana. Inoltre, l’assenza di spazi aggregativi informali sembra incidere sul senso di **appartenenza al quartiere**: senza punti di riferimento per la socialità, le persone faticano a identificarsi come abitanti della zona, andando a indebolire anche eventuali opportunità di messa in rete. Queste criticità sono presenti nonostante:

- l’ampia presenza di **zone verdi**;
- la grande **mobilitazione delle molte associazioni** del territorio;
- gli sforzi messi in gioco dal **Quartiere** per promuovere spazi partecipativi vecchi e nuovi.

In seguito, presentiamo due esempi specifici che illustrano il diverso grado di partecipazione sullo stesso territorio.

Esempio 1: decentramento

Una realtà in particolare ci ha raccontato di quanto la **pandemia** e il conseguente tentativo della municipalità di **decentrare le iniziative d’intrattenimento** in periferia (onde evitare assembramenti) abbia aiutato a promuovere alcune iniziative di vario genere, nel loro specifico caso aiutandoli a coinvolgere

anche gli/le abitanti della zona. A questo proposito, come già messo in luce anche dal SST durante il terzo incontro, gli eventi promossi in loco hanno visto un **aumento della partecipazione da parte anche degli/le abitanti**. Tuttavia la dinamica non mantiene uniformità e costanza all’interno del quartiere ma si intensifica o meno a seconda della realtà specifica che promuove un determinato evento.

Esempio 2: partecipazione locale

Per poter comprendere meglio quali **dinamiche partecipative** sono poste in essere in quartiere, nei mesi di maggio, giugno e luglio abbiamo frequentato uno spazio che si trova appena fuori dall’area statistica di Cavedone. Nato tramite la spinta di alcuni/e cittadini/e, questo spazio voleva rispondere alla necessità, sempre più avvertita, di avere **luoghi di aggregazione informali**, nello specifico per gli adolescenti. In assenza di una risposta da parte della popolazione giovanile, lo spazio oggi funge principalmente da centro attrattivo per delle attività di intrattenimento per gli/le adulti/giovani adulti, soprattutto durante l’estate.

Prendendo parte ad alcune di queste serate, è emerso che **molti dei/delle partecipanti non risiedono nel quartiere** ma arrivano dall’esterno, perché conoscono personalmente i membri dell’associazione stessa. **Gli eventi sono quindi sì molto partecipati, ma solo parzialmente dalle persone che vivono nella zona**. Questo, secondo i membri stessi dell’associazione, è dovuto alla conformazione sociale dell’associazione, uniforme e consolidata in una propria composizione specifica solo parzialmente permeabile.

c. Dispositivi di partecipazione

Co-progettazione

Rispetto al percorso di **co-progettazione**, di seguito illustreremo brevemente alcuni feedback riportati dalle realtà del territorio che ne hanno preso parte, così da poter restituirne criticità e punti di forza ad oggi rilevati:

- L’**importanza della co-progettazione** è ampiamente riconosciuta da tutte le persone che vi prendono parte, in primis per il riconoscimento degli sforzi da parte del Quartiere di mettere in rete le varie realtà del territorio. In particolare, sono accolte molto positivamente le attività di coordinamento svolte dal Quartiere.
- Viene molto apprezzata la **permeabilità** del dispositivo, che ha permesso la modellazione dei percorsi attraverso i feedback delle persone partecipanti, sia durante le diverse fasi della co-progettazione sia nel corso degli anni.
- Sebbene uno dei limiti risieda nel fatto che le attività sono co-progettate per sole due annualità, alcune delle **relazioni costruite o rafforzate all’interno del percorso spesso proseguono** al di fuori della co-progettazione.
- Tuttavia la **messa in rete** all’interno del processo di co-progettazione è efficace **se e quando si instaurano o sono già presenti buone relazioni individuali** tra i/le partecipanti, che possono proseguire al di fuori del percorso.
- Dal punto di vista di alcune associazioni, le azioni e gli interventi che vengono co-progettati, a fronte anche dell’impegno profuso per la partecipazione agli incontri previsti dal percorso, talvolta non riescono a includere soddisfacentemente le esigenze delle persone partecipanti, soprattutto perché le risorse economiche complessive a disposizione appaiono esigue o insufficienti per realizzare le proposte come erano state inizialmente concepite.
- I tavoli di co-progettazione risultano così **un terreno di incontro/scontro che mette in rete**, anche se rappresentano l’**unico terreno** al momento disponibile.

d. Integrazione sociosanitaria

Nel corso degli incontri col Tavolo è più volte emerso il tema dell'**integrazione dei servizi sociali con quelli sanitari**, anche intesa in quanto strumento per la costruzione di una presa in carico longitudinale. Dall’analisi che abbiamo effettuato ad oggi, pur riconoscendone una dimensione strutturale che prescinde dalle volontà dei singoli servizi, i **rapporti interpersonali tra professionisti/e sembrano funzionare ma non garantire una continuità**.

I tavoli che negli anni sono stati sperimentati sono oggi da ripristinare in una qualche forma e sembra sia interesse di tutti gli attori sociali procedere in questo senso. Un tema emerso da alcune interviste sia con professionisti/e sia con cittadini/e e realtà associative è **l’assenza di presidi sanitari**, in particolari di una **Casa della Salute**.

6. Conclusioni

Il territorio del Quartiere Savena è molto **vasto e ricco dal punto di vista delle aree verdi e delle realtà associative presenti**. Questa sua vasta estensione territoriale, tuttavia, va a incidere sull’efficacia di alcune delle molte iniziative presenti sul territorio che, spesso, si vedono **penalizzate da una mobilità interna ridotta da un punto di vista dei trasporti** (sia per quanto riguarda le piste ciclabili che per i mezzi pubblici) e da una **circolazione limitata delle informazioni**.

Uno studio sull’intero quartiere, che concorrerebbe nel definire meglio le criticità e le risorse presenti sul territorio, esula dagli scopi dell’attuale ricerca che vede i suoi presupposti teorici e metodologici nella scelta di concentrarsi su aree circoscritte. L’area di **Cavedone** è stata tuttavia analizzata sconfinando dai confini amministrativi che la vedono racchiusa. Le definizioni amministrative, infatti, risultano spesso riduttive quando ci si approccia qualitativamente ad un territorio inserito in un contesto prima di quartiere, poi cittadino.

La ricerca effettuata ha evidenziato alcuni dati che ci permettono di rispondere ai due obiettivi iniziali: **comprendere i motivi per cui l’area di Cavedone appaia come più fragile e identificare fattori e le risorse che emergono come protettive della salute**.

Rispetto al **primo obiettivo**, riteniamo al momento di aver individuato **due dinamiche** che possono concorrere nel determinare l’attuale situazione dell’area statistica: in primo luogo, dalla ricerca è emersa **l’assenza di spazi fisici adeguatamente attrezzati**. Diversi attori hanno riportato quanto, nonostante l’ampiezza delle zone verdi, l’assenza di luoghi dove promuovere attività di vario genere (dall’attività fisica all’aperto e gratuita fino all’intrattenimento) sia lesiva per la promozione della partecipazione comunitaria e dunque della salute. Nello specifico, nel quarto incontro col Tavolo, la discussione ha portato a diversi interrogativi ai quali si è cercato di dare una risposta:

- **“Gli spazi aggregativi sono presenti ma non efficacemente comunicati?”** – Gli/le intervistate hanno posto lo stesso interrogativo. Risulta quindi possibile che questi spazi aggregativi promossi dal Quartiere e dalle realtà del terzo settore debbano essere più efficacemente comunicati per poter effettivamente svolgere la loro funzione.
- **“C’è una disparità di risorse specificatamente su Cavedone o è una dinamica trasversale?”** – La dinamica sembra investire l’intero quartiere, tuttavia Cavedone nello specifico risulta essere un’area non particolarmente ricca di spazi aggregativi.

In secondo luogo è stata messa in luce **l’inefficacia della comunicazione e della messa in rete** di risorse a livello di Quartiere e tra le stesse realtà associative, che ugualmente va a incidere sulla “vita del quartiere” e di Cavedone, nello specifico. Entrambe sono questioni in aperta discussione e questo ci riporta al **secondo obiettivo** della ricerca: identificare fattori e le risorse che emergono come protettive della salute. Nel dialogo con gli attori del territorio e con il Tavolo stesso è emersa una forte volontà di

lavorare sulle criticità. Infatti **Quartiere e cittadinanza stanno lavorando insieme**, tramite i laboratori di **co-progettazione**, per investire laddove è necessario. Le criticità individuate e segnalate dagli attori durante il periodo di ricerca, quindi, non sono da leggere come mancato riconoscimento degli sforzi fatti dalle istituzioni, anzi. **Tutte le realtà e gli attori sociali riconoscono che Savena, come realtà istituzionale di Quartiere, lavora alacremente affinché ci siano le basi per la co-progettazione e la partecipazione a nuovi spazi.** Il lavoro del terzo settore, le iniziative dei cittadini e il coordinamento del Quartiere per promuovere attività co-progettate sul territorio, nonostante le difficoltà che questo processo comporta, emergono quindi come promotive per la salute dei cittadini e del territorio.

L’equità nel diritto alla salute: il contrasto alle disuguaglianze nella città di Bologna

Quartiere Porto-Saragozza, area Zanardi



Report di fase 2
Redatto a maggio 2022

Indice:

1. Introduzione
2. Metodologia: ricerca qualitativa e ricerca-azione
 - a. L’approccio della ricerca-azione
3. Dati sanitari
4. Il processo di ricerca-azione
 - a. Metodologia e pratiche
 - b. Realtà territoriali e servizi incontrati
5. Risultati
 - a. La rete come risorsa
 - b. Il ruolo dei servizi e l’integrazione socio-sanitaria
 - c. Proiezione di una rete funzionale: limiti esistenti
 - d. Effetti della pandemia
6. Conclusioni

1. Introduzione

Il progetto “**L’equità nel diritto alla salute: il contrasto alle disuguaglianze nella città di Bologna**” è nato nel 2019 di concerto con l’Area Welfare del Comune di Bologna, il Dipartimento di Sanità Pubblica della Azienda USL di Bologna, il Policlinico S.Orsola-Malpighi e il Centro Studi e Ricerche in Salute Internazionale e Interculturale dell’Alma Mater Studiorum - Università di Bologna (Dipartimento di Storia Culture Civiltà) a seguito dei dati emersi da una precedente indagine che aveva dato vita alla **prima fase** di uno studio osservazionale (2017-2019) sulla distribuzione di indicatori di esiti in salute (morbilità e mortalità) e di accesso ai servizi nelle diverse aree statistiche della città di Bologna.

I risultati di quello studio hanno mostrato come, a fronte di un miglioramento generalizzato nella salute della popolazione, il tema delle disuguaglianze in salute non fosse da sottovalutare, anche in un contesto cittadino come quello bolognese, caratterizzato già dalla capillare presenza di servizi di prossimità, in un quadro di solidità istituzionale sia economica sia organizzativa. Quello studio ha contribuito a colmare la scarsa presenza in letteratura di analisi che mostrino la distribuzione dello stato di salute a livello cittadino, e che a partire da questo si fanno promotori di interventi di contrasto alle disuguaglianze e promozione dell’equità in salute.

Per meglio comprendere le specifiche dinamiche che a livello territoriale contribuiscono a minare la capacità di raggiungere una piena equità in salute, si è dato vita a un successivo **approfondimento di stampo qualitativo (2019-2021)** per realizzare un approfondimento volto a indagare le modalità attraverso cui le disuguaglianze si riproducono localmente.

L’obiettivo della **seconda fase** del progetto è stato quindi quello di identificare, analizzare e descrivere i determinanti sociali coinvolti a livello territoriale nella genesi delle disuguaglianze in salute nelle aree della città che presentano maggiore vulnerabilità e/o peggiori esiti di salute e indicatori di accesso ai servizi.

D’accordo con la cabina di regia, identificata con Il Tavolo di Promozione della salute del Comune di Bologna, e in consultazione con i rispettivi quartieri sono state individuate per il 2020 le prime tre aree della ricerca qualitativa, rispettivamente:

- Villaggio della Barca, per il Quartiere Borgo Panigale-Reno;
- Pescarola, per il Quartiere Navile;
- Via Mondo-Via del Lavoro, per il Quartiere San Donato-San Vitale.

L’avvio delle attività della seconda fase del progetto è coinciso tuttavia con l’inizio della pandemia da COVID-19, andando inevitabilmente a imporre una ridefinizione delle modalità di ricerca ma non degli obiettivi. Ove possibile, le attività di ricerca qualitativa (interviste, focus group) e di ricerca-azione (incontri di confronto e programmazione, restituzioni, analisi collettive dei dati) sono state condotte online. Ove e fin quando possibile, sono state mantenute attività di campo come passeggiate e osservazioni, incontri con singole persone. **Purtroppo, è stata molto sacrificata la parte che doveva coinvolgere le persone abitanti nelle aree selezionate. È stato altresì difficile intercettare le organizzazioni e il personale sanitario, travolto dalla situazione e con nessuno spazio per attività fuori dall’emergenza.**

Nella primavera del 2021 (con un lieve ritardo causato dalla pandemia), si è iniziato a lavorare anche sulle nuove tre aree:

- Iernerio 1 e 2, per il Quartiere Santo Stefano;
- Cavedone, per il Quartiere Savena;
- Zanardi, per il Quartiere Porto-Saragozza.

Per ogni area si è costituito un gruppo multidisciplinare che ha sempre visto la partecipazione di figure senior di formazione antropologico-sociale e di sanità pubblica, affiancate da giovani in formazione o laureate/i.

2. Metodologia: ricerca qualitativa e ricerca-azione

La seconda fase di ricerca è stata sviluppata a partire da un approccio qualitativo, a carattere etnografico, volto a comprendere la molteplicità e l’interdipendenza dei fattori che, a vari livelli, concorrono nel creare un contesto di vita favorevole o meno alla salute delle persone nel territorio in cui vivono.

A tal fine sono stati utilizzati **prevalentemente strumenti di indagine etnografica** – quali **mappature del territorio, osservazione partecipante, interviste in profondità, focus group** – che sono particolarmente appropriati per esplorare i significati che i soggetti coinvolti (abitanti, operatori/rici e responsabili dei servizi, membri di associazioni...) attribuiscono ai fenomeni che li circondano e per far emergere i “non detti” impliciti nella pratica quotidiana. Tali strumenti, inoltre, permettono di valutare nello specifico quali sono i soggetti e i gruppi particolarmente svantaggiati (es. migranti, famiglie in stato di povertà, famiglie monogenitoriali, anziani soli etc.), quali sono i bisogni non soddisfatti a cui si può dare risposta da parte dei servizi e delle istituzioni e quali risorse comunitarie sono già localmente presenti. In questo modo è possibile produrre informazioni (percezioni, emozioni, posizioni radicate nell’interiorità) che non sono indagate dalle comuni banche di dati e che esplorano le ragioni per cui si riscontrano determinati problemi di salute e come si potrebbe agire per contrastarli.

Allo stesso tempo questa fase si inserisce all’interno di un **più ampio approccio di ricerca-azione che caratterizza tutto il progetto, con lo scopo di contribuire alla creazione di un ‘potenziale d’azione’** (in termini di relazioni/gruppi di lavoro, conoscenze, competenze, motivazione, mandato politico) per l’equità in salute e, ove possibile, ad azioni concrete in quella direzione.

b. L’approccio della ricerca-azione

Come sopra indicato, il progetto è orientato al paradigma della ricerca-azione, in base al quale le informazioni raccolte sul campo sono inserite in un ciclo continuativo di riflessione e azione teso alla trasformazione dei saperi, delle pratiche e dei contesti in cui si sviluppa. Applicata agli ambiti del contrasto delle disuguaglianze e della promozione della salute, un campo privilegiato di analisi ed intervento è quello dell’impatto dei servizi e delle politiche sui determinanti sociali della salute. Perciò, **i risultati di una ricerca-azione non sono esclusivamente da intendersi sul piano della generazione di nuove conoscenze** (in questo caso, quali determinanti agiscono sulla salute delle persone in un dato territorio), **ma anche delle nuove relazioni che si instaurano** (tra servizi, istituzioni, associazioni, abitanti e gruppo di ricerca), producendo conoscenze e consapevolezze condivise e costruendo nuove forme di azione integrata e partecipata.

3. Dati sanitari

Per l’individuazione delle aree statistiche candidabili all’approfondimento qualitativo, sono stati considerati i dati raccolti nella prima fase della ricerca. Nel Quartiere Porto-Saragozza, l’area statistica che mostra maggiore concentrazione di indicatori di fragilità è l’area Zanardi, che nello specifico presenta la percentuale più alta di persone anziane in condizioni di solitudine della città.

Rispetto ai dati sanitari, l’area Zanardi presenta uno svantaggio statisticamente significativo rispetto alla media cittadina per i seguenti indicatori di esiti sanitari e di accesso ai servizi:²⁶

Indicatore	BMR 2011-15
Fragilità>50%	1,19
Accessi Pronto Soccorso >18aa	1,16
Accesso a specialistica ambulatoriale >18aa	1,35

I dati sugli esiti in salute sono stati incrociati con i **dati sociali** messi a disposizione dal Comune e relativi alla distribuzione geografica delle fragilità demografica, sociale ed economica. Il principale dato demografico rilevante è la **percentuale di popolazione di età superiore ai 65 anni in condizioni di solitudine** (39,1%, la più alta della città), accompagnato dall’elevata percentuale di popolazione di età superiore agli 80 anni (9,1%).

Gli **indicatori sintetici di fragilità risultano superiori alla media cittadina su tutti e tre gli ambiti (fragilità sociale, economica, demografica), così come l’indicatore sintetico complessivo**. Nel dettaglio dei singoli indicatori dell’area Zanardi, i seguenti risultano critici rispetto alla media cittadina:

Indicatore	%
Famiglie con reddito sotto soglia	30,4%
Minori in famiglie monogenitoriali	22%
Percentuale stranieri 0-19 anni	22,6%

Nell’area Zanardi, infine, si segnala una percentuale di popolazione in **Edilizia Residenziale Pubblica (ERP) pari al 14,08%**.

4. Il processo di ricerca-azione

Il progetto di ricerca ha visto coinvolto il Quartiere Porto-Saragozza a partire da maggio 2021 a febbraio 2022. L’équipe multidisciplinare di ricerca del CSI che ha preso parte alle attività è composta da Marianna Parisotto (di formazione medica) e Sarah Miclet (di formazione umanistica), ed è coordinata da Chiara Bodini e Ivo Quaranta. Ogni incontro col Quartiere è stato accompagnato da Donatella Casadio, referente della ricerca per il Dipartimento Welfare e Promozione del Benessere di Comunità del Comune di Bologna.

Il progetto è stato presentato al primo incontro con il Quartiere, a cui ha partecipato il personale dell’Ufficio Reti e Lavoro di Comunità (UR); nel corso dell’incontro è stato proposto di focalizzare la ricerca sulla popolazione anziana in condizioni di solitudine, alla luce dell’analisi dei dati quantitativi e in

²⁶ Le aree in cui compaiono maggiori esiti sanitari sono anche le aree con un maggior consumo di prestazioni sanitarie. Il fenomeno potrebbe essere dovuto sia a possibili maggiori bisogni che ad un maggior uso inappropriato dei servizi che ad una inadeguata prevenzione e/o presa in carico della popolazione in campo sociale e sanitario.

accordo con il Dipartimento Welfare e Promozione del Benessere di Comunità del Comune di Bologna. Una volta concordato il focus sulla popolazione anziana, a partire dal secondo incontro con l’Ufficio Reti il processo di ricerca-azione è stato avviato e i contatti con le realtà del territorio sono stati mediati in buona parte da Alessandra Pinelli, assistente sociale in carico all’Ufficio Reti. Fin dall’inizio, Quartiere e Ufficio Reti hanno indicato il Tavolo della Solidarietà come dispositivo di raccordo tra servizi pubblici e realtà del terzo settore, e quindi un luogo da esplorare ai fini della ricerca. La prima fase della ricerca qualitativa si è quindi concentrata sulle realtà territoriali volontaristiche e associative afferenti al Tavolo della Solidarietà, che realizzano progettualità rivolte alle persone anziane. La fase finale della ricerca si è focalizzata invece sui servizi pubblici e sulla loro interazione con la popolazione coinvolta nella ricerca e con le realtà territoriali. Data la limitatezza del tempo a disposizione, l’andamento del fenomeno pandemico e la peculiarità della popolazione coinvolta, non è stato possibile coinvolgere direttamente le persone anziane in condizioni di solitudine nel processo di ricerca; si auspica tuttavia che questo possa essere un processo da costruire nelle future fasi del progetto.

a. Metodologia e pratiche

La ricerca qualitativa è stata svolta attraverso delle interviste semi-strutturate, un focus group, l’osservazione partecipante e l’analisi delle fonti. Le persone intervistate hanno sottoscritto un consenso informato sul trattamento dei dati e sulla tutela dell’anonimato dei partecipanti.

Le interviste si sono svolte in più occasioni con la presenza di Donatella Casadio e Alessandra Pinelli. I materiali raccolti sono stati successivamente analizzati e organizzati nei risultati della ricerca, che saranno presentati agli interlocutori coinvolti nel corso delle attività.

b. Realtà territoriali e servizi incontrati

Vengono di seguito presentate le realtà incontrate nel corso dell’attività di campo, in ordine cronologico.

- **Associazione Il Portico di San Giuseppe**

Il Portico di San Giuseppe è una associazione indipendente nata nel contesto delle attività caritative svolte presso la Parrocchia di S. Giuseppe Sposo a Bologna. L’Associazione svolge attività di sostegno alle persone e famiglie in condizione di fragilità per difficoltà economiche, familiari e sociali. Intervista semi-strutturata.

- **Centro sociale TPO e Brigate di mutuo soccorso (BMS)**

Realtà polifunzionale di aggregazione cittadina di promozione politica, sociale, sportiva e culturale, attiva contro i dispositivi di esclusione e di criminalizzazione. Collabora attivamente con il quartiere Porto-Saragozza per realizzare progetti inclusivi di contrasto alle fragilità sociali, sanitarie, economiche e culturali. Le BMS sono una realtà nata per far fronte dell’emergenza Covid19: il progetto è rivolto sia alle persone senza dimora con lo scopo di contrastare la crescente marginalità all’interno della realtà cittadina, che alle classi più svantaggiate residenti nell’area. Tra le azioni messe in atto all’interno del quartiere si distinguono la creazione di un’assemblea cittadina e un mercato all’interno degli spazi, insieme alla distribuzione domiciliare, per la redistribuzione di beni di prima necessità e il contrasto dell’emergente crisi economica e sociale. Intervista semi-strutturata.

- **Cooperativa sociale Piazza Grande Onlus - attività Comparto Scalo**

Promuove percorsi di reinserimento sociale e lavorativo delle persone senza dimora. Gestisce il Condominio Scalo, una struttura di cohousing sociale e laboratorio di comunità che svolge attività aperte alla cittadinanza. Collabora attivamente con il quartiere Porto-Saragozza per realizzare progetti inclusivi di contrasto alle fragilità sociali, economiche e culturali. Intervista semi-strutturata.

- **Tavolo della solidarietà**

Rete di realtà del settore pubblico e del settore privato che tiene insieme gruppi di volontariato e del terzo settore, parrocchie, centri sociali di quartiere. Il Tavolo è nato nel 2019 ed è coordinato da Ufficio Reti e Servizio Sociale di Comunità, vi partecipa anche il Servizio Educativo Scolastico Territoriale. Partecipazione al Tavolo, presentazione del progetto.

- **Progetto e-Care**

Il Servizio e-Care è stato attivato a Bologna nel 2005 per volontà del Comune, della Conferenza territoriale Sociale e Sanitaria, e dell’Azienda USL di Bologna, si è sviluppato negli anni come una rete di associazioni, istituzioni, professionisti/e, in grado di offrire servizi di relazione e supporto alle persone anziane in condizioni di fragilità e ai loro caregiver. Intervista semi-strutturata.

- **Associazione Oli-tango**

Associazione di Tango Argentino e Olismo, lavora per la promozione della salute e del benessere attraverso il ballo e la tangoerapia. Ha attivato percorsi di collaborazione con il quartiere tramite bandi rivolti alla fragilità in collaborazione con altre associazioni. Intervista semi-strutturata.

- **Casa della Salute Porto-Saragozza**

Inaugurata nel luglio 2021, la Casa della Salute Porto-Saragozza nasce sui servizi già esistenti del Polo Roncati, rafforzando l’integrazione multiprofessionale dei percorsi di prevenzione e presa in carico. Viene garantita la continuità delle specificità già esistenti, come il filone dell’assistenza a bassa soglia rivolta alle popolazioni in condizioni di vulnerabilità e il filone della promozione della salute sessuale e riproduttiva. Partecipazione all’evento di inaugurazione.

- **Coordinamento del Servizio infermieristico dell’AUSL di Bologna**

Servizio dell’AUSL che coordina l’organizzazione dell’assistenza infermieristica territoriale sulla città. Intervista semi-strutturata.

- **Progetto “Badabene alla salute”**

Progetto promosso dal Comune di Bologna e dal Tavolo Prevenzione e Promozione della Salute, organizza gruppi di ginnastica dolce ed esercizi di stimolazione cognitiva in tutti i Quartieri della città. Le attività sono rivolte a cittadini/e con più di 64 anni. Intervista semi-strutturata e osservazione partecipante alle attività con persone anziane.

- **Servizio Sociale di Comunità e Ufficio Reti**

Parte del SSC dedicata allo sviluppo del lavoro di comunità, inteso come valorizzazione e attivazione delle risorse proprie dei/delle cittadini/e e della società civile organizzata (dalle associazioni presenti sul territorio, alle reti di vicinato, al rafforzamento delle risorse individuali degli utenti stessi) e il rafforzamento dei legami sociali della persona fragile. Intervista semi-strutturata.

- **Centro d’ascolto Santa Maria della Carità**

Centro di ascolto svolto dai volontari della Parrocchia Santa Maria della Carità. I volontari svolgono numerose attività di supporto alle persone in condizioni di povertà economica, sociale, sanitaria, educativa, relazionale. Intervista semi-strutturata.

- **Cucine popolari di Via dello Scalo**

Attività dall’Associazione di volontariato Civibo, associazione costituita nel 2014 proprio con l’obiettivo di realizzare delle cucine popolari in tutti i quartieri della città. Le cucine popolari offrono pasti caldi alle persone in difficoltà e rappresentano un luogo di scambi sociali e costruzione di relazioni. Intervista semi-strutturata.

- **Tavolo della solidarietà**

Descritto precedentemente, seconda partecipazione al Tavolo (osservazione partecipante).

- **Parrocchia San Paolo di Ravone**

La Parrocchia San Paolo di Ravone realizza attività solidali volte a favorire la promozione dell’aiuto e della cura, per potenziare nella comunità occasioni di relazioni, anche virtuali, di socializzazione e di integrazione all’interno del quartiere.

Si compone di una varietà di attività, come la Caritas Diocesana, il Centro d’ascolto, un mercatino solidale e il Giovedì degli anziani.

- **Servizio Sociale di Comunità**

Servizio sociale del Quartiere che comprende l’area di accoglienza dei/delle cittadini/e, lo sportello sociale e i servizi rivolti alla non autosufficienza e alla popolazione adulta. Intervista semi-strutturata.

- **Servizio infermieristico della Casa della Salute Porto-Saragozza**

Servizio infermieristico del territorio di pertinenza che organizza l’assistenza domiciliare, il punto di coordinamento dell’assistenza primaria e percorsi di integrazione socio-sanitaria. Intervista semi-strutturata.

- **Assistenza sociale dell’Area Non Autosufficienza del Quartiere Porto-Saragozza**

Area di lavoro del Servizio Sociale dedicata a cittadini/e residenti nel Quartiere, in condizioni di non autosufficienza e disabilità. L’area include assistenti sociali afferenti al SSC e ad ASP. Focus group.

5. Risultati

In questa sezione vengono presentati i principali risultati della ricerca qualitativa svolta da maggio 2021 a febbraio 2022. Come già anticipato nel capitolo precedente, la limitatezza del tempo a disposizione, la pandemia e la peculiarità della popolazione coinvolta, hanno in parte limitato l’andamento della ricerca e non è stato possibile coinvolgere direttamente le persone anziane in condizioni di solitudine. Si sottolinea inoltre che, per le stesse motivazioni, lo sguardo sul territorio è inevitabilmente parziale ed è

limitato al periodo di osservazione, e di conseguenza quanto riportato di seguito non può rappresentare un quadro esaustivo; al contrario, va considerato come una chiave di lettura che è stata colta sui fenomeni osservati e che può essere auspicabilmente un utile spunto di riflessione e di analisi sui processi esistenti.

a. La rete come risorsa

Quanto emerso dalla ricerca mostra la fotografia di un territorio ricco di realtà irradiate e funzionali. La varietà associativa e il bagaglio esperienziale della presenza prolungata delle realtà sul territorio fanno sì che si stia sviluppando una rete collaborativa tra servizio pubblico, terzo settore e volontariato. L’Ufficio Reti, con la collaborazione del Servizio Sociale di Comunità, negli ultimi anni ha lavorato alla costruzione della rete tra le realtà del territorio con lo scopo di raccogliere e coordinare le azioni territoriali, e rafforzare la collaborazione tra il settore pubblico e il privato sociale; la valorizzazione delle competenze e delle esperienze delle realtà del territorio permette infatti di ampliare la raccolta dei bisogni e le occasioni di aggancio con la popolazione in condizioni di vulnerabilità. Inoltre, com’è noto, numerose realtà caritatevoli e di volontariato offrono attività e servizi di supporto alla persona, che se messe in relazione con l’intervento pubblico possono diventare risorse per il servizio stesso e possono ampliare e coordinare l’offerta dei percorsi rivolti alla popolazione su diversi piani (sociale, sanitario, riabilitativo, di costruzione di reti sociali, di offerta di attività ricreative, di scambio intergenerazionale di competenze). Questo aspetto è incluso nella strategia del SSC di adottare un approccio “di comunità” nella rilevazione e presa in carico dei bisogni della popolazione, con lo scopo di superare l’intervento individuale e frammentario su bisogni specifici. La visione sottostante è quella del welfare generativo, secondo cui si tende verso un sistema di welfare che sia in grado di valorizzare le risorse già disponibili sul territorio, attraverso il coinvolgimento e la responsabilizzazione delle persone che ricevono aiuto, al fine di aumentare l’efficacia degli interventi e delle politiche sociali.

A lato della tendenza generale, va riconosciuto quanto il quartiere abbia investito in attività dedicate alle persone anziane, per e con la terza età. Le proposte che a loro si dedicano sono numerose e vengono promosse sia da reti formali, che da reti informali. Mostrandoci quanto sia effettivamente rilevabile l’urgenza percepita dal quartiere di far fronte a una popolazione progressivamente più anziana, le cui condizioni di fragilità stanno cambiando, complicando sia le possibilità d’azione, sia quelle di previsione e prevenzione. Le interviste svolte con i nostri interlocutori validano la tendenza emersa dall’integrazione del dato statistico nel quartiere: ossia che la popolazione anziana soffre di un considerevole stato di isolamento e l’interazione con i servizi è spesso saltuaria, quando non assente, soprattutto nell’addensamento abitativo adiacente a via dello Scalo, Malvasia, Pier de Crescenzi, Casarini. Questo concentrazione non è casuale e probabilmente risente anche di cause legate a un cambiamento urbanistico, nella collocazione o riorganizzazione dei servizi. È un fatto interessante, che non gioca un ruolo secondario nella rilevazione numerica di persone anziane in condizioni di vulnerabilità anche complesse, la presenza fino a non troppi anni fa dell’ex Centro di salute mentale in via dello Scalo, dove oggi si trova il Condominio Scalo, gestito dalla cooperativa sociale Piazza Grande. Già alla chiusura dell’ex- ospedale psichiatrico del Polo Roncati (nel 1980), secondo un accordo tra il Presidio Roncati e l’Istituto Autonomo delle Case Popolari (IACP), alcuni ospiti residenti al suo interno anche dopo degenze di molti anni, sono state inserite in alloggi popolari del quartiere, soprattutto in prossimità di servizi di salute mentale territoriali, in modo da facilitare il percorso di cura e l’aggancio con l’ex-ospedale psichiatrico, dove fino al 2010 venivano svolte attività diurne. Negli anni successivi, l’accordo sul comparto citato si è ampliato, favorendo l’inserimento in alloggi popolari alle persone seguite dal CSM Scalo, situato in via dello Scalo fino al 2016 e poi trasferito presso il Presidio Roncati. Con gli anni queste persone sono invecchiate, andando ad aumentare la popolazione in condizioni di solitudine e di fragilità.

L’altro aspetto è una tendenza rilevata dal servizio e riguardante tutto il quartiere che comprende l’aumento dell’aspettativa di vita e la differente percezione e interpretazione del termine solitudine e autonomia. Non sempre correttamente rilevabile, come verrà argomentato alla fine del secondo capitolo.

Anche per far fronte a questa realtà, il servizio sociale territoriale ha deciso di ricalibrare la propria possibilità di aggancio e ha spinto alla creazione di una rete integrata e multiforme com’è quella del Tavolo della solidarietà. Questo tavolo è il prodotto di un’organizzazione assemblata già esistente, il Tavolo delle parrocchie che, come si può intuire dal nome, prevedeva l’incontro continuativo tra i rappresentanti delle principali parrocchie presenti nel quartiere e il servizio sociale territoriale. La percezione del servizio era che le parrocchie fungessero da sentinelle sul territorio per la popolazione anziana e l’aggancio possibile, nonché le segnalazioni, potessero passare attraverso questi osservatori caritatevoli privilegiati. Visto il successo di questo lavoro sinergico la rete si è ampliata accogliendo anche altre realtà ibride e volontarie presenti sullo stesso territorio per consentire uno scambio, un confronto e una pianificazione condivisa tra reti del terzo settore, centri sociali, Cucine popolari, TPO, Croce Rossa, sindacati e servizi sociali e così è nato il Tavolo della solidarietà.

Anche il Portierato di Comunità, che nel periodo di osservazione era in fase di avvio, muove dalla stessa intuizione: creare un polo aggregativo di associazioni territoriali, con Piazza Grande come capofila, per consentire e facilitare la prossimità e l’accessibilità alle attività e ai servizi del quartiere.

Un altro importante aggancio, che è stato riconosciuto come un sostegno sia dal servizio sociale che dal servizio infermieristico domiciliare, soprattutto durante le prime fasi della pandemia, è l’implementazione di e-Care. e-Care è un servizio ibrido, come altri che abbiamo conosciuto (Oli-tango, Bada Bene) finanziato a bando ma formato da una quota di volontari, che collabora con le reti formali per agganciare l’anziano per via telematica. L’interessantissimo e vitale lavoro di e-Care, con la creazione del blog Youbos, ha introdotto tra gli interlocutori delle interviste il tema del digitale come risorsa per gli / le persone anziane in condizioni di solitudine. Lepida come piattaforma lavora da anni all’interno del comune per l’accelerazione e l’accompagnamento al digitale e il servizio TV risulta molto utile nel veicolare attività e servizi presenti nel quartiere e rivolti alla popolazione anziana. Molte sono state le considerazioni a riguardo, senz’altro la tendenza generale verso una digitalizzazione sempre maggiore ha spinto moltissime associazioni e reti a implementare un linguaggio papabile per l’introduzione di nuove procedure accessibili alle persone anziane; dato che con la pandemia non ha fatto che aumentare, come verrà argomentato nel quarto capitolo.

Il coinvolgimento delle realtà presenti nel territorio assume particolare rilevanza anche secondo un’ottica di prevenzione della non autosufficienza: la maggior parte del mondo del volontariato si basa infatti su persone che sono in pensione, che il servizio vuole coinvolgere nella costruzione di attività in rete anche con lo scopo di mantenerle attive e partecipi alle attività cittadine, svolgendo così un lavoro preventivo sull’invecchiamento e sull’isolamento a esso correlato. La parte rimanente che arricchisce il bacino del volontariato, si costituisce da giovani studenti che dedicano il loro tempo per motivazione o formazione al terzo settore, ma che come vedremo succede per la popolazione anziana non riescono sempre a garantire una continuità temporale consistente.

In sintesi, visti e considerati gli sforzi delle rappresentanze locali nel mettere in comunione le potenzialità del territorio, si assiste a un processo di rafforzamento e valorizzazione delle realtà ivi operanti. La funzionalità e virtuosità delle offerte, nonché la storicità delle realtà operanti, porta spesso e volentieri a una frequentazione capillare e irradiata dei servizi offerti, anche da parte di una popolazione anziana “esterna al quartiere”. Spesso si tratta di persone che non risiedono nell’area, ma scelgono di aderire ad un’attività, proprio a causa dell’attività stessa. La territorialità in questo caso, viene messa in secondo piano e viene valorizzata la potenzialità dell’offerta esistente.

A lato della spiegazione fornita poc’anzi, dalle interviste con le realtà del settore, emerge anche un’altra possibile interpretazione per quanto riguarda la dislocazione della popolazione anziana e la partecipazione ad attività esterne al proprio quartiere di riferimento. Spesso, queste persone hanno passato una grande fetta della loro vita risiedendo in una determinata area, costruendo relazioni e tessendo una rete formale e informale di conoscenze prossime. La costruzione della propria persona e

l’interazione con gli altri sicuramente passa attraverso la proiezione di un sé sociale e riconoscibile. L’invecchiamento, il riconoscimento di limiti sempre maggiori, nonché la solitudine (concetto centrale e stressato dai soggetti incontrati), porta spesso a una chiusura, a un’interruzione di rapporti e all’emersione di un pudore legato alla difficoltà di accettarsi cambiati e vulnerabili. Spesso hanno un ruolo centrale anche l’emersione di difficoltà economiche, malattie o demenze, che contribuiscono all’isolamento. Proprio a fronte di queste difficoltà le persone cercano supporto nelle realtà caritatevoli, realtà del terzo settore, servizi essenziali, ma al di fuori della propria area territoriale di appartenenza e prossimità.

b. Il ruolo dei servizi e l’integrazione socio-sanitaria

Coerentemente con quanto previsto dalla Riforma del Decentramento del Comune di Bologna, nell’ambito della ridefinizione delle funzioni dei servizi, il Quartiere Porto-Saragozza ha istituito un gruppo di lavoro multidisciplinare composto da personale che afferisce all’Ufficio Reti e Lavoro di Comunità, al Servizio Sociale di Comunità e al Servizio Educativo Scolastico Territoriale. Tale processo di riforma del Quartiere presenta la particolarità virtuosa di aver creato un gruppo allargato che integra diverse competenze, e di collaborare strettamente col SSC: l’assistente sociale inserita nell’assetto organizzativo dell’UR ha l’importante e innovativo mandato di costruire un ponte tra la domanda che i servizi rilevano e l’offerta che il territorio presenta, sia in termini di servizi pubblici sia di realtà del volontariato, con l’obiettivo di colmare le lacune esistenti in termini di accessibilità del servizio pubblico, laddove questo non riesce ad arrivare. Come già precedentemente descritto, questa modalità operativa del SSC punta ad adottare un approccio “di comunità” nella rilevazione e presa in carico dei bisogni, secondo il quale tutta la comunità è coinvolta attraverso l’attivazione delle risorse del territorio.

Passando ai servizi sanitari, nel luglio 2021 il Quartiere ha visto l’inaugurazione della Casa della Salute Porto-Saragozza, che nasce nella prospettiva di istituirsi fin dall’inizio come Casa della Comunità, in ottica di rafforzamento della collaborazione con l’associazionismo presente nel territorio. L’implementazione dei servizi della Casa della Salute Porto-Saragozza si fonda sull’integrazione multiprofessionale nei percorsi di prevenzione e presa in carico e sulla medicina di iniziativa; viene parallelamente garantita la continuità delle specificità già esistenti, come il filone dell’assistenza a bassa soglia rivolta alle popolazioni in condizioni di vulnerabilità e il filone della promozione della salute sessuale e riproduttiva.

La ricerca ha portato a evidenziare diversi aspetti rilevanti, relativi all’accesso ai servizi e all’integrazione del settore sociale e sanitario. Un elemento significativo, emerso sia da attori del servizio pubblico che dal volontariato, è relativo alle difficoltà di aggancio e di relazione tra le persone in condizioni di fragilità e il servizio sociale, vissuta in entrambe le direzioni. Da un lato, il servizio restituisce la difficoltà di costruire l’aggancio con la popolazione anziana in condizioni di solitudine, e riconosce che spesso questo è dovuto alla paura delle persone di venire segnalate ai servizi sociali, riferendo questo timore allo stigma che vi è associato. Di conseguenza, situazioni già complesse vanno incontro a un progressivo deterioramento, che rende via via l’aggancio e il progetto sulla persona più difficile da realizzare. Questo aspetto è condiviso anche dalle realtà del volontariato, che riconoscono il sentimento di sfiducia tra la popolazione nei confronti dell’intervento del servizio pubblico; sentimento che secondo il mondo del volontariato è basato sulla scarsità delle risorse a disposizione del settore pubblico, sulla limitatezza dell’intervento possibile e sulla scarsa risolutività delle risposte messe in atto. Tale sfiducia nei confronti del servizio pubblico di fatto allontana la popolazione anziana in condizioni di solitudine dal servizio stesso, che in assenza del consenso della persona non ha margine di azione. Spesso dunque accade che l’attivazione della risposta da parte del servizio venga ritardata proprio a causa della mancata consensualità, e l’assenza del supporto sociale nella maggior parte dei casi porta a un deterioramento delle condizioni di partenza, il che rende il percorso di presa in carico maggiormente difficoltoso.

Contestualmente, il servizio riconosce di avere a che fare con casi sempre più complessi, senza poter contare su un ampliamento delle risorse a disposizione, non in termini di personale quanto di risorse e percorsi attivabili a fronte di nuove forme di complessità. Inoltre, la crescente burocratizzazione dei processi amministrativi viene presentata dal servizio sociale stesso come un aspetto che vincola il lavoro delle/gli assistenti sociali, cosa che richiede un aumentato impegno di tempo e di risorse da parte del personale, complessificando maggiormente la realizzazione dei progetti sui singoli casi. Nello specifico, soprattutto da parte delle/gli assistenti sociali, viene evidenziata la difficoltà di far fronte all’aumento e al cambiamento delle forme rilevate di disagio sul piano psicologico e psichiatrico in tutta la popolazione; allo stesso modo, soprattutto rispetto ai grandi anziani, viene evidenziata la necessità di costruzione di competenze per lavorare nell’ambito del decadimento cognitivo. Questi vengono messi in luce dal servizio come ambiti nei quali è diventato quindi necessario dotarsi di nuove risorse e strumenti di lavoro. Viene infatti sottolineato dal SSC il bisogno di ampliare e approfondire l’analisi dei nuovi bisogni, con lo scopo di generare un cambiamento nell’organizzazione dei servizi socio-sanitari e socio-assistenziali, affinché le risorse che sono già a disposizione possano rispondere in modo efficace ai bisogni rilevati.

Un aspetto rilevato prevalentemente da parte delle realtà di volontariato, è invece relativo all’aggravamento dei processi di impoverimento, anche in forma estrema; questo ha portato a registrare sul territorio un importante aumento del numero di persone senza fissa dimora, fenomeno che è esploso negli ultimi anni in corrispondenza della crisi pandemica. Il peggioramento delle condizioni socio-economiche, stratificato su tutta la popolazione e che colpisce in particolare le fasce di popolazione in condizioni di marginalità, ha comportato un importante aumento delle richieste di sostegno sociale, cosa a cui, come già argomentato, il servizio sociale non sempre ha la capacità di rispondere. La consapevolezza circa l’impossibilità di rispondere ai bisogni che vengono riportati al servizio genera frustrazione in chi ci lavora, che riporta una grossa difficoltà a convivere con i limiti evidenziati e con la mancanza di una prospettiva di miglioramento. Nell’ambito della ricerca, sono sia il settore pubblico che il privato sociale a porre l’accento sulla necessità di ampliare il lavoro sociale sulla prevenzione del deterioramento delle condizioni sociali e sanitarie, riconoscendo la necessità di interventi politici a livelli più alti.

Anche il settore sanitario (Servizio infermieristico domiciliare) riconosce le difficoltà che il settore sociale vive rispetto alla necessità di ampliare il servizio in modo che sia rispondente ai nuovi bisogni. Vi è infatti la percezione che il servizio sociale territoriale non abbia la possibilità di raggiungere tutte le persone che, secondo il settore sanitario, avrebbero invece bisogno dell’intervento sociale; le motivazioni che vengono riconosciute dal settore sanitario sono principalmente riconducibili alle risorse limitate in termini di percorsi attivabili e al sovraccarico del SSC; SSC che a sua volta, come riportato sopra, riconosce un importante limite nello stigma riferito al rivolgersi al servizio sociale. Il tema appare particolarmente critico rispetto alle persone anziane in condizioni di solitudine, che raramente hanno delle chiavi di segnalazione (come la famiglia) e per i quali, secondo i servizi, l’attivazione di altre reti informali non è comune data la specificità della popolazione e dei bisogni di cui è portatrice, per i quali si fanno necessari competenze e strumenti che spesso non appartengono al mondo del terzo settore. La difficoltà quindi di attivare reti informali e di volontariato nei confronti delle persone anziane in condizioni di solitudine, intersecata con la difficoltà dei servizi di agganciare o raggiungere tale popolazione, aumenta il rischio di isolamento della popolazione stessa o di presa in carico dei casi quando raggiungono la condizione di non autosufficienza. È proprio la condizione di non autosufficienza che, nel dialogo coi servizi, viene posta al centro della riflessione sul lavoro con la popolazione anziana, quale concausa dell’isolamento dell’anziano, parte della difficoltà nell’aggancio e della rilevazione del bisogno, e ambito prioritario sul quale lavorare in ottica di prevenzione.

Emerge in modo importante il fatto che l’integrazione sociale e sanitaria si concretizza prevalentemente proprio su casi con condizioni di non autosufficienza, ambito per il quale gli strumenti per il lavoro integrato socio-sanitario sono ormai consolidati. Proprio rispetto all’integrazione sociale e sanitaria emergono le visioni a tratti discordanti del servizio sanitario (infermieristico) e del sociale: da un lato quindi il servizio infermieristico domiciliare rileva la necessità di ampliare la casistica su cui lavorare in modo integrato, sia in termini qualitativi che quantitativi. Dall’altro lato, il servizio sociale sostiene che il

settore sanitario dovrebbe ampliare gli ambiti di azione coinvolgendo maggiormente le/i mediche/i di base, sviluppando progetti di prossimità (come la microarea) e adottando un approccio di comunità e di prevenzione. Emerge quindi da una prospettiva il bisogno di lavorare maggiormente in modo integrato sui singoli casi, e dall’altra lo stimolo di sviluppare approcci che non siano basati sulla singola persona ma sulla comunità, in termini di coinvolgimento delle persone e delle risorse del territorio, in ottica di prevenzione. In sintesi, si evidenzia quindi che, sul piano operativo, l’integrazione si realizza solo su casi specifici, in cui generalmente insistono condizioni sanitarie gravi che ricadono nell’area della non autosufficienza, e che mancano invece altri ambiti di integrazione.

Tornando quindi alle persone anziane in condizioni di solitudine e alla luce degli aspetti rilevati, emerge che il lavoro integrato sociale e sanitario si concretizza in presenza della condizione di non autosufficienza, mentre gli anziani che non vivono condizioni di non autosufficienza ma vivono in solitudine, non sono rilevabili dal servizio perché diventano rilevabili solo dal momento in cui sussiste la condizione di non autosufficienza. E andando oltre al solo servizio pubblico ma esplorando la relazione con le realtà del territorio, il servizio infermieristico domiciliare condivide di non avere attualmente collaborazioni con realtà del terzo settore e volontariato che si occupano di persone anziane, ad eccezione di e-Care. Ciò che viene sottolineato da più prospettive è quindi la necessità di rafforzare il lavoro di rete per lavorare maggiormente nella prevenzione della non autosufficienza, nella rilevazione precoce di condizioni di rischio sociali e sanitarie e nell’aggancio ai servizi nelle fasi precedenti al decadimento avanzato. A questo proposito, viene sottolineato sia dal servizio sociale che dall’assistenza domiciliare infermieristica il ruolo centrale che la medicina generale può svolgere in questi termini; il/la medico/a di medicina generale viene riconosciuto come una figura di cui le persone anziane si fidano, a differenza di altre figure dei servizi, soprattutto del servizio sociale, e proprio in virtù di questa fiducia può fungere da ponte o da aggancio. Al contempo, sia il servizio sociale che il servizio domiciliare infermieristico evidenziano la difficoltà di coinvolgerli in progettualità più ampie che vadano oltre all’assistenza sanitaria.

Infine, va sottolineato che, rispetto alle persone anziane in condizioni di solitudine, è il servizio sociale a relazionarsi con tutti gli altri attori al fine di individuare il percorso socio-sanitario adeguato e sostenibile. In situazioni particolarmente critiche, il SSC si relaziona col Tribunale al fine di individuare l’amministratore di sostegno con cui costruire il percorso di tutela della persona, e questo processo comporta generalmente tempi lunghi e un aumentato carico di lavoro. Tenendo conto del cambiamento demografico, e cioè dell’aumento della popolazione anziana in condizioni di solitudine, e di conseguenza della complessificazione della lettura e della presa in carico dei bisogni di questa popolazione, per i servizi stessi diventa necessario sperimentare nuove strategie e modalità di lavoro, affinché queste possano essere adeguate, efficaci e sostenibili, potenziando l’integrazione tra gli attori e le risorse esistenti.

c. Proiezione di una rete funzionale: limiti esistenti

Coerentemente con ciò che emerge dalle osservazioni e dalle interviste, si rileva un progressivo ed effettivo limite che coinvolge il quartiere, ma che indubbiamente fa riferimento a una tendenza più generale. Ossia la difficoltà di far fronte ad una crescita e ad un mutamento del bisogno (che acquista sfumature diverse e quindi una formazione specifica) in concomitanza ad un taglio dei finanziamenti al servizio pubblico.

Data questa difficoltà il quartiere ha reagito, come abbiamo argomentato, in maniera virtuosa e reattiva ai limiti strutturali tangibili. Questa considerazione ci aiuta a introdurre questa terza parte relativa ai limiti e ai timori che le persone che abbiamo avuto modo di incontrare ci hanno presentato. Visto il mandato ricevuto e la fortuna di aver incontrato degli interlocutori appassionati e promotori di confronto, riportiamo qui alcune considerazioni raccolte per farne patrimonio comune e provare a contribuire all’importante processo di rinnovamento in atto.

Dalle interviste emergono alcuni possibili limiti nella collaborazione pubblico-privato e di un modello di welfare che si poggia sulle risorse della comunità.

Emerge il timore che la costruzione della rete tra le realtà del territorio e i servizi possa essere un passaggio volto a legittimare la contrazione delle risorse pubbliche e degli interventi sociali. Sia dai servizi, che dal volontariato viene sottolineato il fatto che le attività svolte su base volontaristica non hanno sufficienti risorse per garantire risposte efficaci e continuative ai bisogni presentati dalle persone anziane. Nello specifico, il contesto pandemico ha rappresentato un ostacolo alla prosecuzione delle attività di supporto alla popolazione, nonostante la presenza di azioni e progettualità attivate appositamente nelle fasi iniziali della pandemia. Questo aspetto riguarda anche i soggetti ibridi (con personale in parte contrattualizzato e in parte volontario) presenti sul territorio, che pur avendo una composizione mista assunta e volontaria, svolgono importanti funzioni e attività con la popolazione anziana. Un limite nel lavoro con le persone anziane per servizi come Oli-tango, Bada Bene, e-Care è proprio la difficoltà di far convivere l'inevitabile aggancio relazionale che è necessario per lavorare con questo target, con la ristrettezza temporale a disposizione e l'altissimo turn-over. Spesso la capacità e potenzialità di queste attività è contenuta dal fatto che le affezioni, che garantiscono continuità non hanno modo di sedimentare e di riprodursi.

La limitatezza delle risorse economiche e di personale propria del mondo del volontariato, non contrattualizzato, rappresenta un limite nella programmazione di interventi continuativi e con un orizzonte temporale più ampio; allo stesso modo non garantisce la crescita delle competenze necessarie per far fronte al bisogno che emerge dalla comunità.

Dalle interviste emerge il fatto che, in assenza di risposte da parte del servizio pubblico, il settore del volontariato attiva risorse di vario genere per far fronte ai bisogni. Parallelamente, viene sottolineato da alcune realtà il timore che in questo modo il servizio pubblico riduca la capacità di raccogliere e analizzare in modo articolato i bisogni che la popolazione porta. Le associazioni di volontariato e le parrocchie svolgono di solito attività legate al progetto specifico che propongono, intercettando quindi in modo preponderante una popolazione interessata al tipo di offerta presentata. Ciò nonostante, è frequente che le persone che si rivolgono al mondo del volontariato riportino bisogni appartenenti ad altre sfere, che però non sempre possono essere presi in carico da tali realtà.

Nonostante sia stata sviluppata una forma di coordinamento tra il settore pubblico e le realtà del terzo settore e volontariato, non è attualmente attivo un dispositivo consolidato di monitoraggio (da parte del pubblico) sui percorsi avviati presso le associazioni, e questo viene riportato come una difficoltà da parte degli interlocutori. Viene infatti sottolineata la necessità di rafforzare la collaborazione e la comunicazione anche su casi specifici, con la costruzione di un sistema di monitoraggio e valutazione tra le realtà del volontariato e il servizio pubblico.

Un altro aspetto che emerge e che si ricollega a quanto evidenziato è il fatto che non sempre il mondo del volontariato ha le capacità, le risorse e le competenze adeguate per rispondere ai bisogni che vengono loro riportati: questo elemento viene sottolineato da più prospettive come un limite da non sottovalutare, in particolare in riferimento al lavoro con persone in condizioni di fragilità sia sul piano sociale che sanitario (aspetto che interessa in particolare le persone anziane in condizioni di solitudine). Le realtà stesse del territorio con particolare riferimento alle parrocchie, seppur svolgono un fondamentale ruolo di antenne sui bisogni delle persone, riconoscono di avere una visione parziale che può non restituire la complessità esistente.

Un'ulteriore riflessione emersa nella ricerca da parte dell'assistenza sociale è la problematizzazione del “culto della sufficienza” e dello stigma verso la non autosufficienza, che rappresenta un ostacolo per la persona in condizione di bisogno a rivolgersi al servizio a causa della vergogna per la propria condizione. Viene infatti condiviso che è necessario un cambio valoriale sulla non autosufficienza, perché *“siamo in un sistema che denigra la non autonomia e al contrario esalta l'autonomia a tutti i costi”* e questo aspetto gioca un forte ruolo nella non accettazione della condizione di sofferenza e di bisogno.

d. Effetti della pandemia

Come per tutte le età e tutti i settori, anche gli anziani, nonché le realtà formali e informali del quartiere hanno accusato i colpi della pandemia da Covid19 e delle restrizioni emerse a inizio 2020. A fronte dei limiti e delle limitazioni introdotte le attività, la socialità nonché le abitudini della popolazione anziana hanno subito un freno importante.

Dalla lettura dei dati riportati emerge un peggioramento generale delle condizioni di salute e benessere della popolazione di anziani e grandi anziani ancora autosufficienti. Da un lato l’inattività prolungata ha accelerato l’insorgenza di disturbi su diversi aspetti della salute (anche psichici), dall’altro ha contribuito a ridurre gli stimoli sociali e ambientali, comportando una regressione importante.

Durante questi anni, la necessaria tutela e prevenzione nelle relazioni sociali ha portato all’emersione di una paura generalizzata sia da parte dell’anziano, che delle sue reti familiari e sociali, portandolo a interrompere tutte le attività sociali che componevano il suo quotidiano.

Emerge anche una grossa perdita di personale volontario, soprattutto presso le parrocchie che, come abbiamo visto, si compone per lo più di persone residenti nel quartiere, donne over 65 che hanno sofferto duramente la malattia e gli strascichi sociali dell’isolamento.

Visti i limiti e le difficoltà che questa perdita di contatto ha causato, si rafforza ulteriormente per i nostri interlocutori la necessità di immaginare un tipo di aggancio che sia efficace per la popolazione anziana.

L’interazione biomedica si conferma come una risorsa importante. Il/la medico/a di base, l’infermiere/a domiciliare, se non il/la farmacista, si confermano come figure legittimate, che continuano a rappresentare figure a cui l’anziano dà fiducia e che possono poi fare da ponte con le reti territoriali.

Di fatto tantissime realtà hanno smesso di funzionare ed esistere durante la pandemia. Al contrario, alcuni servizi informali del territorio hanno saputo reinventarsi, senza per forza appoggiarsi allo strumento digitale. Sono riusciti a trovare delle strategie virtuose per coniugare i mezzi di comunicazione già in uso dalla popolazione anziana e la necessità urgente di comunicare e rimettersi in contatto. Alcuni esempi possono essere il Centro Sociale 2 Agosto che ha organizzato un’attività di “favole al telefono” per le persone anziane, lo è stato e-Care attraverso i volontari che chiamavano al telefono la popolazione di anziani e grandi anziani segnalati dal servizio sociale, per monitorare la situazione. Lo ha fatto LepidaTV, l’associazione Oli-tango con “Parchi in Movimento” e la promozione gratuita di una serie di attività motorie all’interno dei parchi, lo sono state le Staffette Solidali, del Centro sociale TPO, che hanno portato generi alimentari e non solo a domicilio, solo per fare alcuni esempi.

Il digitale d’altro canto ha acquisito nell’opinione pubblica, nonché nei servizi, maggiore legittimità quando non un ruolo di primo piano.

Le realtà e i servizi che hanno promosso corsi di alfabetizzazione digitale si sono moltiplicati, proprio per far fronte a questo incremento necessario. L’implementazione e l’utilizzo è stato abbracciato in parte dalla popolazione anziana, soprattutto nelle fasi iniziali della pandemia.

Le realtà ibride intervistate, nonché il terzo settore, ci riportano una grandissima dispersione della popolazione over 65, che prima partecipava attivamente alle attività presentate. Un po’ il limite concreto di una mancata alfabetizzazione digitale, un po’ il cambiamento effettivo e drastico del tipo di interazione che spesso non viene compresa e risulta poco appagante, hanno comportato una riduzione dell’affiliazione e un progressivo abbandono.

L’utilizzo del mezzo informatico e il suo impiego per attività rivolte alle persone anziane rimane un campo di discussione aperto tra i nostri interlocutori. Sicuramente la pandemia ha introdotto cambiamenti nella gestione e nella diffusione del mezzo, la principale critica che viene mossa è l’inefficacia.

Per concludere possiamo affermare che la popolazione anziana ha sicuramente pagato a caro prezzo sia la malattia che le misure di prevenzione.

6. Conclusioni

La ricerca qualitativa nell’ambito del progetto “L’equità nel diritto alla salute: il contrasto alle disuguaglianze nella città di Bologna”, nel Quartiere Porto-Saragozza si è focalizzata sulle persone anziane in condizioni di solitudine, alla luce dell’analisi dei dati quantitativi e in accordo con il Dipartimento Welfare e Promozione del Benessere di Comunità. Il processo di ricerca-azione sul territorio si è svolto in raccordo con l’Ufficio Reti e Lavoro di Comunità e il Servizio Sociale di Comunità, che hanno il mandato di lavorare per il coinvolgimento e il benessere della popolazione e delle realtà presenti nel quartiere.

Quanto emerso dalla ricerca mostra un territorio caratterizzato da un’importante varietà associativa e lo sviluppo di una rete collaborativa tra servizio pubblico, terzo settore e volontariato. Il dispositivo cardine di collaborazione tra servizio sociale e territorio è rappresentato dal Tavolo della solidarietà, rete di realtà del settore pubblico e del settore privato coordinato da Ufficio Reti e Servizio Sociale di Comunità, che tiene insieme gruppi di volontariato e del terzo settore, parrocchie, centri sociali di quartiere. La percezione del servizio che sottende la creazione del tavolo è il fatto che le realtà del territorio, in particolare le parrocchie, ma non solo, sono importanti sentinelle sul territorio per la popolazione anziana e in condizioni di vulnerabilità, e che quindi possono facilitare l’aggancio e i percorsi di supporto, attraverso la valorizzazione delle risorse del territorio e la collaborazione tra settore pubblico e privato. Questo aspetto rientra nella strategia del Servizio Sociale di Comunità di adottare un approccio “di comunità” nella rilevazione e presa in carico dei bisogni della popolazione, con lo scopo di superare l’intervento individuale su bisogni specifici, nonché di rendere partecipi le realtà del territorio nella cura delle persone in difficoltà. In riferimento alla popolazione anziana, questa strategia assume rilevanza anche in ottica di prevenzione dell’isolamento e della non autosufficienza: il servizio infatti intende coinvolgere le persone anziane nella costruzione di attività in rete anche con lo scopo di mantenerli attivi e partecipi alle attività cittadine. Sempre rispetto alle risorse del territorio, è da segnalare l’inaugurazione, nel luglio 2021, della Casa della Salute Porto-Saragozza, che nasce con l’obiettivo di rafforzare l’integrazione multiprofessionale dei percorsi di prevenzione e presa in carico, a partire dalla valorizzazione delle risorse e delle specificità già esistenti.

Al netto dell’ampiezza delle risorse del territorio, la ricerca evidenzia alcuni aspetti di criticità, che vengono qui citati affinché possano rappresentare uno stimolo e un contributo per i futuri processi territoriali e per le politiche in atto:

- Viene sottolineata, sia da attori del servizio pubblico che dal volontariato, la difficoltà di aggancio e di relazione tra le persone in condizioni di fragilità e il servizio sociale, vissuta in entrambe le direzioni. Il servizio riconosce il timore delle persone di venire segnalate ai servizi sociali, in parte a causa dello stigma che vi è associato; spesso, a causa di questa difficoltà, situazioni già complesse vanno spesso incontro a un progressivo deterioramento, che rende via via l’aggancio e il progetto sulla persona più difficile da realizzare. Secondo le realtà del volontariato il sentimento di sfiducia nei confronti del servizio pubblico è basato sulla scarsità delle risorse a disposizione del pubblico, sulla limitatezza dell’intervento possibile e sulla scarsa risolutività delle risposte messe in atto;
- Il servizio pubblico riconosce di avere a che fare con casi sempre più complessi, senza poter contare su un ampliamento delle risorse a disposizione, in termini di strategie e di percorsi attivabili. Il peggioramento delle condizioni socio-economiche ha comportato un importante aumento delle richieste di sostegno sociale, a cui il servizio non sempre riesce a rispondere. Al sovraccarico di lavoro si aggiunge la crescente burocratizzazione dei processi amministrativi, che viene presentata come un aspetto che vincola il lavoro e che richiede un aumento di

impegno e di tempo. Questi aspetti generano frustrazione in chi lavora nel servizio, che riporta una certa difficoltà a convivere con i limiti evidenziati e necessita di una prospettiva di miglioramento;

- la difficoltà di aggancio diventa particolarmente critica nel caso delle persone anziane in condizioni di solitudine, che raramente possono contare sulla famiglia o su altre reti informali, e per i quali si fanno necessari competenze e strumenti che spesso non appartengono al mondo del terzo settore. La difficoltà quindi di attivare reti informali e di volontariato nei confronti delle persone anziane in condizioni di solitudine, intersecata con la difficoltà dei servizi di agganciare o raggiungere tale popolazione, aumenta il rischio di isolamento della popolazione stessa o di presa in carico dei casi quando raggiungono la condizione di non autosufficienza;
- L’integrazione sociale e sanitaria si concretizza prevalentemente su casi con condizioni di non autosufficienza, ambito per il quale gli strumenti per il lavoro integrato socio-sanitario sono ormai consolidati, mentre le persone anziane che non vivono condizioni di non autosufficienza ma vivono in solitudine, in molte situazioni non sono rilevabili dal servizio. Emerge quindi dal settore sanitario il bisogno di lavorare maggiormente in modo integrato sui singoli casi e di raggiungere una fetta più ampia di popolazione, mentre il sociale riporta lo stimolo per cui anche il sanitario dovrebbe ampliare gli ambiti di azione, sperimentando approcci di comunità e di prossimità;
- Si evidenzia un progressivo ed effettivo limite che coinvolge il servizio pubblico, ossia la difficoltà di far fronte ad una crescita e a un mutamento del bisogno in concomitanza alla scarsità dei finanziamenti pubblici. A questo proposito, emerge il timore che la costruzione della rete tra le realtà del territorio e i servizi possa essere un passaggio volto a legittimare la contrazione delle risorse pubbliche. La continuità degli interventi sociali e le competenze specifiche per lavorare nel campo delle fragilità vengono riconosciuti come elementi imprescindibili del lavoro con le persone anziane in condizioni di solitudine, come con altre declinazioni di vulnerabilità sociale e sanitaria, e viene sottolineato che il mondo del volontariato e dell’associazionismo non sempre dispongono degli strumenti e delle competenze per farsi carico di situazioni complesse, e non ne hanno mandato pubblico.

Nel corso delle interlocuzioni con gli attori territoriali, vengono evidenziati alcuni ambiti prioritari di intervento o possibili azioni, che vengono in conclusione riportate.

Viene sottolineata, da parte del mondo del volontariato, la necessità di rafforzare la collaborazione e la comunicazione col servizio sociale anche su casi specifici, con la costruzione di un sistema di monitoraggio e valutazione tra le realtà del volontariato e il servizio pubblico.

Si segnala la necessità di rafforzare il lavoro di rete per intervenire maggiormente nella prevenzione della non autosufficienza, nella rilevazione precoce di condizioni di rischio sociali e sanitarie e nell’aggancio ai servizi nelle fasi precedenti al decadimento avanzato.

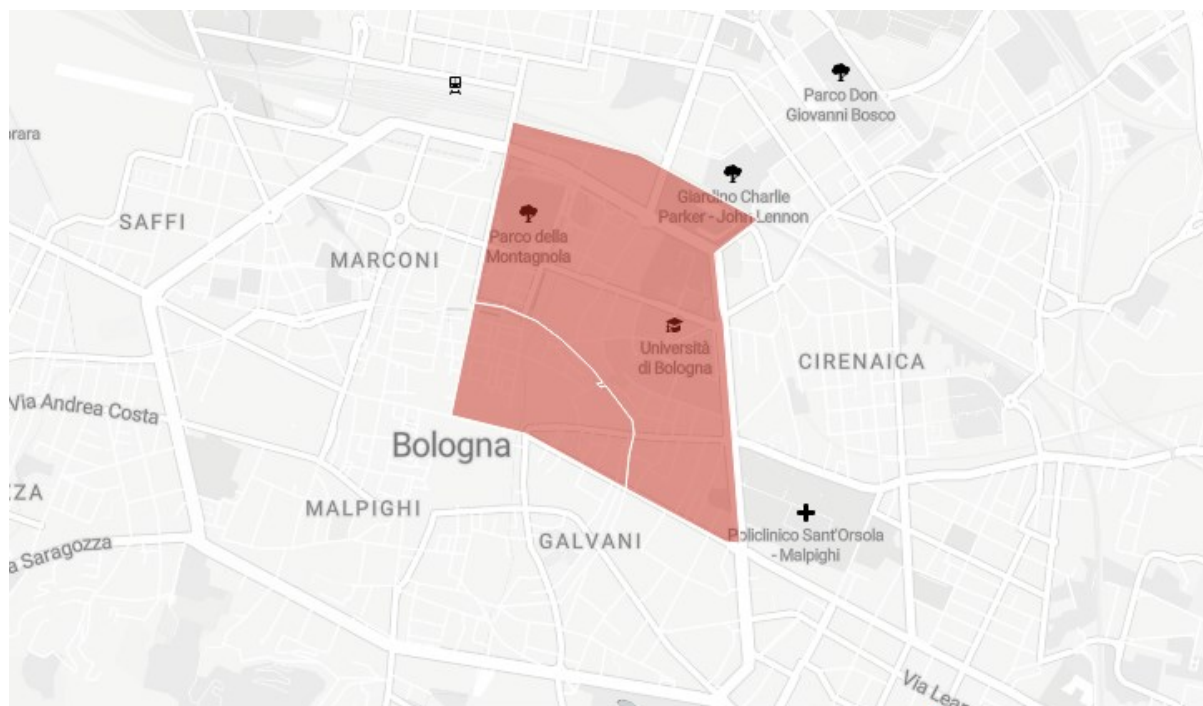
È stato condiviso il bisogno di aumentare, diffondere e perfezionare le competenze rispetto al lavoro con le persone anziane in condizioni di solitudine, in particolare rispetto alle fragilità e ai bisogni di cui sono portatori.

Viene condivisa sia dal settore sociale che da quello sanitario, seppur con declinazioni diverse, la necessità di rafforzare l’integrazione sociale e sanitaria, sul piano delle prese in carico individuali come sul piano delle sperimentazioni di approcci di comunità e prossimità.

Infine, in particolare in riferimento all’aumento dei processi di impoverimento, viene posto l’accento sulla necessità di ampliare il lavoro sociale sulla prevenzione del deterioramento delle condizioni sociali e sanitarie, riconoscendo la necessità di interventi politici intersettoriali e di risorse dedicate alle politiche e agli interventi di contrasto.

L’equità nel diritto alla salute: il contrasto alle disuguaglianze nella città di Bologna

Quartiere Santo Stefano, aree Innerio 1 e Innerio 2



Report di fase 2
Redatto a settembre 2022²⁷

²⁷ Dati sanitari e sociali aggiornati ad agosto 2022

Indice:

1. Introduzione
2. Metodologia: ricerca qualitativa e ricerca-azione
 - a. L’approccio della ricerca-azione
3. Analisi quantitativa e scelta dell’area
4. Il processo di ricerca-azione
 - a. Avvio della ricerca
 - b. Campo etnografico
5. Risultati
 - a. Determinanti sociali
 - b. Sistema dei servizi
 - c. Dispositivi di partecipazione
 - d. Effetti della pandemia
6. Conclusioni

1. Introduzione

Il progetto “**L’equità nel diritto alla salute: il contrasto alle disuguaglianze nella città di Bologna**” è nato nel 2019 di concerto con l’Area Welfare del Comune di Bologna, il Dipartimento di Sanità Pubblica della Azienda USL di Bologna, il Policlinico S. Orsola-Malpighi e il Centro Studi e Ricerche in Salute Internazionale e Interculturale dell’Alma Mater Studiorum - Università di Bologna (Dipartimento di Storia Culture Civiltà) a seguito dei dati emersi da una precedente indagine che aveva dato vita alla **prima fase** di uno studio osservazionale (2017-2019) sulla distribuzione di indicatori di esiti in salute (morbilità e mortalità) e di accesso ai servizi nelle diverse aree statistiche della città di Bologna.

I risultati di quello studio hanno mostrato come, a fronte di un miglioramento generalizzato nella salute della popolazione, il tema delle disuguaglianze in salute non fosse da sottovalutare, anche in un contesto cittadino come quello bolognese, caratterizzato già dalla capillare presenza di servizi di prossimità, in un quadro di solidità istituzionale sia economica sia organizzativa. Quello studio ha contribuito a colmare la scarsa presenza in letteratura di analisi che mostrino la distribuzione dello stato di salute a livello cittadino, e che a partire da questo si fanno promotori di interventi di contrasto alle disuguaglianze e promozione dell’equità in salute.

Per meglio comprendere le specifiche dinamiche che a livello territoriale contribuiscono a minare la capacità di raggiungere una piena equità in salute, si è dato vita a un successivo **approfondimento di stampo qualitativo (2019-2021)** per realizzare un approfondimento volto a indagare le modalità attraverso cui le disuguaglianze si riproducono localmente.

L’obiettivo della **seconda fase** del progetto è stato quindi quello di identificare, analizzare e descrivere i determinanti sociali coinvolti a livello territoriale nella genesi delle disuguaglianze in salute nelle aree della città che presentano maggiore vulnerabilità e/o peggiori esiti di salute e indicatori di accesso ai servizi.

D’accordo con la cabina di regia, identificata con Il Tavolo di Promozione della salute del Comune di Bologna, e in consultazione con i rispettivi quartieri sono state individuate per il 2020 le prime tre aree della ricerca qualitativa, rispettivamente:

- Villaggio della Barca, per il Quartiere Borgo Panigale-Reno;
- Pescarola, per il Quartiere Navile;
- Via Mondo-Via del Lavoro, per il Quartiere San Donato-San Vitale.

L’avvio delle attività della seconda fase del progetto è coinciso tuttavia con l’inizio della pandemia da COVID-19, andando inevitabilmente a imporre una ridefinizione delle modalità di ricerca ma non degli obiettivi. Ove possibile, le attività di ricerca qualitativa (interviste, focus group) e di ricerca-azione (incontri di confronto e programmazione, restituzioni, analisi collettive dei dati) sono state condotte online. Ove e fin quando possibile, sono state mantenute attività di campo come passeggiate e osservazioni, incontri con singole persone. **Purtroppo, è stata molto sacrificata la parte che doveva coinvolgere le persone abitanti nelle aree selezionate. È stato altresì difficile intercettare le organizzazioni e il personale sanitario, travolto dalla situazione e con nessuno spazio per attività fuori dall’emergenza.** Nella primavera del 2021 (con un lieve ritardo causato dalla pandemia), si è iniziato a lavorare anche sulle nuove tre aree:

- Iernerio 1 e 2, per il Quartiere Santo Stefano;
- Cavedone, per il Quartiere Savena;
- Zanardi, per il Quartiere Porto-Saragozza.

Per ogni area si è costituito un gruppo multidisciplinare che ha sempre visto la partecipazione di figure senior di formazione antropologico-sociale e di sanità pubblica, affiancate da giovani in formazione o laureate/i.

Questo report ha la volontà di restituire le **attività svolte tra l’aprile e il dicembre del 2021** nel Quartiere Santo Stefano. L’équipe di ricerca del CSI che ha preso parte alle attività è composta da Silvia Giaimo e Simona Maisano ed è coordinata da Chiara Bodini e Ivo Quaranta. Una prima parte di quanto elaborato

sarà dedicata all'**inquadramento della ricerca** e delle metodologie adottate. L'inquadramento metodologico permetterà di entrare in una seconda parte in cui verrà ripercorso quanto svolto. Nella terza parte, verranno presentati i **risultati delle interviste, dei focus group e del lavoro di campo**.

2. Metodologia: ricerca qualitativa e ricerca-azione

La seconda fase di ricerca è stata sviluppata a partire da un approccio qualitativo, a carattere etnografico, volto a comprendere la molteplicità e l'interdipendenza dei fattori che, a vari livelli, concorrono nel creare un contesto di vita favorevole o meno alla salute delle persone nel territorio in cui vivono.

A tal fine sono stati utilizzati **prevalentemente strumenti di indagine etnografica** – quali **mappature del territorio, osservazione partecipante, interviste in profondità, focus group** – che sono particolarmente appropriati per esplorare i significati che le persone coinvolte (abitanti, operatori/rici e responsabili dei servizi, membri di associazioni...) attribuiscono ai fenomeni che li circondano e per far emergere i “non detti” impliciti nella pratica quotidiana. Tali strumenti, inoltre, permettono di valutare nello specifico quali sono i soggetti e i gruppi particolarmente svantaggiati (es. migranti, famiglie in stato di povertà, famiglie monogenitoriali, anziani soli etc.), quali sono i bisogni non soddisfatti a cui si può dare risposta da parte dei servizi e delle istituzioni e quali risorse comunitarie sono già localmente presenti. In questo modo è possibile produrre informazioni (percezioni, emozioni, posizioni radicate nell'interiorità) che non sono indagate dalle comuni banche di dati e che esplorano le ragioni per cui si riscontrano determinati problemi di salute e come si potrebbe agire per contrastarli.

Allo stesso tempo questa fase si inserisce all'interno di un **più ampio approccio di ricerca-azione che caratterizza tutto il progetto, con lo scopo di contribuire alla creazione di un 'potenziale d'azione'** (in termini di relazioni/gruppi di lavoro, conoscenze, competenze, motivazione, mandato politico) per l'equità in salute e, ove possibile, ad azioni concrete in quella direzione.

a. L'approccio della ricerca-azione

Come sopra indicato, il progetto è orientato al paradigma della ricerca-azione, in base al quale le informazioni raccolte sul campo sono inserite in un ciclo continuativo di riflessione e azione teso alla trasformazione dei saperi, delle pratiche e dei contesti in cui si sviluppa. Applicata agli ambiti del contrasto delle disuguaglianze e della promozione della salute, un campo privilegiato di analisi ed intervento è quello dell'impatto dei servizi e delle politiche sui determinanti sociali della salute. Perciò, **i risultati di una ricerca-azione non sono esclusivamente da intendersi sul piano della generazione di nuove conoscenze** (in questo caso, quali determinanti agiscono sulla salute delle persone in un dato territorio), **ma anche delle nuove relazioni che si instaurano** (tra servizi, istituzioni, associazioni, abitanti e gruppo di ricerca), producendo conoscenze e consapevolezza condivise e costruendo nuove forme di azione integrata e partecipata.

3. Analisi quantitativa e scelta dell'area

Per l'individuazione delle aree statistiche candidabili all'approfondimento qualitativo, sono stati considerati i dati raccolti nella prima fase della ricerca. Nel Quartiere Santo Stefano, i dati sanitari non mostravano indicatori di svantaggio per nessuna delle aree statistiche. Piuttosto, gli indicatori risultavano

protettivi rispetto alla media cittadina, come possibile vedere ad esempio dalle mappe che mostrano la distribuzione della prevalenza di diabete (Fig. 1).

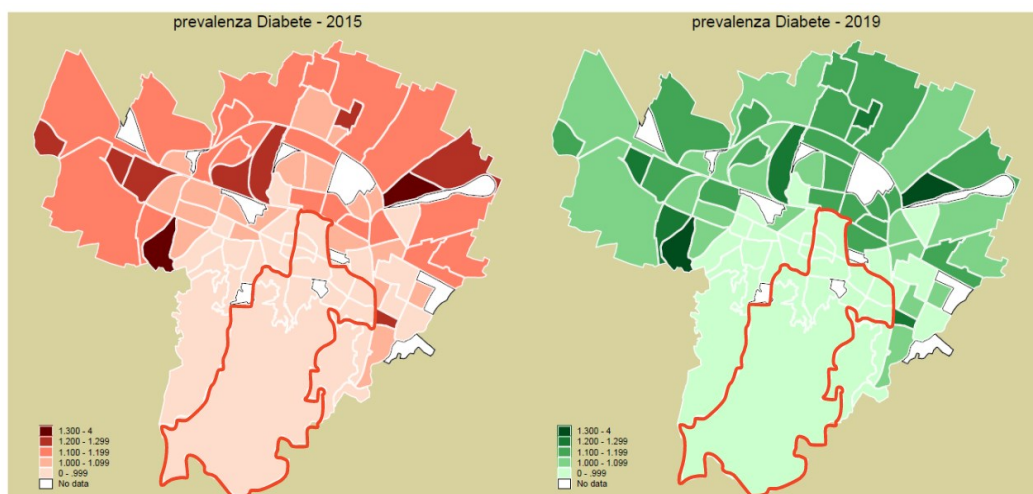


Fig 1 - Distribuzione geografica per area statistica della prevalenza di diabete. Bologna, 2015 e 2019. In evidenza: il Quartiere Santo Stefano.

Anche per quanto riguarda i dati relativi alla salute mentale,²⁸ il Quartiere mostra valori significativamente inferiori alla media cittadina (Figg. 2-3).

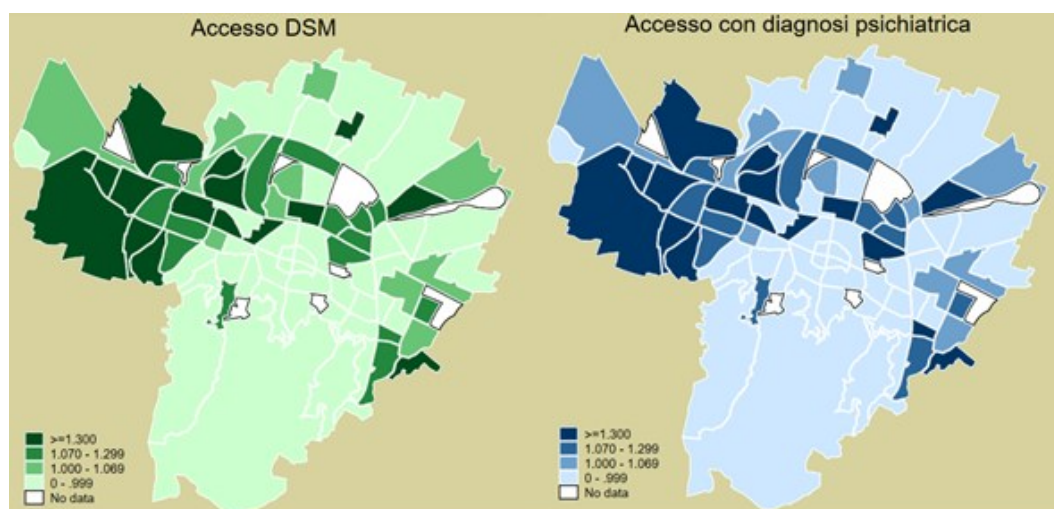


Fig. 2 - Distribuzione geografica per area statistica della prevalenza di accessi al Dipartimento di Salute Mentale (DSM) e di accessi al DSM con diagnosi psichiatrica. Bologna, 2015-2019.

²⁸ Al momento della scelta delle aree statistiche non erano ancora disponibili né i dati relativi alla salute mentale né quelli sanitari relativi al periodo 2015-2019. Vengono però qui inseriti, essendo ora disponibili, per completezza della restituzione.

●● Report “L’equità nel diritto alla salute”

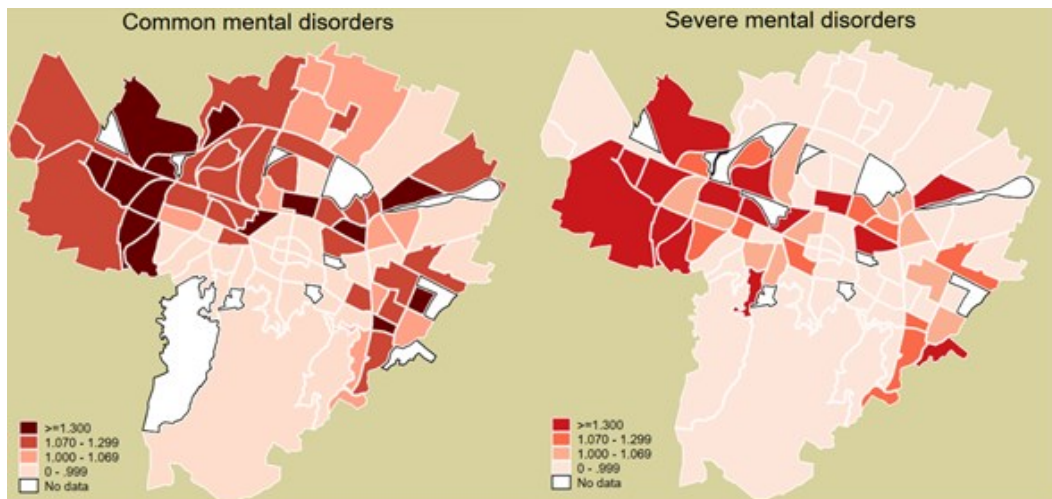


Fig. 3 - Distribuzione geografica per area statistica della prevalenza di disturbi mentali “comuni” e gravi. Bologna, 2015-2019.

I dati sanitari sono stati valutati unitamente ai **dati sociali** messi a disposizione dal Comune e relativi alla distribuzione geografica delle fragilità demografica, sociale ed economica. In base a questi ultimi, le aree statistiche di Inerio 1 e 2 risultano caratterizzate da un’importante **fragilità sociale** potenziale, ed in particolare da un’elevata presenza di popolazione con più di 65 anni che vive sola, di minori in famiglie monogenitoriali e di famiglie con reddito sotto soglia. Inoltre, entrambe le aree statistiche risultano ad elevato ricambio di popolazione per la fascia di persone tra i 20 e i 64 anni (Fig. 4).

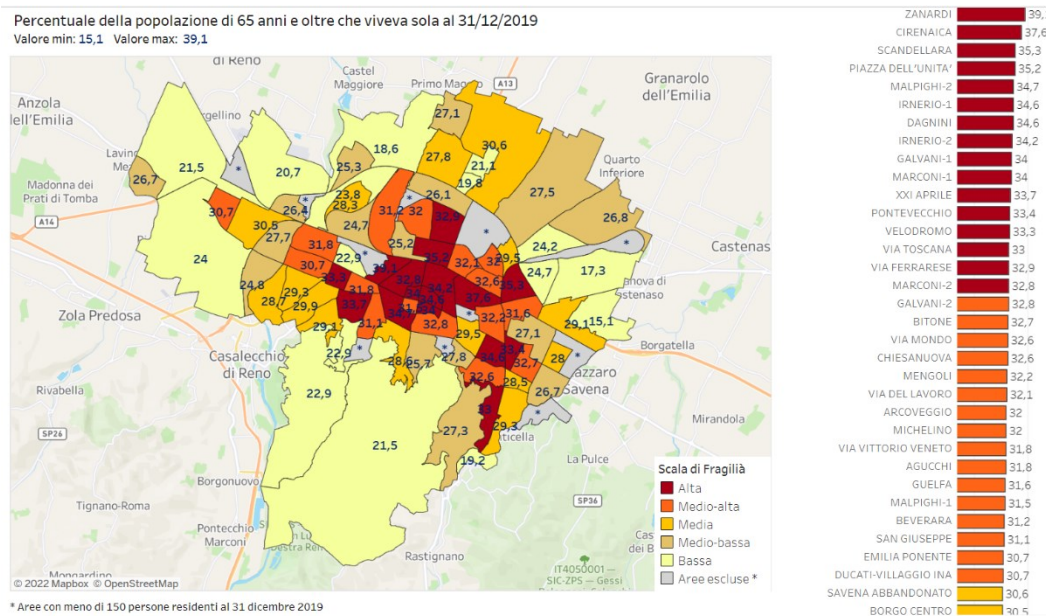


Fig. 4 - Percentuale di popolazione di 65 anni e oltre che viveva sola al 31/12/2009. Fonte: <https://public.tableau.com/app/profile/ufficio.statistiche.territoriali.bologna/viz/Fragilita/FragilitaBologna>

È stato infine analizzato il database Garsia, contenente i dati di erogazione dei servizi sociali, che ha rilevato un consumo di servizi relativamente contenuto, e orientato principalmente verso l'**assistenza domiciliare socio-assistenziale** e la **distribuzione dei pasti a domicilio**, coerentemente con l’elevata presenza di popolazione con più di 65 anni che vive sola.

A partire dai dati analizzati, in accordo con i diversi attori coinvolti nel progetto a livello di Quartiere si è scelto di concentrare le attività di ricerca nelle **aree statistiche di Iinnerio 1 e 2**. Tale decisione è stata motivata sia dalla presenza di maggiore fragilità socioeconomica, sia da un desiderio di approfondimento di questo territorio (evidenziato in mappa, Fig. 5), annesso più recentemente al Quartiere (2016).

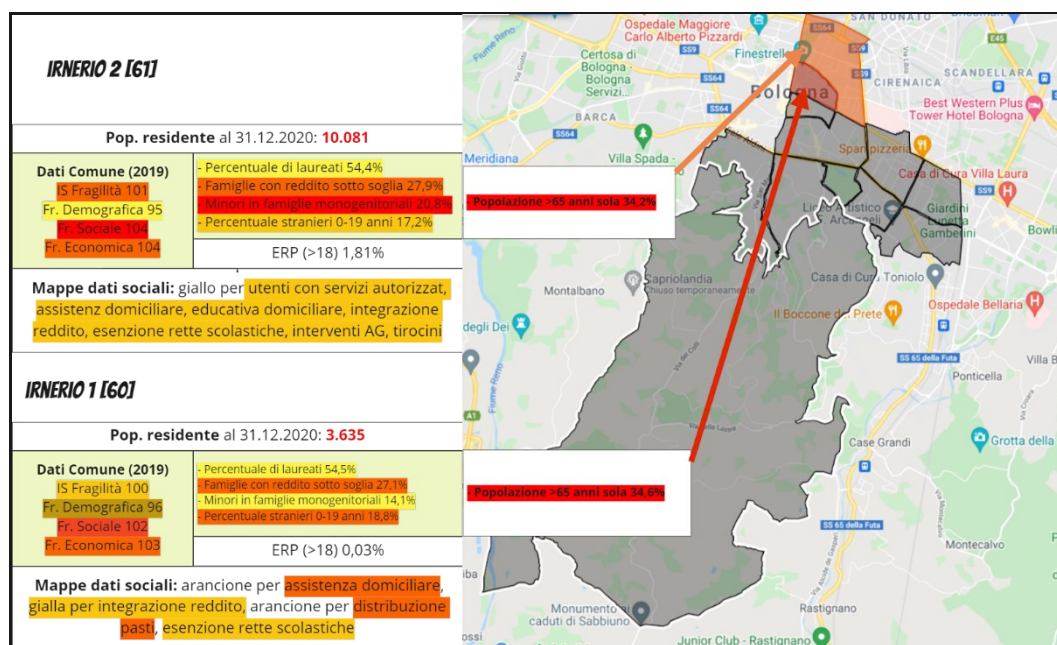


Fig. 5 - Localizzazione delle aree statistiche Iinnerio 1 e 2 nel Quartiere Santo Stefano e sintesi degli indicatori considerati

4. Il processo di ricerca-azione

a. Avvio della ricerca

Per il Quartiere Santo Stefano, l’avvio della ricerca ha previsto un primo coinvolgimento della Presidente del Quartiere Rosa Maria Amorevole, della referente per il Dipartimento (ex Area) Welfare e Benessere di Comunità del Comune (Donatella Casadio), della responsabile del Servizio Sociale di Comunità (Stefania Fontanelli), dell’Ufficio Reti (Domenico Pennizzotto). In seguito ad un primo confronto sulle principali caratteristiche del Quartiere, si sono svolti alcuni incontri preliminari, intervallati da riunioni interne di equipe, volti a **delineare l’area di intervento e adottare la scelta di un focus d’analisi come strategia della ricerca-azione**.

Per quanto riguarda la **scelta dell’area**, come suggerito a partire dall’analisi dei dati socio-economici - da cui emerge la coesistenza di redditi alti con un’elevata percentuale di famiglie con reddito inferiore al 60% del reddito mediano - nel confronto con le persone referenti del Quartiere si è confermata la scelta delle Aree statistiche di Iinnerio 1 e 2. In aggiunta alla significatività degli indicatori, la recente annessione di queste due aree al Quartiere rafforzava le ragioni di un approfondimento specifico sulle caratteristiche e le potenzialità della zona.

Per quanto riguarda invece la scelta del focus, durante gli incontri sono emerse come tematiche di maggiore interesse da parte degli attori coinvolti:

- Digital divide: con l’aumento della digitalizzazione, anche nell’accesso ai servizi sanitari e sociali, stanno emergendo disuguaglianze che si ritiene importante approfondire per potenziare strategie di contrasto, come la rete di sportelli e associazioni già attiva sul territorio per supportare la popolazione nell’utilizzo degli strumenti digitali;
- Nuove povertà e nuovi bisogni generati dalla pandemia: è stato riportato come negli ultimi anni, ed in particolare durante il periodo pandemico, si siano generati nuovi bisogni per persone precedentemente non in condizioni di fragilità.
- Disuguaglianza interna: oltre alla grande varietà e disuguaglianza riportata dai servizi tra le varie aree statistiche del Quartiere, la presenza per le zone di Imerio 1 e 2 di indicatori sanitari di vantaggio e di redditi molto alti, allo stesso tempo che di nuclei con reddito sotto soglia ed indicatori di fragilità socioeconomica, possono suggerire la presenza di una disuguaglianza interna alle stesse aree statistiche, meritevole di essere indagata;
- Salute mentale: il Quartiere presenta casi di decadimento cognitivo legati a persone prevalentemente anziane, con reddito nella/sopra soglia ma con difficoltà di accesso ai servizi sia sociali che sanitari: negli incontri preliminari con il Quartiere è stato sottolineato come queste persone si mantengono a distanza dai servizi sociali e sanitari pubblici con un certo pregiudizio, riscontrando difficoltà ad accedervi quando necessario;
- Associazionismo e sinergie sul territorio: l’associazionismo è stato presentato come un elemento favorevole alla produzione di benessere, pur indebolito dalla pandemia che ha limitato gli incontri in presenza; in particolar modo, il tema della relazione tra Ufficio Reti e realtà associative e sportelli del territorio è emerso come possibile snodo di promozione della salute di cui indagare le potenzialità.

Considerando le varie tematiche e con l’intento di integrarle, l’equipe di ricerca ha proposto il tema della **relazione tra abitanti e servizi come possibile focus** e lente di approfondimento dalla quale guardare alle problematiche, ai bisogni, alle risorse e alle opportunità dell’area. Si è valutato, inoltre, come questo tema permettesse di andare ad approfondire sia le difficoltà di relazione con i servizi delle persone anziane in condizioni di fragilità che di indagare l’eventuale presenza di disuguaglianze interne e allo stesso tempo raccogliere informazioni volte a favorire la sinergia tra i servizi e il territorio di recente annessione.

Dopo le prime fasi di ricerca sul campo, sono stati condivisi i risultati intermedi con gli attori locali coinvolti. Ciò ha portato a una maggiore definizione del focus, orientata all’approfondimento dei servizi educativi del territorio.

b. Campo etnografico

Per lo svolgimento della ricerca ci si è avvalsi principalmente di tre metodologie etnografiche:

- **osservazione partecipante** (frequentazione del territorio e di alcuni snodi come bar, parchi, farmacie);
- **interviste semi-strutturate;**
- **focus group**²⁹

²⁹ Le persone intervistate hanno firmato un consenso informato sul trattamento dei dati, il quale prevede il pieno rispetto dell’anonimato. Per questo motivo, nella parte che segue non saranno presenti nomi di persona o di associazione ma solo informazioni utili ad orientare la lettura.

In particolare, da giugno 2021 a gennaio 2022 sono state svolte **interviste in profondità e focus group** con i **servizi** e gli **enti del terzo settore** locali:

- con i servizi (in ordine cronologico):
 - Servizi Sociali Territoriali
 - SEST
 - Educativa di Strada
 - Sportello lavoro
 - Funzione strumentale disagio di un IC dell’area statistica
- con gli enti di culto e del terzo settore (in ordine cronologico):
 - parrocchia
 - associazioni
 - Cooperativa che gestisce struttura per transizione abitativa
 - Cooperativa che gestisce servizio socioeducativo
- abitanti e comitati di Quartiere

5. Risultati

a. Determinanti sociali

Territorio

Il Quartiere Santo Stefano è percepito dagli/le abitanti e dalle realtà associative come una zona particolarmente eterogenea. Se da una parte le zone limitrofe a Via Santo Stefano sono residenziali e in generale considerate un luogo tranquillo dove vivere, l’area di Irnerio presenta caratteristiche molto diverse, sia per quanto riguarda le realtà abitative - l’edilizia residenziale pubblica nei pressi di Via S. Leonardo ne è un esempio - sia per quanto riguarda la composizione della popolazione residente. Da molte delle persone intervistate, tale zona è stata spesso descritta come un’area di accesso e di transito verso il centro per coloro che non vi risiedono. Ciò, insieme ai molteplici modi in cui è vissuta la zona dalla popolazione della città, fa sì che **il territorio in analisi sia percepito come un “porto di mare”**, metafora emersa nella maggior parte delle interlocuzioni sia con i servizi che con gli/le abitanti. È stato fatto presente come, nella sua parabola storica, quest’area abbia in qualche modo risentito dello spostamento burocratico, passando dapprima dal Quartiere Irnerio al Quartiere San Vitale, fino al suo assorbimento nel Quartiere Santo Stefano. A tale proposito, un elemento non trascurabile è la percezione della popolazione rispetto alla **perdita della “posizione strategica” di Vicolo Bolognetti**, storico punto di riferimento per quanto riguardava i servizi sociali, sanitari e del terzo settore: un cambiamento difficile da introdurre nelle abitudini degli interlocutori.

Un filo conduttore emerso nelle descrizioni della zona Irnerio è anche la parola **“disagio”**. Questo termine è stato utilizzato più volte nella descrizione non solo dell’elemento estetico - in riferimento alle scritte sui muri e alla presenza di rifiuti - ma anche come aggettivo descrittivo delle sensazioni da esso suscitate. L’abbandono della cura dei luoghi fa sentire gli/le abitanti come degli/le “estranei/e”.

Un altro tema ricorrente per quanto riguarda la percezione del territorio è quello della **differenza marcata tra la parte alta di Via Mascarella e quella invece più vicina alla Porta**, definita “la Cenerentola del centro”. La sensazione è quella di risiedere in centro storico, ma di avere tutte le caratteristiche di una vera e propria periferia: vivere in due mondi diversi accorpati in un unico Quartiere ma con un livello di eterogeneità molto elevato.

Il territorio - secondo i pareri degli/le operatori/trici dell’educativa di strada intercettati - è vissuto in modo molto variegato anche da parte delle fasce più giovani della popolazione. Al di là del turnover studentesco, alcuni/e operatori/rici dei servizi educativi che operano anche in altre zone hanno fatto presente la diversità nella modalità di svolgimento del proprio lavoro in zona Irnerio: le compagnie spesso

non rimangono fisse, il viavai è molto più spiccato, i gruppi sono più fluidi e ciò comporta maggiore difficoltà nel mantenere una stabilità a livello progettuale e di relazione.

Popolazione

Il Quartiere è caratterizzato da una forte **eterogeneità della popolazione** che lo abita. Alcuni/e interlocutori/trici hanno fatto emergere quanto tale caratterizzazione sia molto più accentuata rispetto ad altre zone della città, e quanto tale mescolanza comprenda l’interazione costante tra persone di generazioni, vissuti, livelli di istruzione e provenienze diverse. Soprattutto le vie limitrofe a Via Innerio sono abitate da studenti e studentesse, poche famiglie e persone anziane prevalentemente sole, persone senza fissa dimora; molte abitazioni sono destinate a B&B e altri tipi di alloggi per turisti.

Tra i più frequenti esempi di fragilità, sono emerse situazioni di **persone con problematiche di salute** quali il diabete, pazienti in dialisi, dipendenze da alcol e sostanze, problemi psichiatrici e decadimento cognitivo - questi ultimi spesso collegati a condizioni di solitudine e fragilità economica. Alcuni/e interlocutori/trici dei servizi hanno spesso creato un collegamento tra persone sole non soggette a condizioni di fragilità economica e **stigma nei confronti dei servizi**: queste farebbero fatica - talvolta non facendo presente i propri bisogni - ad accettare l’aiuto offerto a causa di un sentimento di orgoglio e pregiudizio legato alla natura dei servizi e nei riguardi di chi solitamente ne usufruisce. Inoltre, è stato fatto presente che soprattutto le persone più anziane che usufruiscono dei servizi sanitari, in particolar modo quella a domicilio, siano considerate “abitudinarie” e disposte a rinunciare all’intervento in mancanza di un operatore/trice dedicato/a.

Dal **punto di vista educativo** è stata riportata, come elemento peculiare di questa zona, la compresenza all’interno delle scuole delle due aree statistiche sia di studenti e studentesse residenti appartenenti a famiglie con reddito nella/sopra soglia, sia del Quartiere ma non residenti (in particolare provenienti da famiglie monogenitoriali in accoglienza), sia provenienti da quartieri limitrofi. Per ognuna di queste “categorie” i servizi educativi e sociali riferiscono problematiche diverse: nel caso di chi risiede in Quartiere più circoscritte al piano psicologico (come si denota dai vari casi di mutismo ed isolamento sociale), negli altri casi riconducibili alle condizioni socioeconomiche familiari. Esistono inoltre - emerse a seguito della pandemia - segnalazioni di studenti e studentesse non in grado di seguire le lezioni a distanza per mancanza di strumenti di supporto alla didattica.

Per quanto riguarda la **condizione lavorativa**, è stato riportato che vi sono numerose persone con partita IVA e persone che lavorano stagionalmente. Secondo alcune persone intervistate che prestano servizio allo sportello lavoro, da Santo Stefano arriverebbe il 3% delle richieste di sostegno nella ricerca lavorativa, che corrisponderebbe a 8 richieste delle 184 annuali cittadine. Tali richieste risponderebbero a bisogni legati alla mancanza di competenze specifiche, e conseguente spendibilità minore sul mercato del lavoro, che poi convergono in storie di precariato.

Reti

È stato fatto presente, durante le interviste, quanto **le reti familiari e i rapporti di vicinato influiscono sugli esiti sia degli accessi ai servizi, sia sulla salute stessa**. Alcune persone intervistate hanno descritto come il riferimento ai propri familiari nei momenti di bisogno abbia conseguenze fondamentali sullo stato di benessere dell’individuo. Nell’interazione tra operatori/trici e caregiver, è stato riferito come in alcuni casi si costruiscano sinergie estremamente positive, tuttavia in altri la **differenza nell’approccio e relazione con la persona fragile** fa emergere conflittualità tra le parti:

“C’è sempre una difficoltà col caregiver che magari è dovuta al fatto che [...] l’approccio che loro hanno nella cura è diverso da un operatore sociosanitario che deve comunque avere un approccio professionale e oltretutto anche per esempio sulla movimentazione dei carichi [...], la maggior parte dei caregiver, dei genitori di disabili, hanno tutti la schiena per farti un esempio rotta perchè loro alzano di

peso il loro caro, che so per non fargli sentire dolore, per non farli sentire dei pacchi...” (Intervista collettiva operatrici dei servizi, gennaio 2022)

Nel contesto generale è stato menzionato quanto la cooperazione tra le proprie reti familiari o il contesto di vicinato abbia dato vita a momenti di supporto significativi per persone in condizione di fragilità. Un esempio fornito è stato quello del mutuo aiuto tra abitanti di Via del Borgo, che in momenti di socialità si confrontavano anche sull’accesso ai servizi in relazione all’attivazione dell’identità elettronica (SPID).

Le **realità associative** sono state descritte come molto vivaci sia dal punto di vista del rapporto con l’istituzione - con i patti di collaborazione - sia con la popolazione del territorio: iniziative individuali hanno dato vita e impulso a momenti aggregativi di discussione ed esperienze di mutualismo.

Infine, dall’interlocuzione con la realtà parrocchiale è emerso quanto le esperienze di socializzazione siano variate nel corso del tempo: se per le persone anziane le parrocchie restano un punto di riferimento per la creazione di relazioni di assistenza e mutuo aiuto e , esse hanno perso questo ruolo per la popolazione più giovane.

b. Sistema dei servizi

Nel corso del lavoro sul campo nelle aree Imerio 1 e Imerio 2, coerentemente al focus scelto per la ricerca-azione, **è stato approfondito il quadro relativo al rapporto tra i bisogni della popolazione residente nella zona e i servizi**, tenendo in considerazione anche l’integrazione e la sinergia tra essi e le altre realtà del territorio.

Un elemento di fondamentale importanza, riportato sia da abitanti che da persone che lavorano nei servizi, riguarda il cambio nell’organizzazione dei Quartieri e, in particolare, l’annessione di Imerio 1 e 2 dal Quartiere San Vitale nel 2016. Tale annessione viene presentata come un punto critico, sia per la **distribuzione non omogenea dei servizi**, sia per una relativa minore conoscenza del territorio da parte del Quartiere. Esiste inoltre una **competenza non pienamente corrispondente tra ambito sociale e ambito sanitario**, in quanto le persone residenti nelle aree Imerio 1 e 2 sono prese in carico da alcuni servizi sanitari territoriali del Quartiere San Donato-San Vitale, come la Casa della Salute, l’assistenza infermieristica domiciliare, il PCAP (Punto di Coordinamento Assistenza Primaria), le Cure Primarie, Centro di Salute Mentale. Questo ha delle ripercussioni sulla complessità dell’integrazione tra sociale e sanitario, come si approfondirà in seguito.

Lettura dei bisogni

Nell’indagare la relazione tra abitanti e servizi, si è cercato di approfondire le modalità attraverso cui i bisogni della popolazione vengono rilevati. Come accennato sopra, la recente annessione delle aree statistiche selezionate è stata evidenziata come una criticità nella lettura di un territorio già di per sé complesso a causa della grande eterogeneità della popolazione che lo abita. Inoltre, l’avvento della pandemia all’inizio del 2020 ha notevolmente limitato la possibilità di attività sul territorio volte ad approfondire la conoscenza e il lavoro di rete.

Tra le modalità per avvicinarsi ai bisogni della popolazione, è stata riportata **la scelta di aprire nel 2019 un servizio socio-educativo**, affidato ad una cooperativa del terzo settore, **come presidio sul territorio**. Le motivazioni di tale scelta risultano però essere poco comprese dalle persone residenti intervistate, che ritengono che nel Quartiere la percentuale di giovani sia molto ridotta. Anche le operatrici e gli operatori che vi lavorano hanno sottolineato come il centro cittadino sia una zona attraversata da giovani provenienti da diverse parti della città; di conseguenza, **solo poche delle persone che usufruiscono del servizio sono residenti nel territorio**.

Un’altra strategia adottata dal Quartiere è quella di attivare e mantenere **relazioni con i comitati di residenti e le associazioni del territorio**, anche attraverso strumenti quali il bilancio partecipativo e l’assegnazione di spazi. Tali interazioni sono valutate positivamente da chi vi prende parte, sia sul fronte

dei servizi sia su quello di associazioni e comitati. Tuttavia, questi ultimi riferiscono di rappresentare una parte della popolazione e di non avere una conoscenza approfondita degli/le abitanti che non prendono parte alle loro attività. La percezione riportata è dunque quella di essere un “braccio operativo” nella risposta a bisogni già noti al Quartiere, piuttosto che un’antenna per intercettare altri.

Prossimità e risposte

Le persone residenti intervistate hanno riferito la **percezione di una carenza di presidi di prossimità** a cui la popolazione possa accedere in modo diretto e che permettano una maggior conoscenza del territorio da parte dei servizi, che favorisca l’azione di interventi mirati. I servizi presenti tendono a essere percepiti come lontani e poco specifici per il territorio, con una conoscenza parziale della popolazione e conseguente minore capacità di risposta ai bisogni. Per l’ambito sanitario, è stato fatto riferimento all’assenza di un CUP (Centro Unico di Prenotazione) e di una Casa della Salute. Rispetto a quest’ultima, formalmente le aree di Irnerio 1 e 2 dovrebbero afferire alla Casa della Salute di San Donato-San Vitale, tuttavia questa non è riconosciuta da parte degli/le abitanti intervistati/e.

Secondo le esperienze raccolte, la lontananza di servizi sanitari pubblici si traduce in un **più elevato accesso ai servizi privati**, anche grazie alle possibilità economiche di una buona parte della popolazione residente.

“Sai chi ha i soldi va direttamente al privato che fa prima, tieni conto che questa è una struttura che lavora molto con le assicurazioni, quindi quelli che lavorano di solito han assicurazione perché ormai i dipendenti han tutti una qualche forma assicurativa, quindi la nostra Casa della Salute si chiama [nome centro sanitario privato].” (Intervista residente - Comitato abitanti, giugno 2021)

Il tema dell’accesso al servizio sanitario privato offre anche una lente interessante di lettura del dato quantitativo, in quanto potrebbe giustificare in parte la presenza di indicatori più bassi di accesso ai servizi, che rilevano solo l’ambito del pubblico e del privato convenzionato.

Questa situazione risulta aggravata dall’importante carico di lavoro dei/le Medici/le di Medicina Generale (MMG) che, a causa del numero elevato di persone assistite e del sovraccarico legato alla pandemia, risultano in difficoltà nella gestione dei/le pazienti. Tra le persone residenti intervistate, diverse hanno riferito di non vedere il/la proprio/a curante da anni o di non averlo mai visto/a, e di relazionarsi solo tramite telefono. In generale, è stata riportata una **difficoltà nel contattare il/la proprio/a MMG**.

La tematica della distanza e del senso di mancanza di prossimità è stata menzionata anche rispetto alla **sede degli uffici del Quartiere**, dell’URP (Ufficio Relazioni con il Pubblico) e del servizio sociale ed educativo, ubicati nelle adiacenze di Porta Santo Stefano e quindi lontani dalle due aree statistiche, in particolare rispetto alla precedente sede di Vicolo Bolognetti per le aree dell’ex Quartiere San Vitale. La mancanza di prossimità viene riferita dalle persone residenti come particolarmente critica in una zona ad elevata presenza di popolazione anziana e caratterizzata da grande solitudine: la presenza di un unico luogo che permetta una risposta integrata ai bisogni - soprattutto di questa fascia della popolazione con più difficoltà nella mobilità - che sia collocata all’interno della zona di Irnerio influirebbe positivamente sulle possibilità di accesso ai servizi.

Un ulteriore elemento riferito che aumenta la distanza percepita rispetto ai servizi è l’**elevata burocratizzazione e la crescente digitalizzazione delle procedure**. Sebbene questo processo sia visto in termini positivi da una parte della popolazione (in riferimento, ad esempio, alla possibilità di ricevere le prescrizioni mediche direttamente sul fascicolo sanitario elettronico senza dover accedere all’ambulatorio del/la MMG), allo stesso tempo vengono sottolineati i limiti rappresentati dalla necessità di strumenti e competenze specifiche per poterne usufruire al meglio, elemento che potrebbe costituire una barriera nel momento in cui questi processi si sostituiscono completamente alla possibilità di accesso diretto.

Se da un lato queste considerazioni mostrano la percezione degli/le abitanti e di alcuni/e professionisti/e di una difficoltà dei servizi a rilevare e/o rispondere ai bisogni, dall’altro dall’analisi delle informazioni raccolte emerge anche che **le risorse e i servizi esistenti sono poco conosciuti dalla popolazione**. Per esempio, è stato messo in evidenza dalle interviste a residenti facenti parte di Comuni che la popolazione anziana avrebbe bisogno di servizi dedicati di prossimità. Parallelamente, non risulta che i progetti effettivamente attivi sul territorio per questa fascia di popolazione - come **“Non perdiamoci di vista”** (uscite periodiche e incontri di socializzazione per le persone anziane in condizioni di fragilità con attività come allenamento della memoria, gite di gruppo, eccetera) e **“Vacanze in città”** (attività ludiche e ricreative rivolte alle persone anziane che rimangono sole durante l’estate, che si svolgono da giugno a settembre nei centri sociali o presso altre strutture nel territorio di ogni Quartiere) - siano conosciuti da tutti/e. Non intercettando progettualità di questo tipo, abitanti e Comuni riterrebbero utile una mappatura approfondita che permetta l’implementazione di servizi dedicati di prossimità per le persone anziane che vivono sole, a loro percezione assenti:

“Non c’è la mappa degli anziani soli, non c’è non esiste... l’ho chiesta a mani giunte ma non c’è, si può benissimo fare una mappa degli anziani soli [...] fare una mappa geolocalizzata in modo che tu sai che hai un addensamento in un certo punto. [...] E queste persone tenderanno a diventare molto anziane eh. Altrimenti è inutile che parli dell’assistenza domiciliare e altre attività, tu il tuo territorio lo devi conoscere come le tue tasche.” (Intervista residente - Comune abitanti, giugno 2021)

D’altra parte, operatrici e operatori intervistate/i, in merito ai progetti sopraccitati e non solo, riferiscono che esiste una certa resistenza alla partecipazione da parte della popolazione residente nelle aree interessate dalla ricerca, dovuta secondo loro allo stigma associato all’utilizzo di questo genere di servizi:

“Si molta diffidenza, perché poi il sociale storicamente è sempre stato da sempre, considerato per i poveri, per le persone emarginate, poi chiaramente il servizio sociale si è evoluto e cambiato. Il mondo è cambiato, ma loro magari sono rimasti a 40 anni, 50 anni fa, quando il sociale era per le persone proprio messe malissimo, proprio davvero uno stigma che loro continuano...” (Intervista collettiva operatrici dei servizi, gennaio 2022)

Un’altra criticità che è stata riferita da alcune abitanti intervistate è stata la **tendenza del servizio sociale ad intervenire principalmente in situazioni emergenziali**. Un caso emblematico è quello che ci è stato raccontato di una signora anziana con un aggravamento del decadimento cognitivo che non è stata presa in carico dal servizio perché “non abbastanza grave”. In generale, è emersa in maniera ricorrente l’impossibilità del servizio sociale di intervenire in maniera proattiva e su situazioni non ancora del tutto deteriorate, oltre che la mancanza di continuità degli interventi (per esempio, nel caso delle dimissioni protette dove la presa in carico non può superare i 15 giorni, salvo in casi eccezionali).

Anche in questo caso, la situazione risulta aggravata dalla riferita resistenza della popolazione alla presa in carico da parte del servizio. In particolare, il servizio sociale è visto come “per i poveri, per le persone emarginate”, di conseguenza la presa in carico è percepita con forte stigma. Questa percezione è presente anche in relazione al servizio socio educativo, dove gli operatori riferiscono la difficoltà di intervenire per paura delle reazioni delle famiglie, perché: “il genitore poi si arrabbia e prende gli avvocati, perché qua non scherzano...”.

In relazione ai servizi che si vorrebbero implementati sul territorio, sia abitanti che MMG hanno fatto riferimento anche alla **mancanza di servizi di assistenza psicologica**, in grado di prendere in carico in maniera continuativa ed accessibile situazioni di minore gravità e che non richiedano un intervento di natura psichiatrica.

Integrazione sociosanitaria

Per quanto riguarda l’integrazione tra servizi, è emerso come elemento cruciale la **mancanza di una Casa della Salute sul territorio**. Dal punto di vista sanitario, i principali punti di riferimento sono

rappresentati da MMG, farmacie e servizi del privato convenzionato. La MMG intervistata ha fatto presente il suo desiderio di lavorare più in rete e in gruppo, sia tra colleghi/e che con altre professionalità. In generale sia gli/le abitanti, sia la MMG hanno fatto presente che vedrebbero nella presenza di una Casa della Salute di Quartiere un modo per facilitare l’interazione tra professionisti/e dello stesso ambito e tra servizio sociale e sanitario. Inoltre, a loro parere, costituirebbe la possibilità di una presenza più capillare sul territorio che ne permetterebbe una conoscenza più approfondita, oltre che facilitare l’accesso ai servizi per la popolazione.

Un altro elemento che non rende facile l’integrazione è la già citata **differente competenza territoriale**: per alcuni servizi sanitari, infatti, le persone sono prese in carico dal Quartiere San Donato-San Vitale, mentre per i bisogni sociali il riferimento è il Quartiere di residenza (Santo Stefano).

A titolo di esempio, la MMG intervistata, che ha un ambulatorio in area statistica Irnerio 2, riferisce di non avere alcun contatto diretto con il servizio sociale da quando la zona è stata annessa al Quartiere Santo Stefano. Inoltre, servizi diversi che hanno in carico pazienti seguiti a domicilio non hanno riferito di avere momenti strutturati di confronto (es. servizio infermieristico domiciliare e i nuclei di domiciliarità di ASP). Tuttavia, a detta di operatori e operatrici intervistati/e, questo non rappresenta un fattore negativo per la presa in carico.

Se da un lato la ricerca ha permesso di identificare l’esistenza di tavoli di integrazione socio-sanitaria e di Unità di Valutazione Multidimensionale comuni ai Quartieri Savena e Santo Stefano afferenti al Poliambulatorio Mazzacorati, non è stato possibile rintracciare raccordi simili con la Casa della Salute di San Donato-San Vitale e quindi relativi alle aree di Irnerio 1 e 2.

c. Dispositivi di partecipazione

Dalla ricerca svolta nei territori di riferimento, i principali dispositivi di partecipazione della cittadinanza emersi sono i **Comitati di Quartiere**, enti organizzati da persone residenti nella zona, attivi in azioni di pubblica utilità. Il loro stretto contatto con la Presidente di Quartiere e la possibilità di prendere parte al bilancio partecipativo li rende un canale privilegiato che può farsi carico di alcune delle esigenze della popolazione residente nelle strade che rappresentano. Nello specifico, per Irnerio 1 e 2 sono presenti **Free Montagnola**, le cui fondatrici hanno dato vita a una piccola realtà imprenditoriale che, attraverso iniziative di tipo aggregativo che attirano persone molto eterogenee tra loro, dalle famiglie agli studenti, ha portato a una riduzione dello spaccio nella zona del Parco della Montagnola. Gli altri tre comitati con cui abbiamo avuto modo di interagire sono: **Comitato Mascarella Vecchia**, **Comitato Nuovo Borgo Mascarella** - per le zone comprese tra via Irnerio, viale Masini, l’orto Botanico e la Montagnola - e **Comitato i Borghigiani** per Via del Borgo di San Pietro, tutti e tre attivi nella cura dei beni comuni urbani. Per quanto questi siano il principale riferimento per l’aggregazione delle persone residenti nell’area, va tenuto in considerazione che essi stessi affermano di farsi voce di una componente limitata della popolazione del territorio. Inoltre, gli strumenti di partecipazione esistenti come il bilancio partecipativo, sono ritenuti idonei per la realizzazione di operazioni di riqualificazione e pulizia delle strade volte principalmente al contrasto al degrado: ne è un esempio la fornitura di alcune fioriere esposte davanti ad alcuni esercizi commerciali. Sebbene tale episodio sia stato visto come un traguardo, alcune delle persone intervistate hanno manifestato la percezione che il cambiamento a livello strutturale - ad esempio in ottica preventiva del disagio - sia difficile da realizzare con questi mezzi.

d. Effetti della pandemia

L’aver svolto il lavoro di campo da maggio 2021 a gennaio 2022 ci ha portato a intercettare sul territorio e nel lavoro di servizi e associazioni una serie di cambiamenti e problematiche legati alla pandemia di Covid19.

Da un lato, la situazione pandemica ha **rallentato le possibilità e gli sforzi del Quartiere e delle associazioni di approfondire la conoscenza dei bisogni del territorio**, particolarmente rilevante per le aree di più recente annessione come Imerio 1 e 2. Per esempio, il Centro Sociale “Il Pallone” è stato assegnato ad un’associazione nell’ottobre 2020 ma ha dovuto affrontare diversi ostacoli nel poter avviare attività che coinvolgessero la popolazione. Questo rallentamento si è verificato in relazione anche a diverse progettualità del Servizio Sociale Territoriale e dell’Ufficio Reti di presenza sul territorio e lavoro di comunità.

D’altro canto, la situazione pandemica ha portato all’**emersione di situazioni di fragilità**, ma anche all’**attivazione di nuove sinergie tra istituzioni, servizi e territori**. Ad esempio, nella già menzionata difficoltà delle famiglie nel reperimento di strumenti necessari per la DAD, l’Istituto Comprensivo della zona si è trovato a contattare i comitati del territorio per cercare di reperire i dispositivi da fornire agli studenti e alle studentesse.

Come conseguenza della DAD e del periodo pandemico, è stato riferito anche un **aumento delle difficoltà linguistiche di alcuni studenti e studentesse**, oltre che un aumento e aggravamento delle situazioni di ritiro sociale.

Il tema della **solitudine**, già caratterizzante il Quartiere a causa della numerosità di persone anziane che vivono sole, è emerso come una delle più gravi conseguenze della pandemia. In relazione alla presenza di persone con bisogni assistenziali come persone anziane e/o con disabilità, è stato sottolineato un aumento del carico di coloro che se ne fanno carico (*caregiver*), anche a causa della cresciuta preoccupazione nell’affidarsi persone esterne al nucleo familiare.

A livello sociale, come conseguenza delle norme di contenimento del contagio che limitavano fortemente l’aggregazione, sono aumentati i momenti di socialità informale nelle vie residenziali, in cui si è conseguentemente acuita la percezione di insicurezza e degrado da parte degli/le abitanti, non necessariamente correlata a un rischio reale quanto più alla convivenza quotidiana con situazioni di complessità.

Dal punto di vista strettamente sanitario, è stato critico l’**aumento del carico sui/le MMG**, anche a causa delle procedure burocratiche dovute al Covid. Alla burocratizzazione si è accompagnata una forte spinta alla digitalizzazione che è stata percepita in molti casi in modo positivo, sebbene evidenziando il rischio di effetto barriera e aumento delle disuguaglianze se non si forniscono gli strumenti adeguati a tutta la popolazione.

Un altro tema critico è rappresentato dall’aumento delle liste d’attesa e dall’aggravamento di alcune situazioni cliniche sia croniche che acute per mancanza di controlli e ritardi diagnostici (in particolare, è stato fatto riferimento alle patologie oncologiche).

6. Conclusioni

Il territorio del Quartiere Santo Stefano è molto diversificato dal punto di vista delle realtà abitative presenti e delle persone che lo frequentano. Per quanto riguarda le aree statistiche prese in analisi, una delle principali caratteristiche è l’**eterogeneità nelle condizioni socioeconomiche** della popolazione residente. Nonostante infatti il Quartiere, nella media cittadina, presenti gli indicatori socioeconomici più performativi, sono state segnalate relativamente a quelle aree situazioni di fragilità che, seppur apparentemente isolate, hanno portato le interlocutrici dei servizi a un ragionamento autoriflessivo sulla capacità del servizio di leggere e intercettare il bisogno.

Il focus sul **sistema dei servizi** che la ricerca ha adottato ha fatto emergere le caratteristiche delle relazioni tra di essi e rispetto alle realtà del territorio, permettendo di evidenziare alcune criticità così come alcuni punti di forza relativamente alla capacità di generare sinergie e modalità integrate di lavoro.

In questo senso, è stata riconosciuta trasversalmente l'importanza di lavorare per un maggiore raccordo tra i servizi e per una maggiore prossimità al territorio e alle persone che lo abitano.

Il tema della **prossimità** è stato sollevato più volte anche dalle persone residenti intervistate, comprese quelle appartenenti ai Comitati cittadini delle due aree statistiche. Secondo le esperienze raccolte, l'abitare in queste due aree, non più parte del Quartiere San Vitale e allo stesso tempo ancora poco conosciute al Quartiere Santo Stefano, né centro né periferia, e relativamente meno ricche di servizi pubblici rispetto ad altre parti del Quartiere e della città (citate, in particolare, la relativa lontananza della sede del Quartiere e l'assenza di una Casa della Salute), genera un senso di non appartenenza e di lontananza dalle istituzioni. Specularmente, complici la recente annessione della zona e le complessità messe in campo dalla pandemia, si percepisce una minore conoscenza delle caratteristiche e dei bisogni della popolazione da parte dei servizi.

Tali premesse forniscono spunti per immaginare il **valore di un rilancio del ruolo del servizio pubblico**, anche e soprattutto con una particolare attenzione alle aree più fragili e alle fasce più socialmente marginalizzate della popolazione, a partire da un **rafforzamento della relazione con il territorio e con i/le residenti**.

Come la letteratura e la ricerca stessa, in queste aree e non solo, hanno evidenziato, le reti ed il capitale sociale svolgono un ruolo fortemente protettivo in termini di salute. Le aree di Imerio 1 e 2, caratterizzate dall'attiva presenza di Comitati di cittadini/e, manifestano delle potenzialità per un interessante lavoro di supporto alla partecipazione e ulteriore valorizzazione del ruolo dell'associazionismo, come già sta avvenendo grazie all'operato dell'Ufficio Reti. In particolare, potrebbe risultare di grande valore il rafforzamento delle reti tra servizi e territorio non solo in termini di erogazione, ma anche di **rilevazione dei bisogni** e di sviluppo di comunità.

In questo senso, anche in ottica di buone pratiche già implementate in altri quartieri, l'introduzione di un **tavolo di promozione della salute** potrebbe essere interessante per favorire una maggiore articolazione del dialogo tra i servizi, compresi quelli sanitari del Quartiere San Donato-San Vitale che si occupano delle aree Imerio 1 e 2, e un coinvolgimento più ampio, diversificato e rappresentativo della popolazione residente nei processi che determinano la loro salute. Sensibilizzare ulteriormente sugli strumenti a disposizione (i patti di collaborazione e l'assegnazione degli spazi ne sono già un esempio) potrebbe contribuire a rafforzare i dispositivi di partecipazione influenzando positivamente sul senso di appartenenza e, di conseguenza, sul benessere della popolazione.