SCUOLA DOTTORALE "CULTURE E TRASFORMAZIONI DELLA CITTÀ E DEL TERRITORIO"
DOTTORATO DI RICERCA IN POLITICHE TERRITORIALI E PROGETTO LOCALE

XXV
CICLO DEL CORSO DI DOTTORATO

"CARE & THE CITY. LE DIMENSIONI TERRITORIALI DELLA CURA"

Titolo della tesi

VIVIANA ANDRIOLA
Nome e Cognome del dottorando firma

PROF. A.L. PALAZZO
Docente Guida/Tutor: Prof. firma

PROF. M. CREMASCHI
Coordinatore: Prof. firma

Viviana Andriola

Care and the city

Le dimensioni territoriali della cura

Ciclo XXV
Dottorato in Politiche Territoriali e Progetto Locale
Facoltà di Architettura
Università Roma Tre
Coordinatore Prof. Marco Cremaschi
Tutor Prof. Anna Laura Palazzo

Indice

1. INTRODUZIONE 4

1.1. Il tema della cura: da fatto privato a emersione nel discorso pubblico 5

1.2. Tesi, obiettivi e domande della ricerca 6

1.3. Premesse sul termine "cura": significati e confini 7

1.4. Motivi di interesse del tema della cura rispetto agli studi urbani 10

1.5. Struttura della ricerca: composizione per parti e disegno generale 11

1.6. Quali contributi della ricerca? Articolare "territorialmente" la *cura* 12

1.7. Per concludere: note per la lettura 13

2. TEMA DELLA CURA, UNA *LITERATURE REVIEW* 17

2.1. La cura e politiche sociali: "care arrangements", sistemi di welfare e sfide per il futuro 18

Il posto della cura nelle politiche sociali 18
Sul concetto di "lavoro di cura" 19
"Who cares for ?": regimi di welfare e modelli di famiglie 20
La situazione italiana: tra passato e futuro 24
Per una riconcettualizzazione della cura 27

2.2. Planning & Caring 29

2.2.1. Spazi istituzionali della cura: standard urbanistici e spazi dei servizi 29
L'esperienza degli standard urbanistici 30
Gli standard urbanistici oggi 36
2.2.2. I tempi: politiche temporali urbane 39
Cenni storici sulle politiche dei tempi in Italia 39
Alcune esperienze italiane 43
Elementi di riflessione 45
2.2.3. La città come dispositivo: spazi comuni, quotidiani, prossimi 46

3. DECOSTRUIRE LA CURA, IL CONTESTO ITALIANO 48

3.1. Soggetti 52

3.1.1. *Graying cities:* politiche urbane per gli anziani 54
Cenni demografici 54
Approcci al tema 56
L'esperienza di Udine, il progetto "Città Sane" e il *focus* sull'Ageing 61
Prime riflessioni 66
Ageing in the city: alcune sperimentazioni progettuali 67
3.1.2. *Città bambine* 72
Cenni demografici 73
Fano e l'esperienza della Città dei Bambini 76
E la cura? 79
Alcune sperimentazioni progettuali 80

3.2. Spazi 83
Gli spazi che si "prendono cura": il Piano dei Servizi di Dalmine 84
La struttura del Piano 86
Quale spazio per la cura? 89

3.3. Tempi 90
"Per una città della cura", il Piano Territoriale degli Orari di Bergamo 91
Le origini del PTO e la sua matrice di genere 91
Il PTO, il Documento Direttore 94
I tempi della cura, alcune riflessioni 100

4. CONCLUSIONI: PER UNA CITTÀ CON *CURA* 103

APPENDICE 107

BIBLIOGRAFIA 129

ELENCO ABBREVIAZIONI

ISTAT: Istituto nazionale di Statistica
UE: Unione Europea
NA: Non autosufficienti
PIL: Prodotto Interno Lordo
WS : Welfare State
MB: Male breadwinner
D.M: Decreto Ministeriale
C.M.: Circolare Ministeriale
PEEP. Piano di edilizia economica e popolare
PTO Piano Territoriale degli Orari
D. Lgs. Decreto legislativo
PS: politiche sociali
FNPS: fondo nazionale politiche sociali
WHO: World Health Organization

Le ripartizioni geografiche costituiscono suddivisione geografica del territorio italiano e nelle tavole sono state così articolate:
Nord-ovest: Piemonte, Valle d'Aosta/Vallée d'Aoste, Lombardia, Liguria;
Nord-est: Trentino-Alto Adige, Veneto, Friuli-Venezia Giulia, Emilia-Romagna;
Centro: Toscana, Umbria, Marche, Lazio;
Sud: Campania, Abruzzo, Molise, Puglia, Basilicata, Calabria.
Isole: Sicilia, Sardegna.

1. Introduzione

La "cura", nell'accezione del "prendersi cura di", è un concetto che si fa spazio sempre più frequentemente nel linguaggio comune: ci si riferisce a quell'insieme di azioni svolte tutti i giorni, azioni minute, spesso quasi sfuggevoli perché come implicite, che rivolgiamo a persone a noi prossime. Accompagnare i propri figli a scuola, riprenderli all'uscita e portarli a fare sport, assistere un genitore anziano nelle sue commissioni quotidiane, passare il proprio tempo libero con loro in un parco pubblico, …; queste sono solo alcune delle azioni che rientrano nella sfera della "prendersi cura" e che riguardano, o riguarderanno nel prossimo futuro, sempre più urgentemente ognuno una parte sempre più ampia della popolazione.

Infatti, fenomeni demografici sempre più importanti, il crescente invecchiamento della popolazione e la riduzione del tasso di fertilità sopra tutti, oltre ad un contesto sociale, economico e politico che svicola, oggi come in passato, dall'occuparsi effettivamente di tale questione, rendono molto attuale tutto questo insieme di tematiche che vedono il "prendersi cura di" assumere le forme di una vera e propria domanda sociale, spesso insoddisfatta.

Il mio interesse per questi temi, che possono apparire distanti dalla pianificazione urbanistica, nasce da una rimozione del contesto territoriale dalla loro problematizzazione, contesto che appare quasi come uno sfondo inerte sul quale queste azioni di cura sembrano svolgersi, privando invece lo spazio urbano del suo importante ruolo, non solo di supporto, ma anche di dispositivo in grado di facilitare o, più spesso, di rendere difficoltoso lo svolgersi di queste azioni, per natura *routinarie* e quotidiane. Il ritornello che si sente frequentemente riguarda infatti il malcontento provato proprio dagli abitanti delle città, riferendosi soprattutto alla loro difficile esperienza di mobilità al suo interno, alla scarsità di spazi verdi curati, alla poca pulizia delle strade, all'inefficienza dei servizi pubblici, alla diffusa percezione di poca sicurezza che le pervade; tali giudizi, spesso condivisibili seppur approssimativi, rivelano una difficile esperienza comune nel vivere la città, che rende farraginoso lo svolgersi di quelle catene di azioni quotidiane che compongono la vita dei suoi abitanti, giustificando talvolta una fuga verso desiderabili paradisi suburbani.

(Le nuove domande di benessere della città contemporanea) riguardano le "patologie" e i nuovi fenomeni di insalubrità che minano la salute degli abitanti urbani, come le molteplici forme di inquinamento, ma anche un ampio spettro di situazioni di difficoltà e di malessere, piccole e grandi,

che contrassegnano oggi la vita quotidiana delle persone nello spazio urbano: dalla crescita della vulnerabilità sociale e del disagio psichico, alla percezione di insicurezza diffusa, dal senso di abbandono nelle periferie, alle diverse forme di disagio ed esclusione abitativa, dalla difficoltà della convivenza negli spazi pubblici, alla riduzione degli "spazi" di aggregazione prossimità, dall'ostilità o inagibilità degli spazi per le categorie più fragili (i disabili, gli anziani, i bambini, ecc.) alla loro rigidità e povertà espressiva, dalle difficoltà di movimento, alla ridotta capacità di accogliere. (Bellaviti, 2008)

È questa la curiosità che ho tentato di colmare durante il mio lavoro di ricerca all'interno del dottorato: comprendere in che modo la città influenzi lo svolgersi di queste azioni che raccogliamo sotto l'ombrello della "cura" e in che modo chi si occupa di città ha trattato questo ampio tema. La ricerca ha attraversato discipline differenti ed approcci al tema spesso distanti tra loro; uno sguardo critico su tematiche e materiali di ricerca spesso diversi mi ha consentito di redigere questa tesi che ha come caratterisitca principale quella di tenere insieme un oggetto di ricerca dai contorni che appaiono evanescenti, compiendo incursioni in temi in grado di restituire una panoramica tanto più completa ed esaustiva riguardo al tema della cura in ambito urbano.

1.1. Il tema della cura: da fatto privato a emersione nel discorso pubblico

I cambiamenti demografici, economici e sociali avvenuti nelle società occidentali contemporanee e divenuti maggiormente evidenti negli ultimi decenni, hanno permesso l'emersione nel discorso pubblico di una sfera di azioni che prima vedeva nell'ambito domestico e nell'intimità dei legami familiari ed amicali il suo regno.

Prendersi cura di una persona appartenente alle proprie cerchie familiari ed amicali assumeva i tratti di una questione strettamente privata e da svolgersi all'interno dei propri spazi privati domestici: la cura dei bambini o degli anziani veniva svolta prevalentemente dalle donne appartenenti ad un nucleo familiare spesso ramificato ed esteso, in grado di collaborare nello svolgimento di queste azioni. Oltre ad una struttura familiare capace di sopperire alle lacune dei singoli individui, anche il basso tasso di occupazione femminile consentiva un'internalizzazione di quello che poi è stato definito "lavoro di cura" nell'ambito delle cerchie più strette di relazioni.

Tale contesto inizia a subire dei cambiamenti quando la partecipazione femminile al mercato del lavoro inizia ad assumere valori sempre più consistenti, e si assiste ad una trasformazione delle caratteristiche delle famiglie, che diminuiscono sempre più nelle loro dimensioni, mentre ne aumenta il loro numero: si passa infatti dalla famiglia allargata, in cui spesso vivevano in coabitazione diverse generazioni di familiari, alla famiglia nucleare, in cui si viene a ridursi anche il numero di figli.

Queste trasformazioni, oltre ad una nuova consapevolezza del ruolo femminile, hanno fatto si che le azioni di cura non potessero più essere svolte come nel recente passato esclusivamente in ambito privato, bensì richiedevano un supporto pubblico, che nel tempo assunse le forme di una vera e propria domanda sociale di "cura". La risposta

che fu data dal soggetto pubblico a tale domanda fu altamente standardizzata e prese la forma di alcuni oggetti fisici ben definiti, dislocati sul territorio in base alle caratteristiche del suo tessuto urbano e delle funzioni che ospitava.

Ad oggi, l'acuirsi di tali dinamiche demografiche, sociali ed economiche pone al decisore pubblico altre questioni, riguardanti soprattutto il ridisegno delle tipologie di risposte da fornire ad una maggiormente diversificata domanda sociale: al bisogno A non corrisponde più la fornitura di un servizio B localizzato in un luogo C, bensì il bisogno A, composto da *n* sfaccettature A_n, richiede un complesso di interventi che spesso non richiedono una "sede C", ma la fornitura di un mosaico di servizi B_n che pongono in primo piano il cittadino.

Inoltre, questo nuovo contesto così brevemente delineato porta all'attenzione pubblica non solo problematiche socio-assistenziali, che richiedono una rete di servizi in grado di istituzionalizzare la cura, ma anche di un tessuto urbano in grado di accogliere e rispondere ad una domanda di maggiore fruibilità da parte dei suoi abitanti.

Si può quindi affermare che i temi relativi alla sfera della cura siano usciti dal cono d'ombra che li relegava nella dimensione del privato per emergere invece come questioni di interesse pubblico; per queste ragioni vale la pena soffermarsi a riflettere anche all'interno di un settore disciplinare, quale quello della pianificazione urbana, che appare come molto distante da questo ordine di argomenti

1.2. Tesi, obiettivi e domande della ricerca

La ricerca condotta nell'ambito del corso di Dottorato di Ricerca in Politiche Urbane e Progetto Locale si è occupata di indagare quali sono le dimensioni territoriali della cura, ovvero quelle componenti spaziali che spesso vengono poste in secondo piano da letture che, riguardo a questo tema, ne privilegiano invece le dimensioni sociali, economiche e culturali. La tesi sostenuta, rispetto a questo ambito di interesse, è infatti quella secondo la quale una diversa concettualizzazione di tale tema consentirebbe una trattazione ,maggiormente attinente e contestualizzata delle problematiche che riguardano le questioni della cura.

L'interesse per questo composito ambito di studi è nato da alcune riflessioni maturate durante questi anni di ricerche all'interno del Dottorato, riguardo alla relazione tra dotazione di servizi pubblici di un territorio e la sua vivibilità, soffermandomi in particolare sulle trasformazioni intervenute riguardo l'istituto degli standard urbanistici e alla loro attualità nel contesto contemporaneo . Successivamente, questo interesse mi ha portata ad indagare quali fossero i soggetti maggiormente coinvolti nella fruizione dei servizi pubblici, spostando così il focus della ricerca su quell'ambito di studi della pianificazione di genere; approfondendo il tema ho elaborato l'opinione che uno sguardo di genere sui temi della pianificazione fosse fortemente limitante rispetto a una visione più ampia rispetto alla vivibilità delle città. L'insieme di queste riflessioni maturate nel tempo mi ha condotta a centrare il focus della mia ricerca sulla "cura", centrale rispetto all'insieme di temi di cui mi ero occupata fino a quel momento: questa ricalibratura del focus mi ha permesso infatti di rileggere i temi affrontati

attraverso una nuova lente in grado di metterli a sistema.

Infatti, il focus sulla cura ha permesso alla ricerca di assumere un punto di vista originale su temi ormai consolidati nella ricerca urbanistica, portando al centro del discorso il territorio, con il suo fondamentale ruolo che riveste nel rendere più semplici ed agevoli l'insieme delle azioni che si svolgono in ambito urbano, tra cui le diverse tipologie di azioni che rientrano nella sfera delle pratiche di cura.

L'obiettivo quindi della ricerca è indagare le dimensioni territoriali della cura, sostenendo la tesi che una diversa tematizzazione di alcune questioni che ad oggi, ad esempio, vengo trattate nell'ambito della sfera delle politiche urbane volte a rendere più sicuri gli spazi pubblici della città, spesso in una logica sicuritaria, centrando queste invece sulle questioni sulla cura, possano incidere in modo diverso sull'*abitabilità* dei contesti urbani, tenendo insieme le dimensioni spaziali di una tematica trattata come fortemente avulsa dal suo contesto territoriale.

Le domande cui la ricerca vuole rispondere sono quindi: quale il contesto disciplinare in cui si muove questo tema? In che modo la pianificazione del territorio, in Italia, si occupa, o non si occupa, intenzionalmente, o meno, della cura? Con quali strumenti? Che soggetti intercetta? Quali le criticità emerse? Come è possibile migliorare l'intervento sulla città, tenendo a mente tali questioni del *care*?

1.3. Premesse sul termine "cura": significati e confini

Il termine "cura", che ho ampiamente usato nei paragrafi precedenti, si presta a facili fraintendimenti per il significato cui si fa comunemente riferimento nell'uso corrente della lingua italiana. Appare quindi necessario un approfondimento riguardante i significati dei termini maggiormente usati nel corso della ricerca.

Infatti, in italiano al termine "cura " si fa corrispondere, come significato più comune, l'insieme dei mezzi terapeutici coadiuvanti il passaggio dalla malattia alla salute (Galimberti, 1999, cit. in Costa, 2007). All'interno di questa ricerca viene invece utilizzato per dar conto del complesso di pratiche informali di accudimento, accompagnamento e assistenza, distinte dalla cura come categoria della guarigione (Costa, 2007).

Andando a verificare quali significati siano corrisposti per il termine "cura" nel Vocabolario della Lingua Italiana Devoto-Oli (2012) si vede che l'accezione medica è solo seconda a quella cui si fa riferimento nella ricerca (si sono omesse le indicazioni grammaticali e le locuzioni esemplificative, *ndr*).

Cura s.f.

1 Impegno assiduo e diligente nel perseguire un proposito o nel praticare un'attività, nel provvedere a qualcuno o qualcosa; premura. Riguardo, attenzione. Accuratezza, diligenza, zelo. L'oggetto delle proprie attenzioni premurose o del proprio impegno (…). L'attività per la quale si è direttamente impegnati (…).

2 Il complesso di mezzi terapeutici e delle prescrizioni mediche relative a determinate malattie o stati morbosi generali; terapia. Uso continuato di un farmaco o di un mezzo terapeutico. L'opera prestata dal medico a un ammalato.

3 Cura d'anime, il ministero del parroco; onde, anche l'insieme di fedeli affidati al parroco oppure la casa parrocchiale con la chiesa.

4 lett. Pensiero molesto o tormentoso, affanno, angoscia.

Il primo lemma di significati riguarda la sfera di senso relativa al *prendersi cura* come *occuparsi di qualcuno o qualcosa*, sebbene sia la *cotée* medica a sovrastare nel linguaggio comune gli altri significati.

Nell'accezione che qui si userà principalmente, il termine inglese *care* (da cui derivano i termini *caregiver*, *carer, caregiving*) rispecchia appieno la sfera di significati che qui si intende mettere al lavoro, distinta invece dal termine *cure*, che possiede un'accezione maggiormente medico-sanitaria. Di seguito si riportano quindi le voci del Longman Dictionary of Contemporary English (2006), omettendone le indicazioni grammaticali, le relative locuzioni ed i lemmi fuori di significato.

Care

Noun. The process of looking after someone, especially because they are ill, old, or very young .

The process of doing things to keep something in good condition and working correctly.

(literary) Something that causes problems and make you anxious or sad.

Verb. to think that something is important, so you are interested in it, worried about it etc.

To be concerned about what happens to someone, because you like or love them.

Cure

Noun. 1 a medicine or medical treatment that makes an illness go away

Something that solves a problem, or improves a bad situation.

The act of making someone well again after an illness

Verb. To make an illness or medical condition go away.

To make someone well again after they have been ill.

To solve a problem, or improve a bad situation .

Importante anche riportare le voci di significato corrispondenti ai termini derivati, tratti dal Collins English Dictionary (2003).

Carer

Noun, (Social welfare) A person who has accepted responsibility for looking after a vulnerable neighbor or relative. See also caretaker. Usual US term: Caregiver.

Caretaker

Noun. A person who is in charge of a place or thing, especially in the owner's absence.

(Social welfare) A person who takes care of a vulnerable person, often a close relative.

Queste premesse riguardanti i significati letterali dei termini che maggiormente saranno poi usati nel corso della ricerca sono fondamentali per porre delle basi comuni per la comprensione dell'intero lavoro, onde evitare pericolosi scivolamenti di senso.

Appare inoltre interessante portare brevemente l'attenzione su alcuni tra i tanti derivati dalla parola *cura*, poiché la loro etimologia arricchisce di significato l'intero lavoro di ricerca svolto attorno a questa parola.

Primo fra tutti, anche per l'importanza che riveste nell'ambito degli studi urbani, è il sostantivo *sicurezza*, posseduta da chi è *sed* (senza) e *cura* (preoccupazione): questo termine spesso è stato proclamato come obiettivo in molte recenti politiche urbane volte alla riprogettazione di spazi comuni. L'alterazione del suo significato originario ha dato luogo a politiche definite con un neologismo *securitarie*, ovvero che puntano a realizzare luoghi sicuri in quanto sorvegliati, recintati, preclusi alla frequentazione da parte di alcune categorie di cittadini considerate marginali. Infatti, nell'Enciclopedia De Agostini (2012) si legge:

Securitario. Questo aggettivo deriva dal nome "securità o sicurtà" (dal latino securitas) che significa sicurezza. Securitario dunque vuol dire "relativo alla sicurezza" e viene usato per identificare il concetto di emanare decreti e ordinanze restrittivi della libertà sociale e civile degli individui, siano questi aggregati tra loro o singoli. Facendosi scudo con la necessità di garantire la sicurezza sul territorio, sindaci e prefetti promulgano provvedimenti securitari, che si oppongono al diritto di libera circolazione e aggregazione negli spazi pubblici per un certo numero di soggetti e dopo una certa ora del giorno.

Questa precisazione relativa alla coppia *sicuro/securitario* rimanda a una discussione riguardante la natura delle misure prese dagli amministratori locali mirate a rendere maggiormente sicure le città contemporanee, discussione che vede, tra le diverse modalità operative, due *modus operandi* contrapposti: norme e ordinanze volte a limitare la frequentazione degli spazi pubblici *vs* politiche urbane di più ampio respiro che puntano invece ad una diversa gestione, progettazione e cura degli spazi pubblici.

Occorre poi porre un'ultima premessa relativa ai confini in cui racchiudere la sfera di azioni che rientrano sotto l'ombrello della cura: infatti, le attività che possono essere considerate come "di cura" sono difficilmente catalogabili entro un set specifico di azioni, declinate in un determinato modo e svolte entro determinati cornici temporali e spaziali. Questa indeterminatezza deriva soprattutto dal fatto che le azioni di cura siano legate a filo doppio a rapporti di tipo familiare o amicale, rapporti in cui la componente affettiva prevarica rispetto a quella della razionale tassonomia delle azioni.

La vaghezza dei confini entro cui catalogare le azioni di cura rende ancor più interessante studiare questo tema, sottoponendolo talvolta a necessarie forzature al fine di poterlo trattare più agevolmente.

1.4. Motivi di interesse del tema della cura rispetto agli studi urbani

Mentre appaiono evidenti le ragioni secondo le quali sia di assoluta urgenza trattare la sfera della cura nell'ambito delle sue conseguenze sociali, soprattutto per quanto riguarda il rischio correlato di maggiore vulnerabilità sociale non solo di chi riceve "cura", ma anche dei *caregivers* (Costa, 2007), occorre qui esplicitare i motivi di interesse che questo tema suscita nell'ambito degli studi urbani, rispetto al contesto italiano, secondo il punto di vista sopra enunciato.

In primo luogo il raggiungimento di una condizione di benessere e la definizione di una buona vivibilità in ambito urbano, spesso sono ostacolate dalla difficoltà di svolgere agevolmente azioni di vario tipo, frequentemente legate all'ambito della cura di persone vicine: accompagnare qualcuno o recarsi nei vari servizi pubblici dislocati su territorio più o meno ampio, trascorrere del tempo libero negli spazi aperti, attendere, …. Si fa qui riferimento alle diffuse condizioni di scarso *confort* dell'ambiente urbano da riferirsi non solo alla dotazione e localizzazione dei servizi pubblici, ma anche alla qualità degli spazi aperti ordinari, al loro stato manutentivo, alle loro caratteristiche fisiche (Tosi, 2009) e alla loro accessibilità (Borlini, Memo, 2009). Tali condizioni di contesto rimandano infatti ad una duplice domanda di maggiori cure ed attenzioni, da rivolgere ai soggetti e ai luoghi, volta a raggiungere una situazione di benessere non solo individuale ma anche collettivo (Tosi, 2011).

In secondo luogo l'emergere, nell'ultimo ventennio, di nuove dinamiche demografiche e sociali (invecchiamento popolazione, diminuzione fertilità, aumento numero famiglie e riduzione nel numero dei componenti e delle generazioni diverse che vivono in coabitazione,…; crescente partecipazione delle donne al mondo del lavoro; aumento del numero degli immigrati, …) pone all'attenzione degli studi urbani nuove domande e bisogni che hanno a che fare con il cambiamento delle popolazioni che abitano o risiedono in città, cambiandone i paradigmi di trattamento dei bisogni (Istat, 2011; Ferrera, 2007; Pasqui, 2008; Tosi, 1994).

In terzo luogo, appare evidente come il cambiamento del ruolo del *welfare state* abbia attribuito ancora più competenze in capo alle famiglie, soprattutto nei paesi di area mediterranea come l'Italia, delegando a queste sempre più i compiti di cura (Saraceno & Naldini, 2007) e conferendo loro un ruolo di primo rilievo, in grado di sopperire a pieno titolo alle ampie lacune lasciate dal settore pubblico, con pesanti effetti, ormai cronicizzati, sulle possibilità e opportunità lavorative della popolazione femminile, in quanto storicamente deputata al ruolo di *primary caregiver* (Istat, 2009); e, dove non arriva la famiglia, per effetto di questa trasformazione neoliberista dell'intervento sociale, interviene il mercato con la diffusione di figure come le "badanti", che mettono in campo la questione del *care drain* dai paesi economicamente svantaggiati (Da Roit, 2007). Queste maggiori competenze a carico degli individui e delle famiglie riguardano da vicino anche la pianificazione del territorio, per la pluralizzazione di azioni e comportamenti che depositano tracce sempre più minute e singolari nei contesti urbani.

Infine, in un contesto di urgente (e cronica) riduzione della spesa pubblica, anche per quanto riguarda la sfera delle politiche socio-sanitarie, è importante ragionare attorno ai temi della cura anche in un'ottica di prevenzione: si vedano ad esempio le politiche promosse dall'UE per favorire l'"active ageing", e gli studi e ricerche che testimoniano l'importanza di condurre uno stile di vita "attivo" al fine di ridurre l'insorgenza di alcuni tipi di patologie, confermando l'importante ruolo assunto dai "walkable spaces".

1.5. Struttura della ricerca: composizione per parti e disegno generale

La ricerca è articolata in quattro fasi successive.

La prima parte della ricerca, questa introduttiva, assume la funzione di uno spazio utile per introdurre il tema della cura e motivare la sua scelta ed importanza nell'ambito degli studi urbani, specificando qual è la tesi della ricerca, quali gli obiettivi perseguiti e quali le domande cui intende rispondere, oltre ad un doveroso approfondimento riguardo il significato del termine "cura".

Nella seconda parte della ricerca, attraverso la revisione di una letteratura proveniente da diversi settori disciplinari, si ricostruirà l'ampia costellazione di temi che vengono messi a lavoro quando si parla di "cura"; sebbene la trattazione di questo argomento sia fortemente legata alla sfera delle scienze sociali, per la sua genesi, sono stati individuati anche gli approcci attraverso i quali la pianificazione del territorio ha indagato le questioni attinenti alla cura, relativamente agli spazi istituzionali dedicati ad assolvere questa funzione e le politiche urbane per i tempi. Questo capitolo consente di fornire un inquadramento più ampio possibile al tema scelto, facendo riferimento ad una letteratura internazionale nella ricostruzione multidisciplinare della "cura", mentre si è rivolta ad una letteratura prettamente italiana, proprio per la specificità del contesto, nella costruzione dei riferimenti rispetto alla pianificazione del territorio.

Nella terza parte verranno articolate criticamente le diverse componenti che compongono la sfera tematica della cura, utile al fine di scorporarne gli elementi compositivi per comprendere di cosa si parla quando si parla di cura nel contesto contemporaneo italiano; inoltre, il capitolo si è occupato di comprendere in che modo la pianificazione del territorio e gli studi urbani hanno interagito con il tema della cura. Si sono infatti identificate tre campi d'indagine, *soggetti*, *luoghi* e *tempi*: nei paragrafi relativi ai *soggetti* si tratteggeranno le principali caratteristiche a livello macro di due categorie, anziani e bambini, analizzando alcune politiche urbane che li riguardano, nell'ambito di iniziative come le *children friendly* e *elderly friendly cities*; lo scopo del paragrafo relativo ai *luoghi* sarà quello di approfondire la natura spaziale della cura, che prende posto in città mediante gli spazi ad essa dedicati, mediante l'analisi di un Piano dei Servizi; nell'ultimo paragrafo si tratterà della questione dei *tempi* nella loro molteplice dimensione della quotidianità, della composizione dei

tempi di lavoro e di cura e nelle trasformazioni avvenute all'interno dei tempi di vita.

Nella quarta ed ultima parte, quella conclusiva, si delineeranno gli esiti della ricerca ed alcune considerazioni finali rispetto a tre ordini di temi: il primo riguarda la necessità di assumere uno sguardo ampio rispetto ai temi considerati sotto l'ombrello della "cura"; il secondo riguarda il ruolo centrale assunto dalla dimensione spaziale nella sua trattazione; il terzo riguarda l'opportunità di liberare dall'accezione di genere il termine "cura".

Il lavoro di ricerca qui brevemente tratteggiato assume dunque un carattere prevalentemente esplorativo: data la complessità e l'articolazione dei temi trattati, sembra opportuno chiarire al lettore che alcuni passaggi esprimono più il tentativo di approfondire delle relazioni considerate centrali, piuttosto che trovare una tematizzazione ed una forma esauriente e sistematica. Si tratta però di una scelta consapevole, dato che la finalità del lavoro è anche quella di istruire un'agenda di ricerca aperta a successive esplorazioni. Inoltre, la scelta di esplorare il tema della cura in diversi contesti e ambiti disciplinari comporta necessariamente delle esplorazioni e selezioni bibliografiche che portano con sé diversi rischi per una ricerca. Introducendomi nel tema ho dovuto di necessità incontrare e includere nel mio percorso bibliografico testi apparentemente lontani dall'ambito disciplinare che ero abituata a frequentare. Questa osservazione vale sia per la compresenza, in questo lavoro, di temi di approfondimento tra loro diversi, sia per la difformità "qualitativa" dei materiali a partire dai quali approfondire la riflessione.

1.6. Quali contributi della ricerca? Articolare "territorialmente" la *cura*

Ad un primo livello questa ricerca vorrebbe contribuire alla riflessione sui temi della cura, ampliando lo sguardo su tale questione dando un maggior rilievo ed importanza alla sua dimensione territoriale e spaziale: in quali luoghi urbani si svolge, quale il ruolo di questi spazi, che importanza assumono le loro caratteristiche, oltre al loro "intorno". Infatti, una sua considerazione prettamente incentrata sul versante delle politiche sociali, per quanto rilevante, rischia di limitare l'interesse di alcune riflessioni, rimanendo del tutto avulse dal contesto territoriale cui fanno riferimento.

Ad un secondo livello vorrebbe portare un diverso punto di vista riguardo alla prospettiva di genere nell'ambito della pianificazione: attribuendo a priori le competenze di cura alle donne, le diverse scelte operate nell'ambito della cosiddetta "pianificazione di genere" vanno ad operare proprio sugli spazi quotidiani della cura, inficiando dalle basi le finalità egualitarie di cui sono promotrici.

In tal modo si contribuisce alla correzione del quadro concettuale sul quale sono basate le politiche che si occupano della cura in ambito urbano: infatti, allargare lo sguardo verso le componenti materiali su cui si svolgono le azioni di cura, i fattori urbani da cui vengono influenzate, allontanarsi da una tematizzazione spesso

welfarista per giungere ad una visione che contempli le diverse sfumature "prendersi cura di".

1.7. Per concludere: note per la lettura

La nascita della tesi risponde ad una mia curiosità verso questo tema, quello della cura, così labile eppure così connesso con i temi di cui si occupano la pianificazione e gli studi urbani. Tale curiosità nasce dal fatto che le numerose letture che ho intrapreso rispetto a questo tema, presentano, raramente, minime aperture rispetto allo spazio ed al ruolo che esso assume nel supportare alcune pratiche di cura. La stessa labilità dei confini del termine ha portato ad un composizione della tesi che necessariamente è stata selettiva nel suo procedere, e cha ha dovuto scontrarsi con alcune difficoltà, inevitabili e comuni, nel suo sviluppo. Anche la stesura ha sofferto di questi contorni sfumati in quanto spesso la volontà di trovare le "dimensioni territoriali della cura " andava a scontrarsi con la difficoltà nel dover spogliare alcuni documenti dalle vesti della retoriche per poter comprendere, o avvicinarsi, in quali modi questo tema veniva declinato nei diversi contesti.

Nonostante i limiti posseduti da questa ricerca, comuni alla natura stessa della ricerca in quanto tale, ritengo che questo lavoro possa essere utile e fertile in quanto presenta uno sguardo diverso su alcuni strumenti e temi, letti nel tempo attraverso le solite lenti. Anche le conclusioni che questa ricerca presenta, individuano alcuni elementi di interesse ed utilità per il campo del urbanistica, oltre a portare all'attenzione di chi si interessa di urbanistica il tema della cura. Adottare infatti un agire *con cura* nei diversi ambiti della pianificazione consentirebbe di oltrepassare i diversi e numerosi limiti che l'attuale modello di operare comporta.

La natura selettiva del lavoro lascia aperte numerose strade per l'agire futuro, configurandosi questo come una "messa sul tavolo" delle questioni, come un primo passo ricognitivo riguardo alle questioni connesse con il tema della cura, utile poi come un'agenda di ricerca riguardo a temi che poi si prestano ad essere approfonditi ed analizzate in altri contesti.

Anche la scelta di presentare esempi e casi sintetici che possono essere considerati banali, consueti, riferiti ad esperienze che si potrebbero incontrare in tanti altri luoghi, questi sono qui proposti proprio per questo loro carattere, per la loro ricorrenza, perché rientrano in quella medietà sfuggente difficile da indagare. Anche per questo ho scelto di presentarli con uno stile "narrativo", lontano dal farne casi di studio e con l'obiettivo di comprendere quali diverse letture proponessero, nella loro normalità, del tema a cui mi sono avvicinata, nella loro funzione di messa alla prova delle riflessioni che propongo.

Il tema della cura permette quindi di superare un approccio ghettizante rispetto al genere (femminile) riguardo ad alcune questioni: non si intende infatti promuovere o sostenere una visione sui temi sociali che ponga in antagonismo la città delle donne (perché sono loro che si prendono cura) contro quella degli uomini. Anzi, è

proprio adottando una logica che si prenda cura della città nelle sue diverse componenti, come quelle individuate nel corso del Capitolo 3, quelle dei soggetti, degli spazi e dei tempi, che si potrà raggiungere, o perlomeno avvicinarsi, ad una città che sia si più vicina ai bisogni delle donne, ma non perché "donne", bensì perché la città offrirà un supporto in grado di curarsi di se stessa.

La conclusione della ricerca si configura quindi come un momento in cui mettere a sistema le diverse letture emerse, proponendo una diversa che propone una nuova lista di sevizi per una città che si prende cura, a cui la pianificazione territoriale deve essere in grado di rispondere, sulla base delle indicazioni derivanti dalla lettura critica di alcuni documenti: l'obiettivo è quello di rivisitare non solo la lista di servizi da fornire a livello urbano, ma anche le modalità con cui essi vengono messi in funzione.

Dedico questo lavoro alle mie due famiglie, che mi hanno fatto comprendere il senso della cura.

Ringrazio la Prof.ssa Palazzo ed i Proff. del fu Dipartimento di Studi Urbani per il tempo che mi hanno dedicato; in particolare ringrazio Marco Cremaschi per i consigli, le critiche e il sostegno che mi ha offerto in questi anni.

Un ringraziamento speciale va agli abitanti dell'Aula Lombardi, alle due Valentine per il percorso che abbiamo iniziato insieme, e concluso nell'ultimo tratto con Valentina S. A Carlotta Fioretti va la mia gratitudine per aver letto la tesi ed avermi supportata durante questi ultimi mesi a Cornell.

Per ultimo ringrazio Andrea per aver condiviso con me questi anni, oltre che un tavolo sempre troppo pieno di carte, senza mai farmi perdere la fiducia e la speranza anche nei momenti più incerti.

2. Tema della cura, una *literature review*

Il termine "cura" condensa attorno a se un'ampia costellazione di temi, provenienti da contesti disciplinari molto diversi. Sebbene la genesi di questo termine all'interno del contesto scientifico sia da ricercare nell'ambito delle scienze sociali, il tema della cura assume sfere di senso molto importanti anche in altri ambiti disciplinari. In particolare, nel contesto della pianificazione del territorio il tema non ha mai avuto una trattazione uniforme e unitaria, bensì sono stati elaborati diversi approcci che hanno insistito su aspetti e componenti differenti del tema. L'obiettivo di questo capitolo sarà quello quindi di rappresentare quella che ho chiamato "costellazione di temi", mediante una revisione della letteratura esistente costruitasi attorno a tale argomento, riferita ad alcune discipline identificate come portatrici di un bagaglio rilevante di significati rispetto al tema. Si è deciso di omettere volontariamente da questo capitolo le discipline a carattere medico e scientifico, proprio per non rischiare di portare il fuoco dell'attenzione attorno alle accezioni strettamente terapeutiche del termine cura.

Nella prima parte del capitolo verrà restituita l'origine e l'evoluzione del tema della cura all'interno delle scienze sociali, collocando la "cura" all'interno dell'analisi dei diversi sistemi di welfare esistenti ed identificando le principali criticità riconosciute dal contesto disciplinare di riferimento, lasciando spazio alle connotazioni "di genere" della cura. Infatti, all'interno degli studi di genere la cura assume una grande importanza, in quanto il significato di "genere" fa riferimento in primo luogo alle costruzioni sociali e culturali in rispetto alle sfere d'azione dei due sessi, attribuendo a quello femminile le responsabilità di cura.

Come già accennato in precedenza, il tema della cura non ha mai avuto una trattazione unitaria nel contesto della pianificazione territoriale, proprio in ragione della sua estraneità rispetto al *corpus* disciplinare tradizionale. Tuttavia, sono stati individuati alcuni approcci al tema, alcuni strumenti o questioni aperte che hanno permesso di identificare un quadro di riferimento, seppur variamente composito e talvolta poco coeso. In particolare sono stati individuati quattro campi tematici distinti: gli spazi istituzionali della cura, la questione dei tempi urbani e la città considerata come dispositivo facilitante le pratiche di cura.

2.1. La cura e politiche sociali: "care arrangements", sistemi di welfare e sfide per il futuro

L'obiettivo di questo paragrafo è quello di collocare il tema della cura all'interno delle discipline sociali, identificando l'origine del termine, quale il ruolo di questo concetto nella classificazione dei regimi di welfare e dei modelli di famiglia che essi identificano, proponendo spesso uno sguardo comparato rispetto al contesto europeo; guardando al caso italiano, quali le criticità cui è sottoposto il sistema di welfare, in ragione delle nuove domande di cura derivanti da trasformazioni di carattere demografico, socio-economico e culturale all'interno del panorama contemporaneo.

Il posto della cura nelle politiche sociali

Sebbene il tema della cura abbia da sempre rivestito un ruolo di enorme importanza rispetto all'esistenza umana, per lungo tempo è rimasto ai margini dell'interesse dei ricercatori, "*embedded in the good deeds of common life, and especially in the private sphere of domesticated family women - the « haven in a heartless world* » (Lasch, 1976)" (Leira, 2009). Erano anni in cui, nelle società occidentali, ancora prevaleva un modello culturale di famiglia basato su di una rigida separazione dei ruoli al suo interno: all'uomo era attribuito il compito di procurarsi il reddito mediante la propria attività lavorativa, mentre alla donna spettava "prendersi cura" dei propri familiari, fossero questi i figli più piccoli, genitori, suoceri o parenti in età avanzata o colpiti da malattie, secondo il conosciuto schema del male *breadwinner* e della donna *homemaker*.

È solo negli anni Settanta e Ottanta che il tema della cura si affaccia nel dibattito scientifico, soprattutto nel campo delle scienze sociali e delle analisi dei diversi sistemi di welfare, oltre che in una letteratura prettamente di genere e femminista (*ivi*).

Infatti, dopo l'enorme espansione del *welfare state* avvenuto nel secondo dopoguerra, dagli anni Settanta esso entra in un periodo di crisi dovuto alla crescente inappropriatezza delle soluzioni consolidate offerte a problemi invece nuovi. Diverse sono le trasformazioni a cui si assiste in quegli anni: a una società basata su di un'economia sostanzialmente fordista, se ne sostituisce una basata invece sui servizi e su nuovi modelli di produzione, definita post-industriale; un modello di famiglia in cui era stabile e definita la divisione del lavoro tra i generi, vede invece un crescente tasso di partecipazione femminile al mercato del lavoro e un conseguente ridisegno dei ruoli di genere e dei diritti delle donne; una struttura demografica sostanzialmente stabile subisce in quegli anni una profonda ristrutturazione interna, soprattutto dovuta alla riduzione dei tassi di fertilità e all'allungamento delle speranze di vita (Ferrera, 2006). È infatti proprio in quel periodo storico che si iniziarono ad intravedere alcune problematiche derivanti dall' insostenibilità di un modello di divisione sociale dei ruoli all'interno delle famiglie,

che vedeva una netta separazione tra il lavoro retribuito, svolto principalmente dagli uomini, e il lavoro non retribuito, quello svolto dalle donne nell'accudire le persone della propria famiglia, cui si sommava una loro partecipazione sempre maggiore al mercato del lavoro.

Le ricerche cui sopra si accennava *"hanno messo al centro della riflessione l'esperienza della cura per le donne, con l'intento di smontare la tradizionale equazione: lavoro di cura = lavoro delle donne = lavoro naturale"* (Costa, 2007). Sempre Costa (2007), identifica nel testo "Labour of Love: Women, Work and Caring", di Finch e Groves (1983), i primi tentativi di sistematizzazione di tale concetto, sebbene eccessivamente focalizzato su istanze di genere; riconosce invece nella letteratura italiana un contributo più ricco, grazie all'elaborazione di concetti come doppia presenza di Balbo (1978) e di lavoro familiare e lavoro di servizio di Bianchi (1982). L'obiettivo di tali ricerche era quello di decostruire l'implicita natura femminile del lavoro di cura, svelandone invece i caratteri di costrutto sociale, con rilevanti conseguenze sul piano delle diseguaglianze tra uomini e donne; tuttavia, è all'interno di tali lavori condotti da studiose italiane che si ritrova una definizione in grado di restituire la complessità di significati di cura, attività non semplicemente identificabili in quanto lavoro. La cura, infatti, *"richiede una quantità inimmaginabile di lavoro paziente e ripetitivo"*, ma *" anche gioco di invenzione che fissa motivi e colori, sulla base di pochi poveri tessuti, e crea effetti anche di grande bellezza (…) il "mettere insieme" le diverse risorse disponibili, il "dare ordine e senso" alla organizzazione quotidiana, il combinare risorse in concreto, caso per caso disponibili, valutando i bisogni di ciascuno, sono le attività in cui le donne sono impegnate* (Balbo & Bianchi, 1982): da qui derivano le metafore del patchwork come esempio delle strategie di composizione delle attività quotidiane che tipicamente le donne mettono in atto quotidianamente.

Sul concetto di "lavoro di cura"

Occorre aprire una breve parentesi riguardo al concetto di *lavoro di cura*, poiché spesso al suo riguardo si compiono dei rischiosi slittamenti di significato. È all'interno delle analisi di genere dei sistemi di welfare, che le ricerche riguardanti il lavoro di cura hanno contribuito a definirne i confini rispetto al concetto di lavoro non retribuito, cui spesso veniva sovrapposto: infatti, non tutto il lavoro familiare non retribuito coincide con il lavoro di cura, e il lavoro di cura comprende anche quello remunerato svolto in servizi pubblici o privati (Ferrera, 2006).

Il concetto originario di *lavoro domestico* è stato quindi gradualmente abbandonato per lasciare spazio al concetto di *lavoro familiare* (Balbo & Bianchi, 1982), in grado di comprendere tutti i lavori necessari alla riproduzione e creazione quotidiana della famiglia e degli individui che la compongono. Tra questi Bianchi riconosce il *lavoro domestico* in senso stretto, il *lavoro di cura* svolto verso familiari in condizioni di dipendenza, per età o invalidità, il *lavoro di consumo*, che comprende non solo l'acquisto e l'eventuale trasformazione di beni, ma anche il lavoro necessario per utilizzare adeguatamente i servizi pubblici e privati e il *lavoro di rapporto*, ovvero l'attività di mantenimento e creazione dei rapporti, di comunicazioni all'interno

della famiglia, tra questa e la rete parentale, così come tra la famiglia o un suo singolo membro e il sistema dei servizi.

Leggere il tema della cura e del lavoro familiare attraverso la lente, appunto, del lavoro disvela una grossa componente di ambiguità che è insita in questo discorso. Infatti, il lavoro familiare spesso viene rivestito da significati tali da farlo sconfinare pressoché totalmente nell'equivalenza del "lavoro familiare" come "lavoro dell'amore", in ragione della sua esistenza all'interno dei legami familiari e delle sue *"dimensioni di lavoro materiale e di elaborazione simbolica, di cura e accudimento per i bisogni dei singoli e di attenta valutazione di priorità e risorse"* (Saraceno & Naldini, 2007). Per tali motivi si tratta di un lavoro non totalmente delegabile ai servizi, proprio perché il suo prodotto sono esseri e rapporti umani (Bimbi, 1985); e per gli stessi motivi esso presenta un alto grado di ambivalenza rispetto al suo contenuto, sia in chi lo fa, che in chi lo riceve, come scrive Antonnen (2003), di cui riportiamo un passo.

"Children, the sick and the older people will always need care and support and it can be provided in many ways. (…). However, the boundary between formal (provided by public, voluntary and commercial organizations) and informal care (given by family members, and by relatives, friends and neighbours) is by no means clear or fixed but is rather a broad territory of cooperation, conflict and continuous negotiation. It is a shifting boundary and, moreover, it is disputed for ideological and political reasons. Thus the comparative analysis of social care arrangements cannot be restricted to simple distinctions between the public and the private but must develop methods that are capable of distinguishing changing balances between the sectors."

"Who cares for ?": regimi di welfare e modelli di famiglie

Il modo in cui i diversi Stati hanno costruito, e costruiscono, il problema del "chi e in che modo si deve prendere cura dei soggetti deboli", affrontandone la sua trattazione, rende esplicito il modello di politiche sociali, e di famiglia (ovvero la spartizione dei ruoli all'interno dei componenti della famiglia), a cui fanno riferimento, oltre che collocarsi all'interno di un frame relativo al rapporto tra Stato, mercato e famiglia (e associazioni intermedie, aggiunge Ferrera, 2006) in cui ogni nazione decide di mettere in atto il proprio schema di gestione dei rischi o bisogni, come nella definizione delle stessa politiche sociali[1]. Il tema della cura, è stato anche affrontato dagli studiosi di politiche familiari, includendo in questo ampio e indefinito insieme anche le politiche di pari opportunità tra i generi, poiché incidono sul contesto in cui le coppie di formano e organizzano, e le politiche volte alla non autosufficienza, soprattutto degli anziani fragili, in ragione del recente invecchiamento della popolazione. In particolare, è la tipologia di trattamento dei bisogni di cura dei bambini e degli anziani, ovvero quei membri

[1] "*Le politiche sociali forniscono protezione sociale ai cittadini rispetto a panieri codificati di rischi (esposizione a determinate eventualità che possono accadere e che, quando si verificano, producono effetti negativi e quindi bisogni) e bisogni (mancanza di qualcosa di importante necessario a sopperire alla mancanza) che riflettono le caratteristiche di una data società: ad esempio la sua struttura demografica, le sue forme di organizzazione economica, ma anche le sue dinamiche politiche.*" (Ferrera, 2006)

della famiglia che si trovano in un periodo della loro vita in una situazione di dipendenza e di necessità di cura, ad offrire un modo per identificare i diversi modelli di politiche sociali adottati, come si vedrà in seguito (Saraceno & Naldini, 2007).

Ritornando allo studio dei diversi *regimi di welfare*, sarà particolarmente utile la teoria introdotta da Esping-Andersen nel 1990 nel suo testo *The Three Worlds of Welfare Capitalism,* riportata da Ferrera (2006), che identifica tre regimi di w.s. sulla base del sistema di reciproche interrelazioni tra politiche sociali dello Stato, mercato del lavoro e famiglia; solo successivamente identificheremo una seconda classificazione riguardante le diverse tipologie di politiche di cura all'interno del dibattito sulle politiche familiari (Saraceno & Naldini, 2007).

I tre regimi individuati da Esping-Andersen, *liberale*, *conservatore-corporativo* e *socialdemocratico*, considerando come campo di studi alcuni paesi dell'Europa continentale, differiscono tra loro principalmente per due aspetti, la *demercificazione* e la *destratificazione*[1]: il regime *liberale* presenta una bassa demercificazione e destratificazione (forte dipendenza degli individui dal mercato e dualismo tra "welfare dei poveri" e "welfare dei ricchi") ed è tipico degli Stati Uniti, in Canada, Australia e Regno Unito; il regime *conservatore-corporativo* presenta una media demercificazione e destratificazione, attenuando la dipendenza dal mercato e preservando le differenze di status, classe e genere (si trova in Germania, Austria, Francia, Olanda e Italia, sebbene con notevoli distorsioni); il regime *socialdemocratico* è caratterizzato da un'alta demercificazione e destratificazione, in cui la dipendenza dal mercato è molto attenuata e vi è un'eguaglianza di trattamento per tutti (casi emblematici sono Svezia, Danimarca, Norvegia).

A questi tre regimi di welfare individuati in precedenza se ne aggiunge un ultimo, diffuso nei paesi dell'Europa meridionale, la cui identificazione risulta essere molto importante ai fini di questa ricerca in ragione del forte ruolo assunto dalla famiglia in quanto "ammortizzatore sociale": questo "*modello delle solidarietà familiari e parentali*" (Naldini, 2002), presente in paesi come Spagna, Portogallo, Grecia e Italia (mentre le teorie di Esprig-Andersen collocano l'Italia all'interno del modello *conservatore-corporativo*) appare basato "*sull'assunto che il sistema familiare funzioni in base all'esistenza di forti relazioni intergenerazionali e di parentela lungo tutto l'arco della vita*" (Ferrera, 2006): secondo i parametri introdotti da Esping-Andersen, si assiste in questo caso a livelli molto sbilanciati di demercificazione, oltre ad una bassa destratificazione.

Bisogna sottolineare, soprattutto ai fini delle conseguenze sul piano delle differenze di genere, che la teoria di Esprig-Andersen ha subito in seguito numerose critiche da parte di un settore di ricerche prettamente anglosassone, quello del *Gendering*

---

[1] I due termini fanno riferimento rispettivamente al "*grado in cui gli individui situati all'interno di un dato regime di welfare possono liberamente astenersi dalla prestazione lavorativa, senza rischiare il posto di lavoro, perdite significative di reddito o in generale di benessere*" e al "*grado in cui la conformazione delle prestazioni sociali dello Stato attutisce (fino, al limite, ad annullare) i differenziali di status occupazionale o di classe sociale*" (Ferrera, 2006)

Mainstream Theories[1], il cui obiettivo è quello di inserire una prospettiva di genere nelle teorie dominanti sulla classificazione dei regimi di w.s., evidenziando come *"la maggior parte dei concetti utilizzati nelle teorie di welfare state, (…) demercificazione e dipendenza* (*destratificazione* in Ferrera, *ndr)* , *risultino connotati sessualmente; ossia, essi assumono un diverso significato se applicati alle donne invece che agli* uomini (Lewis, 1992)" (Naldini, 2002).

Scheda 1 - Lavoro di cura = lavoro delle donne? *Gender studies*[2]

Il campo dei *gender studies,* occupandosi dei diversi modi in cui le caratteristiche connesse ai due diversi sessi sono state interpretate a livello culturale, politico e sociale, ha dedicato ampio spazio al tema della cura, in quanto questa sfera di attività veniva da sempre connotata come un'attività femminile. Infatti, le questioni riguardanti la sfera della "cura" hanno spesso trovato sovrapposizioni con quelle di genere proprio per la connotazione strettamente femminile che la figura del(la) c*aregiver* storicamente assume, ponendo come valida l'equazione "lavoro di cura = lavoro delle donne", soprattutto all'interno della letteratura di matrice anglosassone, considerando la cura stessa tra gli altri fattori che culturalmente hanno costruito il concetto di genere. Nella letteratura italiana, invece, il tema della cura è stato trattato in modo più articolato, introducendo concetti come quelli della "doppia presenza" (Balbo, 1987), riferendosi alla difficile composizione delle attività remunerate accanto a quelle che non lo sono.
Il termine *genere* usato nelle scienze sociali si riferisce a "*all of the ways in which being a male or female, or being socially classified as such, affect one's life*" (England, 2001), riferendosi al fatto che, le differenze esistenti a livello biologico tra uomini e donne, portino numerose conseguenze rispetto alle modalità con cui queste vengono trattate all'interno dei contesti sociali, economici e politici. Le attività di cura rientrano in questa riflessione, esistendo varie modalità attraverso le quali queste sono inquadrate, passando da contesti in cui rientrano nella sfera delle competenze strettamente femminili, oppure sono ritenute meritevoli di una socializzazione da parte dello stato, che le inserisce all'interno di un sistema di welfare, mediante la realizzazione di servizi o la previsione di altre misure di sostegno.
La letteratura che si è occupata di questi temi, nell'ambito delle scienze sociali, si è quindi maggiormente sviluppata in quei paesi che stavano attraversando più intensamente queste trasformazioni, ovvero gli Stati Uniti, la Gran Bretagna e i paesi del nord Europa. Due filoni sono stati maggiormente sviluppati: le analisi delle condizioni e delle forme della presenza femminile nel mondo del lavoro e gli studi su come funzionano i meccanismi di accesso (ovvero, esclusione) ai livelli alti del sistema politico, delle professioni, delle imprese (Balbo, 2008). Infatti, frequenti erano in quegli anni le carriere distinte e segregate per uomini e per donne, i meccanismi discriminatori rispetto ruoli, retribuzioni e riconoscimenti erano molto comuni[3].
Il tema del genere entra a far parte del dibatto interno alle scienze sociali a partire dagli anni Settanta: prima, tali differenze erano considerate come naturali, coerenti rispetto ai diversi *social patterns* di

---

[1] "*Gli studi di genere del w.s. in prospettiva comparata hanno prestato attenzione alla interazione reciproca tra genere e stato sociale, dimostrando come diversi modelli di genere abbiano contribuito allo sviluppo di sistemi di w.s. differenti e come questi, a loro volta,abbiano contribuito a costruire e rafforzare le differenze di genere dentro la famiglia e nel mercato del lavoro o viceversa attenuarle (Lewis & Ostner, 1994; Sainsbury, 1994; O'Connor, 1993).(…) È soprattutto l'assenza di un concetto più ampio di w.s. che viene criticata: di un concetto (…) in grado di porre al centro dell'analisi la relazione tra lavoro retribuito e lavoro non retribuito (cura). Alcune autrici (Lewis & Ostner, 1994) sono giunte alla conclusione che la maggior parte degli stati sociali moderni possono essere classificati in ragione della maggiore o minore forza del "male breadwinner regime"* (Naldini, 2002).
[2] Il tema dei *gender studies* è molto ampio, lascio una trattazione molto più approfondita ad altri contesti; tuttavia, ritengo sia utile soffermarsi su questo tema, sebbene nell'ambito di una restituzione sintetica come nel caso di questa scheda.
[3] Non molto sembra essere cambiato: ad oggi permangono notevoli differenze di accesso, retribuzione e riconoscimento in ambito lavorativo tra i due generi (Eurostat, 2006)

uomini e donne. In seguito si diffusero, soprattutto nei paesi di area anglosassone, i cosiddetti *gender and feminist studies*, soprattutto dopo i cambiamenti che le società di allora stavano affrontando: crescente occupazione femminile, cambiamenti nelle famiglie, inurbamento. La vita delle donne di quel periodo era radicalmente diversa da quella che le loro madri pochi anni prima avevano vissuto, oltre che essere diversa da quella degli uomini: il loro tempo, soprattutto di quelle sposate e con figli, doveva essere ripartito tra diverse attività, cercando di combinare diversi impegni e compiti ed adattandosi di volta in volta alle diverse emergenze quotidiane. Si fa riferimento in questo momento alla «second wave of feminism», che coinvolse dunque donne riformiste concentrate soprattutto attorno al tema dei diritti economici delle donne.
Negli stessi anni nascono anche i «feminist (or women) studies», che assumono diversi significati, oscillando tra una presa in carico del punto di vista delle donne ad una visione pregiudiziale degli studi tradizionali, in quanto viziati da una visione «maschile»; si può in sintesi dire che si tratta di studi che tentano di correggere un pregiudizio maschile, non adottando un punto di vista femminile, ma assumendo uno sguardo più ampio e meno parziale della cultura tradizionale.
Negli anni '80 la definizione di genere si è estesa oltre la dicotomia «maschile» e «femminile» fino ad includere anche l'omosessualità, come in un continuum di identità.
(England, 2001)[1]

Infatti, apparve necessario introdurre nell'analisi dei regimi di w.s., oltre alle realzioni tra Stato, famiglia, mercato del lavoro e associazioni intermedie, anche i rapporti familiari e parentali, adottando non solo una prospettiva di genere, ma anche intergenerazionale, prospettiva che rappresenta un importante fattore di differenziazione rispetto alle analisi di genere che interpretano meramente le variazioni dei modelli di w.s. in termini di forme del modello del *male breadwinner*, finendo per ignorare come le politiche sociali hanno trattato e riconosciuto i bambini e i giovani in relazione agli anziani (Naldini, 2002). Alcune ricerche hanno infatti evidenziato come tali regimi di welfare così individuati vedono corrispondere un preciso modello di famiglia, in cui differisce la gestione al suo interno del tempo dedicato al lavoro retribuito e lavoro non retribuito: infatti, mentre nel regime *liberale* e *corporativo-conservatore* a prevalere é il *male breadwinner model*, così come nei paesi dell'Europa meridionale, nel regime *socialdemocratico* tipico dei paesi scandinavi il *dual earner model* è prevalente, basato sulla doppia partecipazione lavorativa di uomini e donne e su un maggior coinvolgimento dei primi anche nel lavoro non retribuito (Lewis & Ostner, 1994).

[1] In Balbo (2008) sono richiamati alcuni dei contributi più importanti sul tema dei women's studies su welfare, diritti politici, democrazia: E. Haavio Manila, *Unfinished Democracy. Women in Nordic Politics*, Pergamon press, London, 1985; H. Hernes, *Welfare State and Woman Power*, Oxford University press, oxford, 1987; A. Showstack Sassoon (a cura di), *Women and the state. The Shifting Boundaries of Public and Private*, Hutchinson, London, 1987; K. Waerness, *On the rationality of caring*, ibid; E. Wilson, *Il welfare state inglese: che cosa ha significato per le donne*, in "Inchiesta", n.32 (1978)

Tabella 1. Modelli di famiglia . Fonte: elaborazione propria su dati Naldini (2002, pp. 82-3)

	Male Breadwinner (es. Germania)	*Dual-earner family (es. Danimarca)*	*Solidarietà familiari/parentali (es. Italia)*
Assunti circa la divsione del lavoro familiare	Divisione del lavoro tra i sessi dentro la famiglia nucleare	Equa divisione del lavoro e doppio reddito	Famiglia/Parentela agenzia di "ricomposizione" delle diverse risorse e redditi
Mercato del lavoro e genere	Piena occupazione maschile	Piena occupazione maschile e femminile	Parziale disoccupazione maschile, occupazione femminile "sussidiaria" a quella maschile
Assunti circa le relazioni familiari, matrimonio e valori familiari	Scarsa rilevanza sociale delle relazioni di parentela	Alta diffusione di forme di convivenza di tipo pluralistico	Intensi legami e reti familiari e parentali (alta frequenza di contatti tra membri familiari/ parentali che vivono in diverse strutture abitative, le generazioni vivono a lungo nella stessa abitazione)

Appare utile anche riportare qui un diverso criterio usato per classificare i paesi europei, non più sul modello di politiche sociali messe in atto, bensì sulla base dei servizi definiti di *social care* forniti alla popolazione, soprattutto per i bambini e gli anziani sopra i 65 anni d'età. Tale ricerca fu quella avviata da Anttonen e Sipilä (1996), riportata da Saraceno e Naldini (2007): paesi con ottimi livelli di servizi di *social care* sia per bambini sia per anziani sopra i 65 anni (Danimarca, Svezia, Finlandia); paesi con uno scarso sviluppo dei servizi di cura in entrambi i settori (Portogallo, Grecia, Spagna, Irlanda e Germania); paesi in cui è ottimo lo sviluppo di servizi per le persone anziane, ma scarso quello per i bambini (Olanda, Norvegia e Gran Bretagna); paesi con buoni servizi per i bambini ma scarsi servizi per le persone anziane (Belgio, Francia e Italia).

La situazione italiana: tra passato e futuro

Il contesto italiano merita un ulteriore approfondimento, sia per la sua già citata specificità rispetto agli altri paesi europei, sia per le criticità che si pongono dall'aggravarsi di alcune dinamiche sociali già menzionate, oltre che da una cronica, oggi acutizzata per via della crisi economica, carenza di risorse pubbliche da dedicare all'implementazione di misure sociali, sia nella forma di servizi sociali che di misure monetarie.

A questo fine riporto un passo del saggio di Naldini "*Le politiche sociali e la famiglia nei Paesi mediterranei. Prospettive di analisi comparata?"* (2002) in grado di restituire le origini di alcune delle caratteristiche più importanti del nostro paese dal punto delle politiche sociali messe in atto riguardo la trattazione dei bisogni di cura, soprattutto per quanto riguarda la forte dominanza culturale del modello della donna come unica figura familiare in grado di prendersi cura di bambini e anziani.

"L'analisi dell'origine e dell'evoluzione delle politiche sociali da una prospettiva di genere e intergenerazionale, suggerisce che in Italia (…) i presupposti sottesi alle politiche sociali e alle norme legali solo parzialmente riflettevano l'idea, che prevalse invece nella maggior parte dei Paesi europei, di un modello di famiglia basato sul male breadwinner (poi m.b. ndr). (…) . Nel caso storico italiano (…) la piena realizzazione del m.b. fu ostacolata da fattori specifici (…) propri dei paesi mediterranei (…): il prevalere per lungo tempo di una struttura occupazionale di tipo agricolo; uno sviluppo ritardato e segnato da forti disuguaglianze territoriali; ampie sacche di lavoro marginale e nero; alti livelli di emigrazione, in gran parte dovuti alla mancanza di piena occupazione maschile, pre-requisito fondamentale quest'ultimo dell'affermazione di un modello di tipo m.b (Fua, 1980; Sapelli, 1995). D'altra parte, importanti furono anche fattori di natura più culturale ed ideologica, in parte connessi al persistere della cultura contadina ma in gran parte dovuti al predominio indiscusso quale agenzia di controllo sociale della Chiesa Cattolica. Nel dettare norme sociali e nel prescrivere i comportamenti familiari più consoni al ruolo di ogni membro, essa ha contribuito a ritardare l'affermazione di un modello democratico di famiglia, ha incoraggiato gli obblighi e le solidarietà familiari e, infine, ha ostacolato, o visto come interferenza, ogni forma di intervento pubblico nell'ambito della riproduzione sociale e della cura, specialmente nel campo dello sviluppo di servizi per bambini e anziani (Saraceno, 1998). Anche l'esperienza autoritaria di cui tutti i Paesi dell'area mediterranea hanno fatto esperienza (Giner, 1985) ha contribuito: al persistere di una cultura familiare dai valori tradizionali e autoritari; a ritardare la riforma democratica del diritto di famiglia e, in tempi democratici, a rimuovere ogni tipo di politica sociale anche solo sospettata di finalità demografiche. (…). A livello simbolico questo modello ha continuato ad esercitare la sua influenza ben oltre la fine dei due regimi ed è rinvenibile ancor oggi nel modo in cui si affronta la questione delle responsabilità familiari per bambini, giovani ed anziani. (…). L'attività di cura, specialmente se destinata ai bambini e agli anziani, è assicurata attraverso il lavoro non retribuito di una donna entro la famiglia e/o dentro la rete parentale (…). Non a caso, i tassi di attività femminile nei Paesi dell'area mediterranea (…) si trovano ancora oggi ben al di sotto della media europea, così come molto scarse continuano ad essere le misure che permettono alle donne di conciliare lavoro extradomestico e vita familiare. (…), un aspetto che è fondamentale per comprendere le forti diversità storiche tra i Paesi, non solo in termini di modelli di genere di cura (caring regimes), ma anche e soprattutto in termini di modelli intergenerazionali di cura. In particolare, la questione della cura e del sostegno (anche economico) degli anziani non autosufficienti è divenuto un tema cruciale (che si aggiunge ora con più forza a quello della cura per i bambini) nei dibattiti sui diversi modelli di responsabilità e obbligazioni familiari e parentali, a partire dai quali si stanno ri-negoziando i modelli «consolidati» di distribuzione di compiti tra istituzioni pubbliche e private."

Naldini mette qui in evidenza la forte influenza che ha avuto in Italia la Chiesa Cattolica nel rendere faticosa l'approvazione di norme e politiche in grado di *defamilizzare* i compiti di cura da sempre assegnati ad un unico soggetto, quello femminile. Con il termine *defamilizzazione*, introdotto nelle ricerche sui w.s da ricercatrici femministe (vedi McLaughlin and Glendinning, 1994; Sainsbury, 1999;

Lister, 2003 cit. in Rauch, 2007), poi adottato da studiosi come Esprig-Andersen per analizzare le dimensioni di genere dei sistemi di welfare, si intende "*the degree to which individual adults can uphold a socially acceptable standard of living, independently of family relations, either through paid work or through social security provisions* " (Lister, 2003). Secondo questa definizione, i w.s. sono in grado di contribuire alla *defamilizzazione* in due modi: attraverso la fornitura di benefici monetari per i caregivers o di servizi sociali la cui funzione è quella di "*relieve potential familial caregivers from care obligations, and hence improve their chances of being active on the labour market*" (Rauch, 2007). Inoltre, sempre in Rauch (2007), si legge che "*The defamilialization function of social services is of particular relevance here because of its close relation to equality promotion (…). It can be assumed that a high degree of care defamilialization contributes to a reduction of carerelated inequalities in general, and, as most familial caregivers are women, to a reduction of gender inequality in particular* (Ostner, 1998)."

Questa breve parentesi attorno al concetto della *defamiliazzazione* assume quindi un ruolo cardine rispetto al contesto italiano proprio per la grande importanza che le reti familiari e parentali assumono rispetto alla gestione dei compiti di cura all'interno delle strutture familiari, sia nel passato come ancora oggi. Rispetto a questi temi, si possono individuare alcuni fattori di criticità rispetto alle questioni della cura, in una prospettiva che guarda alle sfide che il futuro pone:

- in primo luogo la frammentazione e il carattere residuale degli interventi sociali promossi dagli enti pubblici rispetto al soddisfacimento dei bisogni di cura della popolazione, che concorrono a causare un ulteriore addossamento delle responsabilità di cura in capo alle famiglie, e ai suoi membri che si "prendono cura di";

- strettamente connesso con il primo punto, appare come sempre più critica la condizione delle *caregivers*, le donne, nel loro ruolo di madri, figlie, nuore. Tali criticità derivano dall'indebolimento dei legami familiari e amicali su cui in passato si poteva fare affidamento, dalla sovrapposizione, nel corso di vita, dei tempi di "cura dei figli" e "cura degli anziani", dalla trasformazione delle forme di lavoro, che garantiscono sempre meno protezione previdenziale in età avanzata;

- dal lato del fronteggiamento dei bisogni di cura, il ricorso da parte delle famiglie a soluzioni di mercato (ad es. le cosiddette *badanti*) pone le politiche sociali dinnanzi a un interrogativo che riguarda proprio l'efficacia delle risposte istituzionalmente prodotte, in un contesto in cui la scarsità di risorse economiche in capo agli enti locali assume un peso crescente.

In sintesi, "*Si assume che la famiglia sia il perno attorno al quale ancorare l'intervento collettivo a tutela e protezione degli individui più deboli, dandone per scontata l'esistenza, l'affidabilità e la capacità di generare, a ogni costo e a qualsiasi condizione, solidarietà nelle modalità di redistribuzione delle risorse, comprese quelle di cura*" (Costa, 2007).

Tali fattori di criticità sono emersi dalla revisione della letteratura contemporanea italiana attorno alla questione della cura, fattori che ne interrogano non solo il *corpus* disciplinare, bensì mettono in tensione anche altri settori d'intervento come la pianificazione del territorio, a causa della modifica di alcuni caratteri considerati "propri" della società. I principali filoni di ricerche individuati sono i seguenti: un

settore maggiormente focalizzato sui bisogni di cura e sulle strategie messe in atto per affrontarli (*care arrangements*), evidenziando l'importante ruolo dei legami familiari intergenerazionali e lo scarso ricorso ai servizi forniti da soggetti pubblici o privati (Ranci, 2002); un insieme di ricerche concentrate sui bisogni dei soggetti che curano, le *caregiver*, evidenziando il maggiore rischio di vulnerabilità sociale di questi soggetti (Costa, 2007a; 2007b); alcune ricerche evidenziano i cambiamenti nel rapporto tra lavoro di cura e legami intergenerazionali (Taccani, 1994); altre ancora evidenziano quali sono le caratteristiche del nuovo, ed etnicizzato, mercato della cura (Zulli, 2008).

Per una riconcettualizzazione della cura

Questa panoramica sul "posto della cura" nell'ambito delle riflessioni sulle politiche sociali, necessita di un riposizionamento della cura, ampliando il concetto di benessere in termini teorici e nella definizione degli obiettivi delle stesse politiche sociali. "*Si tratta (…) di ridefinire quali siano le "componenti costitutive del vivere" (Sen, 1994) e i "basic entitlements"(Nussbaum, 2000) che vogliamo porre alla base dello sviluppo della nostra società, superando (senza metterla da parte) la "metrica delle risorse"(Negri, 2002)*" (Costa, 2007).

La stessa Nussbaum infatti sostiene che "*i bisogni delle "persone che non sono mai arrivate ad essere indipendenti" non trovano risposta. Ma dovremmo anche tener conto di questo, che tendiamo "a pensare a noi stessi come esseri non sottoposti alle conseguenze del tempo*" (Balbo, 2008)

Sempre in Balbo *(ivi) "Una "nuova teoria della giustizia sociale" dovrebbe essere formulata come una "teoria basata sulla cura": questo è il contributo di Martha Nussbaum, un'elaborazione della tematica delle cure che va messa in luce per le sue potenzialità di coraggiosa forzatura teorica e politica. Tra i "beni primari", quelli a cui tutti hanno diritto, va inclusa la possibilità di "predisporre il proprio piano di vita" e di "apprendere e immaginare in modo autonomo". Martha Nussbaum non sottovaluta le difficoltà, in termini finanziari ma anche culturali e politici, di una prospettiva che si proponga di "promuovere politiche pubbliche capaci di prevedere forme generalizzate di sostegno ai bisogni dei cittadini per tutta la durata della loro vita". (…) La "cura" va definita come valore fondamentale per il benessere ma anche per la dignità delle persone; e come criterio per ridefinire la cultura politica delle nostre società. Partire dai bisogni e dai diritti alla "cura" per impostare le politiche sociali, ma di più: fare della dimensione della cura un riferimento radicalmente nuovo per definire obiettivi di equità e di giustizia sociale."*

Questa riconcettualizzazione della cura implica anche un riorientamento nel campo delle politiche sociali. Costa (2007), ne individua tre:

- il primo riguarda il pieno riconoscimento di un insieme di diritti, di chi li esprime e di chi li sostiene, che ad oggi sono "incompleti" (Leira, 2009) "*perchè, a differenza di altre tipologie di diritti, ben di rado sono definibili in materia chiara e uniforme e ancora più raramente sono esigibili"* (ivi);

- il secondo attiene la necessità di "*promuovere politiche che siano in grado di sostenere gli individui lungo il ciclo di vita, sia consentendo una maggiore fluidità delle scelte e degli intrecci sia proteggendo dagli eventi – come quelli legati ai bisogni di cura gravi - che possono, perché imprevisti o perchè molto incresciosi, farlo deragliare"* (ivi);

- il terzo riorientamento riguarda l'opportunità di "*intervenire a ridosso della formazione di ostacoli nati dalle combinazioni di vincoli ed opportunità, spostando dunque risorse – umane ed economiche- da interventi di riduzione del danno a interventi di carattere preventivo e promozionale, intercettando i bisogni di tutti coloro che in qualche maniera sono implicati nei problemi di cura."* (ivi).

Per concludere, "*In epoca di "austerità permanente" (Pierson, 2001), la proposta potrebbe suscitare qualche perplessità (...). da un lato ci si potrebbe legittimamente (e con realismo) chiedere in che maniera, in un sistema di protezione sociale povero di servizi come il nostro e già in difficoltà a fronteggiare dignitosamente i casi più drammatici, si possano sviluppare interventi sociali in grado di intercettare le situazioni di vulnerabilità più silenti. Dall'altro si potrebbe affermare che buona parte degli elementi problematici messi in evidenza , nella condizione di chi cura, sono difficilmente trattabili dalle politiche perché rimandano a convinzioni personali, substrati culturali, orientamenti normativi e aspetti emozionali in cui a fatica si possono innestare azioni di policy.*" (ivi).

2.2. Planning & Caring

Come già analizzato nel capitolo introduttivo, il termine cura fa riferimento ad un insieme, dai contorni spesso sfuggevoli, di azioni, pratiche svolte a favore di soggetti non autonomi in una particolare fase della loro vita, come i minori e gli anziani non autosufficienti. Nell'ambito della pianificazione del territorio sono stati individuati tre filoni di ricerca, all'interno del panorama italiano, rispetto ai quali, seppure in modo laterale e spesso inconsapevole, il *planning* ha saputo intersecare quell'ampio insieme di significati del termine *care*:

- in primo luogo la riflessione, condotta a partire dalla fine degli anni Settanta, poi ripresa agli inizi del Duemila, attorno all'istituto degli *standard urbanistici,* alla loro attualità in quanto norme in grado di determinare "quanti" servizi potessero essere insediati al fine di rispondere anche alla domanda del "prendersi cura";

- in secondo luogo le ricerche svolte attorno al tema della pianificazione dei tempi che ponevano come loro fulcro la conciliazione tra i tempi del lavoro e i tempi personali, consolidatesi poi con l'adozione della Legge 53 del 2000 "*Disposizioni per il sostegno della maternità e della paternità, per il diritto alla cura e alla formazione e per il coordinamento dei tempi della città*", da cui in seguito nacquero le prime esperienze dei Piani dei Tempi Urbani;

- in terzo, e ultimo, luogo il filone di ricerche riguardante una rinnovata attenzione nei confronti della qualità dello spazio pubblico, composto dai suoi materiali più comuni, per il ruolo nel migliorare le condizioni di abitabilità degli insediamenti, intervenendo proprio, anche, e soprattutto, mediante una razionalità in grado di "prendersene cura", su quelle componenti minime degli spazi pubblici che maggiormente incidono sulla facilità delle quotidiani e routinarie azioni, tra cui quelle di cura.

Gli sguardi qui sopra individuati si spostano dagli spazi istituzionali per la cura, alla facilitazione nella gestione dei tempi al considerare il sistema di spazi pubblici come supporto alle *pratiche* di cura. L'obiettivo di questo paragrafo è quindi quello di ricostruire le principali posizioni espresse all'interno di ogni filone di ricerca, avente finalità esplorative e non la pretesa di trattare questo ampio tema in modo esaustivo e completo.

2.2.1. Spazi istituzionali della cura: standard urbanistici e spazi dei servizi

Trattando di pianificazione del territorio, il primo ambito di riferimento che bisogna trattare quando ci si occupa di "cura" sono gli spazi istituzionalmente dedicati allo svolgimento di tali funzioni, ovvero quei contenitori dislocati all'interno del tessuto urbano al cui interno vengono erogati servizi sociali di diverso tipo, tra cui quelle aventi funzioni di cura. In questo paragrafo si tratterà

quindi del modo in cui il *planning* si è occupato di fornire alla città quegli spazi in cui venissero svolti alcuni tipo di servizi, tra cui quelli sociali: si restituirà l'*excursus* che vede una formalizzazione quantitativa di tale dotazione di spazi, avvenuta con l'istituzione degli standard urbanistici, fino ad una recente riflessione attorno alla loro opportunità di rispondere ad un criterio maggiormente prestazionale e qualitativo.

Una "*ricerca paziente delle dimensioni fisiche e concrete del benessere individuale e collettivo*", che "*ha lasciato nella città il capitale più stabile del ventesimo secolo (costruendo) il "welfare" mediante case, attrezzature collettive, spazi verdi e infrastrutture*" *(Secchi, 2005, p.108 e pp. 110-111), ma che si è da tempo fossilizzata in prassi standardizzate delle politiche di pianificazione e dei servizi sempre meno capaci di soddisfare le nuove domande di benessere della città contemporanea*." (Bellaviti, 2008) In nota, sempre in (Bellaviti, 2008). "*Come rileva ancora Secchi questa ricerca sperimentale ha prodotto risultati controversi, non sempre accettati, "tanto più quando essi si sono depositati in norme e regolamenti attraverso un processo di progressiva codificazione e di forse inevitabile riduzione" così che "molto è andato perso: molte piste di ricerca sono state interrotte o hanno dato luogo a piccole nicchie che rimangono come sparuti testimoni di ciò che avrebbero potuto produrre; altre, mano a mano che alcuni risultati venivano condivisi, codificati e istituzionalizzati, hanno finito con l'alimentare la bulimia normativa di fine secolo*."

L'esperienza degli standard urbanistici

In Italia, il concetto dello standard urbanistico, secondo il quale esisteva una relazione tra la quantità di suolo da dedicare alla realizzazione di spazi per i servizi pubblici e il numero di abitanti, fu introdotto per forza di legge nel 1968, grazie al Decreto Ministeriale del 2 Aprile n.1444 dal titolo *"Limiti inderogabili di densità edilizia, di altezza, di distanza fra i fabbricati e i rapporti massimi tra spazi destinati agli insediamenti residenziali e produttivi e spazi pubblici o riservati alle attività collettive, al verde pubblico e a parcheggi, da osservarsi ai fini della formazione di nuovi strumenti urbanistici o revisione di quelli esistenti, ai sensi dell'art.17 legge 6 agosto 1967, n.765"*. Questa legge, la n.765, cui venne poi attribuito l'appellativo di legge "ponte" per la sua natura temporanea e di collegamento tra una ormai sorpassata legislazione nazionale urbanistica e una nuova in dirittura d'arrivo (mai realizzata), già trattava di standard urbanistici[1], ma fu proprio il D.M. n.1444, insieme al n. 1404 del 1 aprile 1968 che definisce *"Distanze minime a protezione del nastro stradale, da osservarsi nell'edificazione fuori dal perimetro dei centri urbani"*, a stabilire un vero e proprio *corpus* di indici,

[1] L. 765/1967. Art.17 – (…) In tutti i Comuni, ai fini della formazione di nuovi strumenti urbanistici o della revisione di quelli esistenti, debbono essere osservati limiti inderogabili di densità edilizia, di altezza, di distanza tra i fabbricati, nonché rapporti massimi tra spazi destinati agli insediamenti residenziali e produttivi e spazi pubblici o riservati alle attività collettive, a verde pubblico o a parcheggi. Art. 18 – (…) Nelle nuove costruzioni ed anche nelle aree di pertinenza delle costruzioni stesse, debbono essere riservati appositi spazi per parcheggi in misura non inferiore ad un metro quadrato per ogni venti metri cubi di costruzione.

quantità e misure che costruiscono il concetto espresso dalla legge; vennero infatti definite le quantità minime di aree da destinare a servizi, verde, scuole e parcheggi in base al numero di abitanti reali o futuri ed alle attività produttive previste all'interno di un determinato tessuto urbano da inserire all'interno degli strumenti di pianificazione generale o attuativa[1]. Sebbene tale istituto fu salutato con grande entusiasmo dall'ambiente professionale e accademico dell'epoca, numerose furono le criticità riscontrate nella loro applicazione già a pochi anni dalla loro applicazione (Falco, 1978), di cui tratteremo in seguito.

Bisogna tuttavia porre come breve nota storica in quanto il concetto di standard urbanistico, che possiede una sua storia all'interno delle diverse culture urbanistiche e architettoniche europee a partire già dall'Ottocento (Falco, 1978, pp. 23-31), iniziò a condensare attorno a sé nel secondo dopoguerra, ma anche prima, alcune riflessioni e pratiche soprattutto nell'ambito dell'attività tecnico-scientifica che mirava a definire la quantità e le caratteristiche delle aree per i servizi urbani: " (…) *si tratta da un lato dell'attività di manualisti che in astratto, e dal riesame della loro attività didattica e professionale, tendono a definire gli elementi costitutivi e di relazione tra le attrezzature di servizio e la città, per superare con norme pratiche l'indeterminatezza della legge urbanistica e nel consegnare ai professionisti elementi meditati per la progettazione urbanistica; dall'altro v'è l'attività dell'INA/Casa (…) che, affrontando il tema dell'edilizia pubblica nell'ottica della comunità di vicinato, nel concreto tende a consigliare elementi quantitativi e qualitativi per la progettazione dei propri interventi*"[2] (Falco, 1978).

---

[1] Art. 3. Rapporti massimi tra gli spazi destinati agli insediamenti residenziali e gli spazi pubblici o riservati alle attività collettive, a verde pubblico o a parcheggi Per gli insediamenti residenziali, i rapporti massimi (…) sono fissati in misura tale da assicurare per ogni abitante - insediato o da insediare - la dotazione minima, inderogabile, di mq 18 per spazi pubblici o riservati alle attività collettive, a verde pubblico o a parcheggio, con esclusione degli spazi destinati alle sedi viarie. Tale quantità complessiva va ripartita, di norma, nel modo appresso indicato:a) mq 4,50 di aree per l'istruzione: asili nido, scuole materne e scuole dell'obbligo;b) mq 2,00 di aree per attrezzature di interesse comune: religiose, culturali, sociali, assistenziali, sanitarie, amministrative, per pubblici servizi (uffici P.T., protezione civile, ecc.) ed altre;c) mq 9,00 di aree per spazi pubblici attrezzati a parco e per il gioco e lo sport, effettivamente utilizzabili per tali impianti con esclusione di fasce verdi lungo le strade ;d) mq 2,50 di aree per parcheggi (in aggiunta alle superfici a parcheggio previste dall'art. 18 della legge n. 765. 18 della legge n. 765): tali aree - in casi speciali - potranno essere distribuite su diversi livelli.
Art. 4. Quantità minime di spazi pubblici o riservati alle attività collettive, a verde pubblico o a parcheggi da osservare in rapporto agli insediamenti residenziali nelle singole zone territoriali omogenee
Art. 5. – (…) Zone F): gli spazi per le attrezzature pubbliche di interesse generale - quando risulti l'esigenza di prevedere le attrezzature stesse - debbono essere previsti in misura non inferiore a quella appresso indicata in rapporto alla popolazione del territorio servito: - 1,5 mq/abitante per le attrezzature per l'istruzione superiore all'obbligo (istituti universitari esclusi);- 1 mq/ abitante per le attrezzature sanitarie ed ospedaliere;- 15 mq/ abitante per i parchi pubblici urbani e territoriali.
[2] In Falco (1978, pp. 33-61) i manuali presi in considerazione sono: Dodi L., *Elementi di urbanistica*, Tamburini, Milano, 1945; Piccinato L., *Urbanistica*, Sandron, Roma, 1947; Rigotti G., *Urbanistica*, UTET, Torino, 1951; Carbonara P., *Architettura pratica*, UTET, Torino,

Tabella 2 – Minimi standard urbanistici per le zone residenziali – Fonte: D.M. n.1444/1968 (Falco, 1978)

Zona di tipo	Carattere e/o desinazione	Asistenza prescolastica e scuola dell'obbigo	Attrezzature di interesse comune	Verde attrezzato	Parcheggi pubblici
A	Esistente con caratteristiche storiche, artistiche o ambientali	4,50	2,00	9,00	2,50
B	Esistente e totalmente edificata senza le caratteristiche della zona A Parzialmente edificata o con rapporto di copertura fondiario superiore al 12,5% e con densità territoriale a 1,5mc/mq	4,50	2,00	9,00	2,50
C	Inedificata o parzialmente edificata con caratteristiche che non consentono la classificazione B/ Inedificata o parzialemte edificata con caratteristiche che non consentono la classificazione B, in rapporto o contigua con preesistenze storiche, artistiche o archeologiche	4,50	2,00	9,00	2,50
	Inedificata o edificata con caratterisiche che non consentono la classificazione in B, in Comuni con popolazione totale prevista inferiore a 10000 abitanti / Inedificata in Comuni con popolazione totale prevista superiore a 10000 abitanti, quando la densità fondiaria non superi 1 mc/mq	4,50	8		
E	Destinazione d'uso prevista agricola	8			
F	Spazi per le attrezzature pubbliche di interesse generale	- 1,5 mq/ab. per le attrezzature per l'istruzione superiore all'obbligo (istituti universitari esclusi) - 1 mq/ ab. per le attrezzature sanitarie ed ospedaliere; - 15 mq/ ab. per i parchi pubblici urbani e territoriali			

1952, 1954, 1958; Neufert, *Progettare e costruire*, Hoepli, Milano, 1954; Tombola G., *Urbanistica: storia e tecnica*, Cedam, Padova, 1958. Per quanto riguarda l'attività INA /Casa: INA/Casa, Guida *per l'esame dei progetti delle costruzioni INA/Casa da realizzare nel secondo settennio*, Roma, s.d.; INA/Casa, *Suggerimenti esempi e norme per la progettazione urbanistica: progetti tipo*, Roma, 1950.

In sintesi, i manuali e le attività dell'INA/Casa si differenziano i primi per un'articolazione di proposte valide ovunque, scarsamente differenziate, il cui merito però era quello di ampliare il campo dei riferimenti disponibili (Santangelo, 2003), le seconde invece per aver perseguito l'idea di realizzare un quartiere autosufficiente mediante la realizzazione di una dotazione congruente di servizi pubblici. Inoltre, antecedentemente al D.M. n.1444, furono adottate tre circolari da parte del Ministero dei Lavori Pubblici, sempre riguardanti la dotazione delle aree da destinare ai pubblici servizi: la C.M. n.4555 del 1962 definiva la determinazione delle aree per i servizi da localizzare all'interno dei Piani di Edilizia Economica e Popolare; la C.M. n.3930 del 1964 riguardava il dimensionamento degli istituti scolastici; la C.M 425 del 1967 individuava gli standard residenziali che avrebbero dovuto rappresentare una guida nell'impostazione progettuale del PEEP. Di seguito riportiamo una tabella esemplificativa delle elaborazioni antecedenti alla Legge 1444/1969 che riporta le indicazioni riferite allo standard per le scuole elementari.

Tabella 3 – Scuola Elementare - Standard urbanistici prima della legge 1444/1969 – Fonte: elaborazione personale da dati contenuti in Falco (1978)

Riferimento	Dimensioni funzionali del servizio	Numero di abitanti serviti	Area (h)	Raggio di influenza (m)	Densità (ab/h)	Standard min/max (mq/ab)
Manuale dell'ArchitettoI I edizione	800 alunni	8000		500/350	100/200	
Rigotti G., Urbanistica, UTET, 1951	480 alunni (16 aule*30 alunni)	5000	0,8			1,6
Libera A., La scala del quartiere residenziale, in "Esperienze urbanistiche in Italia", INU, Roma 1952		1500/8000		800 max		1 Piano = 1,3 mq/ab 2 p.= 1 mq/ab 3 piani = 0,8 mq/ab
C.M. 3930/1964 – Dimensionamento delle attrezzature per la scuola e l'infanzia	100/600 alunni		2000	800		15 mq per alunno 1,2 – 1,5 mq/ab

Come si accennava in precedenza, alcune criticità riconosciute rispetto agli standard furono piuttosto palesi anche qualche anno dopo la loro adozione. Infatti, già nel 1976, dieci anni dopo la loro definizione per legge, Falco raccoglieva le sue ricerche e riflessioni attorno a questo tema nel libro "*Standards" urbanistici: note storiche, tecniche, critiche* . Le criticità che venivano riconosciute riguardavano il loro essere stati fissati in quanto soglia minima, e riconosciuti poi come minimo/massimo, e la loro scarsa possibilità di essere modificati in base alle esigenze di servizio; la poco sfruttata possibilità di sostituire gli standard previsti con servizi di pari efficacia, nel caso in cui il loro rispetto non sia perseguibile; la loro omogeneità ripetto all'eterogeneità del territorio comunale e geografico italiano; il debole riferimento alle caratteristiche funzionali e di relazione dei servizi; il loro riguardar solo alcune categorie di servizi sociali, quelli che necessitano di suolo; il loro ruolo nella formazione della rendita urbana.

Successivamente, con l'elezione dei Consigli Regionali negli anni Settanta[1] e la conseguente delega di alcune responsabilità, tra cui quella di legiferare in ambito urbanistico[2], trasferì alle regioni stesse la possibilità di ridefinire totalmente o in parte gli standard urbanistici definiti dal D.M. 1444. Sempre Falco (1978) riconosce che, mediante l'analisi delle attività legislative in materia di standard, le diverse regioni hanno "*generalmente operato nella direzione di un innalzamento delle quantità minime di aree da destinare ai servizi sociali, sostanzialmente non allontanandosi, (…, dai modi e dalle forme di definire quei valori adottati dallo Stato.*" Questo eccessivo aumento degli standard da realizzare, avrebbe creato, in un contesto storico in cui erano accesi i conflitti sociali in ambito urbano, *"(…) una città più giusta, quindi più efficiente e ben progettata"* (Fontana, 2003). L'aumento di tali indicatori sollevò alcuni problemi connessi con la dimensione quantitativa e gestionale degli standard: da una parte la questione del vincolo finalizzato all'esproprio senza la previsione certa del momento della sua esecuzione[3], dall'altra la questione riguardante l'impegno finanziario necessario all'acquisizione degli immobili e alla realizzazione dei servizi previsti, reso ancora più esteso solo dal 1977 con la legge 10, che introduceva l'obbligo di concorrere a sostenere il costo degli oneri di urbanizzazione, pagando in tal modo l'infrastrutturazione del territorio (*ivi*).

---

[1] L. n. 108/1968 "Norme per l'elezione dei consigli regionali delle regioni a statuto normale", L. n. 281/1970 "Provvedimento finanziario per l'attuazione delle Regioni a statuto ordinario"

[2] Costituzione della Repubblica Italiana, Titolo V, Art. 117 "La Regione emana per le seguenti materie norme legislative nei limiti dei principi fondamentali stabiliti dalle leggi dello Stato, sempreché le norme stesse non siano in contrasto con l'interesse nazionale e con quello di altre Regioni: (…) urbanistica(…)". Modificato poi dalla legge cost. n. 3 del 2001 "(…)Sono materie di legislazione concorrente quelle relative a: (…) governo del territorio(…)".

[3] Regolato poi dalla sentenza n.55 del 1968, n.5 del 1980 e dalla sentenza n.179 del 1999 con la quale la Corte Costituzionale ha stabilito che *"la stessa reiterazione del vincolo costituisce elemento da risarcire, potendo (…) l'Amministrazione procedre a compensazioni o a modalità alternative di fornitura del servizio pubblico programmato.*" (Fontana, 2003)

Scheda 2 – Communities and local government, National Planning Policy Framework, Marzo 2012

In Inghilterra vige un diverso sistema di pianificazione, basato sul principio che non sia necessario indicare uno standard per la fornitura dei servizi, bensì sia maggiormente efficace fornire delle linee guida a livello nazionale, entro cui le autorità locali possano muoversi, nel loro rispetto. Qui di seguito sono elencate alcune delle linee guida, obiettivi da seguire nella pianificazione delle città, concentrandosi soprattutto sulla promozione di ambienti locali sani.

"Il quadro di riferimento nazionale inglese per le "Planning Policies" identifica le politiche di pianificazione a livello centrale e come queste debbano essere applicate; tale documento deve essere preso in considerazione nella redazione dei piani locali. Non vengono identificate politiche specifiche da applicare. (Introduzione, Pag.7)

Obiettivi da perseguire per "Achieving sustainable development":
- Promuovere lo sviluppo sostenibile
- Assicurare la vitalità dei centri urbani
- Sostenere una prosperosa economia rurale
- Promuovere i trasporti sostenibili
- Sostenere infrastrutture di alta qualità
- Provvedere ad un ampia scelta di abitazioni di alta qualità
- Richiedere una buona progettazione
- Promuovere la salute nelle aree urbane

In particolare, di grande interesse appare questo focus sulla promozione di "healthy communities". Infatti, "Il sistema di pianificazione può giocare un ruolo importante nel facilitare l'interazione sociale e nel creare comunità sane ed inclusive. Le autorità di pianificazione locale dovrebbero creare una visione condivisa con le comunità riguardo al contesto residenziale e dei servizi che vorrebbero vedere. Per sostenere questo, le autorità di pianificazione locale dovrebbero puntare a coinvolgere tutte le componenti della comunità nello sviluppo di piani locali e nelle decisioni che riguardano il planning. Le politiche di pianificazione e le decisioni, dovrebbero essere indirizzare a realizzare luoghi che promuovano:
Opportunità per l'incontro tra i membri della comunità che altrimenti non entrerebbero in contatto gli uni con gli altri, mediante la creazione di aree urbane miste, di centri di quartiere e di fronti stradali attivi, che riuniscano chi lavora, vive o gioca nelle aree circostanti;
Ambienti sicuri e accessibili dove la criminalità e i problemi, e la paura del crimine, non svilisca la qualità della vita o la coesione sociale;
Aree sicure e accessibili aventi percorsi pedonali chiari, alta qualità dello spazio pubblico che incoraggi uso continuo e attivo degli spazi pubblici.
Al fine di ottenere spazi e servizi sociali, culturali e ricreativi, di cui la comunità necessita., le politiche di pianificazione dovrebbero:
Definire la dotazione e l'uso degli spazi condivisi e dei servizi urbani (come negozi di quartiere, luoghi d'incontro, spazi sportivi, edifici culturali, …) ed altri servizi locali al fine di rafforzare la sostenibilità delle comunità e delle aree residenziali (…).
L'accesso a spazi pubblici di alta qualità e le opportunità per lo svolgimento di attività sportive e ricreative all'aria aperta possono contribuire alla salute e al benessere delle comunità. Le politiche di pianificazione dovrebbero essere basate su di un robusta e aggiornata valutazione dei bisogni riguardanti gli spazi aperti e le dotazioni di apzi per lo sport e la ricreazione, o la creazione di nuovi spazi. Tale valutazione dovrebbe identificare specifici bisogni e mancanze o surplus qualitativi e quantitativi. Le informazioni ottenute da tale valutazione dovrebbero essere usate per determinare se è mancante di spazi pubblici, sportivi o ricreativi.
(…) Le politiche di pianificazione dovrebbero proteggere e rafforzare il diritto pubblico di accesso."

(Department for Communities and Local Government, 2012)

Gli standard urbanistici oggi[1]

Nel corso degli anni gli standard urbanistici, nella loro messa e in atto e nei loro riferimenti normativi, sono stati messi sotto pressione: in primo luogo dal *"passaggio concettuale/operativo (…) dal servizio di interesse pubblico al servizio di interesse generale e collettivo"*, in secondo luogo *"dalle nuove logiche prestazionali a livello di ogni settore specifico"* (Karrer & Ricci, 2003).

"Il primo tema rileva, nel contesto del nuovo Titolo V, rispetto alla sussidiarietà e alla disponibilità di risorse da parte degli enti locali per l'offerta di servizi: si apre a questo punto la vasta problematica della sussidiarietà orizzontale e quindi della possibilità che un operatore privato eroghi servizi di interesse generale e collettivo sostituendosi al pubblico, in un quadro di partnership, di accordi, di convenzioni attivabili tra pubblico e privato" (Karrer & Ricci, 2003). Infatti, dal momento in cui il soggetto pubblico non è stato più in grado di realizzare quell'apparato di servizi pubblici in grado di soddisfare i bisogni della comunità insediata, si è fatto ricorso a forme ibride nella loro fornitura, che vedono la concertazione, la negoziazione e partecipazione del privato. Il concetto stesso di servizio pubblico subisce alcuni stiramenti nel suo significato in quanto non si assiste più al solo servizio pubblico realizzato dal soggetto pubblico, bensì ad un ampio ventaglio di soggetti, sia privati che appartenenti alla sfera del cosiddetto "terzo settore"(organizzazioni di volontariato che operano senza fini di lucro, non profit organizations), che forniscono servizi di interesse collettivo. Questo cambiamento nella natura dei soggetti che forniscono il servizio si riflette anche nella medesima natura dei servizi offerti, oltre alle logiche cui sottostanno: si iniziano a prestare attenzione maggiormente alla qualità del servizio offerto, alla soddisfazione dell'utente, che richiede servizi sempre più sofisticati e distanti dalla quantificazione di "verde-scuole-parcheggi" (ivi)

"*Le logiche prestazionali diventano, dal loro canto, la chiave di volta attraverso cui si esplica il percorso che va dalla riserva di aree per realizzare le attrezzature (come da standard) alla erogazione del servizio effettivo secondo standard di qualità. Ed è proprio su quest'ultimo che si attesta l'attenzione delle amministrazioni ai vari livelli, da un lato rispetto al superamento della logica del '68 e dall'altro rispetto alla definizione dei minimi cui sopra si accennava. Quest'ultima sembra prendere la direzione che dal minimo di mq per abitante va a circoscrivere il "livello minimo" del servizio effettivo. Questa strada è stata intrapresa da alcune tra le più significative riforme settoriali, quella della socio assistenza, quella della sanità e quella dell'istruzione. (…)*" (Karrer & Ricci, 2003)

[1] Riguardo alle riflessioni prodotte in ambito disciplinare rispetto l'istituto degli standard urbanistici, due numeri monografici della rivista Urbanistica Dossier sono di importante riferimento: Urbanistica Dossier, n.21, 1999, INU Edizioni, Roma. In particolare (Contardi, 1999), (Falco, 1999), (Ricci, 1999), (Oliva, 1999), (Karrer, 1999); Urbanistica Dossier, n. 44, 2002, INU Edizioni, Roma. In particolare (Ricci, 2002), (Karrer, 2002).

Scheda 3 – Territorializzazione nella pianificazione dei servizi social: la legge quadro 328/2000 e la riforma del Titolo V della Costituzione[1]

La "legge quadro" n. 328 adottata nel 2000, e in seguito la Riforma del Titolo V della Costituzione, trasformano in modo sostanziale l'ordinamento legislativo in materia di politiche sociali, trasferendo al livello locale molte delle competenze che prima erano a quello centrale dello Stato, proseguendo il cammino di decentralizzazione delle politiche sociali che si era avviato nel corso degli anni Settanta con la delega alle neonate Regioni in materia di politiche sanitarie e sociali. Dal punto di vista di una ricerca, questa, condotta nell'ambito degli studi urbani e della pianificazione del territorio, il cambiamento più rilevante portato da queste leggi di riforma nel campo delle politiche sociali (poi PS) è quello del nuovo ruolo assunto dalla loro dimensione territoriale, mentre in precedenza "*(…) veniva dato per scontato che fossero prevalentemente politiche nazionali. (…) la dimensione nazionale era preminente sia nell'ambito regolativo sia nell'ambito redistributivo*." (Kazepov, 2009).

Con le trasformazioni introdotte dalla legge quadro, sono tre i livelli di governo interessati nella definizione delle politiche sociali:

- quello statale, che vede come principali soggetti il parlamento, il ministero del lavoro e delle politiche sociali e l'Inps. A questo livello il parlamento , tramite la legge di bilancio, definisce le risorse da destinare al Fondo nazionale per le politiche sociali (poi FNPS), che su decisione del ministero delle PS vengono ripartite in trasferimenti a favore della Gestione interventi assistenziali e di sostegno alle gestioni previdenziali (GIAS), istituita presso l'INPS, delle regioni e ai comuni. Inoltre, al ministero spetta anche il compito di controllare e vigilare sui Livelli essenziali delle prestazioni (LEP), insieme dei diritti sociali ritenti essenziali e garantiti sull'intero territorio nazionale;
- quello regionale, cui spetta la competenza esclusiva in materia di assistenza sociale, è il livello in cui vanno ricercate le caratteristiche fondamentali di tale sistema. Alle regioni spettano infatti le funzioni di indirizzo e coordinamento , mediante gli atti normativi regionali di programmazione, mediante lo strumento del Piano sociale regionale e, infine, di controllo sull'operato degli enti locali. Spetta alle regioni inoltre la determinazione della dimensione finanziaria: esse definiscono le quote di risorse da destinare all'assistenza e ai servizi sociali (a partire dalla somma tra risorse stanziate dal centro e l'impiego di risorse proprie), nonché le modalità di attribuzione delle stesse agli enti locali;
- quello comunale, che si occupa dell'implementazione e della programmazione degli interventi in senso stretto. Le fonti mediante i quali questi compiti vengono espletati derivano, come visto sopra, da trasferimenti regionali e statali, che possono essere talvolta vincolati alla realizzazione di finalità specifiche, come le risorse attribuite per il finanziamento degli interventi in materia di *promozione di diritti e opportunità per l'infanzia e l'adolescenza* (Legge 285/1997). Le modalità mediante le quali i comuni possono svolgere le proprie attività sono molteplici e sono definite nel Piano di zona (strumento di programmazione a livello locale definito dalla L.328/2000), spesso avvalendosi di altri soggetti come altri comuni, mediante lo strumento dei consorzi per la gestione associata dei servizi o l'unione, le Aziende sanitarie locali, solitamente tramite delega, convenzioni o accordi di programma, gli enti privati e il terzo settore, per concessione o convenzione.

Nonostante la discesa al livello locale delle PS, lo Stato mantiene alcune competenze, tra cui la determinazione dei Livelli Essenziali delle Prestazioni (poi LEP), da garantire poi al livello locale.

"*Il discorso sui LEP deve partire dalla finalità della previsione costituzionale che assegna allo Stato la determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale. L'obiettivo è quello di mantenere una tutela omogenea dei diritti di cittadinanza attraverso la garanzia che prestazioni (un concetto qualitativo) e livelli (un concetto quali/quantitativo) delle stesse, ritenuti essenziali dall'ordinamento per il soddisfacimento di particolari diritti, siano assicurati sull'intero territorio nazionale*" (Ministero per la Solidarietà Sociale. Direzione generale per la gestione del Fondo Nazionale per le Politiche Sociali, 2006)

Tra questi LEP, oltre a misure volte a "contrastare la povertà e sostenere il reddito" o rivolte alla prevenzione di situazioni di grave emarginazione e bisogno (dipendenze, disabilità, minori disagiati, …), sono stati delineate alcune misure che hanno uno stretto legame con l'oggetto della ricerca, ovvero la cura e le sue interrelazioni con l'ambiente urbano. Infatti, tra le varie misure proposte nei LEP si leggono quelle volte "*a favorire la vita autonoma e la permanenza a domicilio di persone totalmente*

[1] In appendice sono riportati alcuni dati riguardanti la spesa pubblica nel settore sociale, la distribuzione per settori e a livello territoriale (Tabelle dalla 1 alla 15)

dipendenti o incapaci di compiere gli atti propri della vita quotidiana; a sostegno delle responsabilità familiari, per favorire l'armonizzazione del tempo di lavoro e di cura familiare. (Legge 328/2000. Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali, 2000)"

"*Quanto viene invece richiesto dalla nuova norma costituzionale – e forse ancor di più dal contesto generale nel quale essa si inserisce – è una vera e propria definizione dei livelli essenziali delle prestazioni da parte dello Stato e non più solo una programmazione degli stessi. Tale norma si prefigge infatti di garantire quel nucleo duro di prestazioni che costituiscono il fattore unificante della cittadinanza sociale contro il rischio di una frammentazione della stessa nelle diverse parti del territorio nazionale. Si tratta, in conclusione, di compiere nel settore un vero e proprio salto di qualità, immaginando un percorso che – pur con il dovuto realismo e con la necessaria gradualità - permetta di passare da un sistema di regole, procedure e programmi alla individuazione di precise garanzie per i cittadini.*" (Ministero delle Politiche Sociali, 2004)

Con il nuovo quadro di riferimento definito dalla legge costituzionale, invece lo Stato definisce i LEP relative ai diritti sociali, le Regioni determinano ogni ulteriore intervento e gli Enti locali rendono effettivi i diritti sociali, tramite specifica regolamentazione. " *così a lungo attesa, la legge quadro conosce però un insolito destino: a nemmeno un anno dalla sua entrata in vigore , il mutamento del quadro costituzionale determina il venir meno del suo carattere vincolante nei confronti della disciplina regionale. (…) in questo campo le leggi regionali non sono tenute al rispetto dei principi fondamentali dettati dallo Stato (…). All'esclusività regionale di dominare la materia dei servizi sociali vi è un'eccezione, rappresentata dai livelli essenziali concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti uniformemente su tutto il territorio nazionale e per la determinazione dei quali lo Stato detiene la potestà legislativa esclusiva*" (Costa, 2009) (

"*Avanza inoltre all'orizzonte una questione che da sempre ha interessato l'area dei servizi sociali, quella della penuria delle risorse economiche, a cui si lega l'imminente attuazione del federalismo fiscale, in base al quale i Comuni dovranno provvedere a finanziare autonomamente i propri interventi assistenziali, attraverso il ricorso alla pressione fiscale*" (Costa, 2009) .

2.2.2. I tempi: politiche temporali urbane

Quando si parla di cura, la sua componente temporale assume un ruolo fondamentale: sia, a grande scala, in relazione ai tempi di vita, in cui alle diverse fasi corrispondono diversi crediti o debiti di cura, sia alla scala più minuta dei tempi quotidiani, in cui la gestione delle diverse azioni si scontra con una gabbia di tempi predefiniti come quelli lavorativi, dei servizi, del commercio, delle scuole. È proprio in questo caso che la pianificazione del territorio si è occupata, nel corso degli ultimi venti anni, delle politiche urbane dei tempi, attraverso l'adozione di leggi e la definizione di strumenti di pianificazione dei tempi. "*Le politiche temporali urbane italiane sono politiche pubbliche che agiscono sull'articolazione degli orari e del tempo sociale attraverso promozione, ideazione, ricerca, progettazione, attuazione e gestione di azioni locali.*" (Mareggi, 1999)

L'obiettivo di questo paragrafo sarà quello di tratteggiare una breve storia delle politiche dei tempi in Italia, di identificare quali siano gli snodi della riflessione attorno alla questione della pianificazione dei tempi e quali le relazioni con il punto di vista assunto da questo lavoro di ricerca, ovvero la cura.

Cenni storici sulle politiche dei tempi in Italia

Il vero punto di partenza della riflessione attorno i temi del tempo e della sua crescente complessità di gestione in ambito urbano fu un'iniziativa delle rappresentanti donne del Partito Comunista Italiano che nel 1985 proposero al Parlamento una proposta di legge dal titolo "*Le donne cambiano i tempi: una legge per rendere più umani i tempi del lavoro, gli orari della città, il ritmo della vita*", che andava ad insistere attorno a tre ordini di argomenti: il tempo del lavoro (la riduzione dell'orario di lavoro, la pianificazione legata alla possibilità di congedi parentali e di tempo per la formazione, la condivisione degli impegni e dei carichi all'interno della coppia; il coordinamento dei tempi della città, proponendo l'attribuzione ai comuni il potere di "*regolamentare e coordinare tutti gli orari della città attraverso un piano di coordinamento degli orari*" (Le Donne del PCI, 1990).

Sebbene questa legge non fu approvata, essa segnò il punto di avvio di un dibattito che portò ad inserire il coordinamento degli orari tra le funzioni di competenza dei sindaci delle città nella Legge 142 del 1990 "*Ordinamento delle Province e dei Comuni*". In seguito, come si evince dalla, il panorama legislativo riguardante le sfere di competenza rispetto al coordinamento degli orari in ambito urbano venne ampliato da una serie di norme che, oltre ad avere tra gli obiettivi una razionalizzazione degli orari e dei tempi di erogazione dei pubblici servizi (L. 142/1990, L. 241/1990, D.Lgs. 29/1993), promuovevano una diversa gestione dei compiti di cura all'interno dei nuclei familiari (L. 125/1991), una riorganizzazione delle scelte modali di mobilità all'interno delle aziende, istituendo la figura del *mobility manager* (Decreto 27 marzo 1998 del Ministero dell'ambiente, Mobilità sostenibile nelle aree

urbane), la liberalizzazione degli orari di apertura degli esercizi commerciali (D. Lgs. n.114/1998), oltre alla segmentazione degli orari di apertura delle scuole (DPR n° 275 del 1999).

Tabella 4 – Panorama legislativo sulla pianificazione dei tempi italiana – Fonte: Studi per il Piano Territoriale degli Orari della Città di Bergamo (2006)

Legge	Contenuto
L. 142/1990 e successive modificazioni – "Ordinamento delle province e dei comuni con le modifiche apportate dalla legge 3 agosto 1999 n. 265"	Assegna al Sindaco il potere di "coordinare gli orari degli esercizi commerciali, dei servizi pubblici, nonché gli orari di apertura al pubblico degli uffici periferici delle amministrazione pubbliche, al fine di armonizzare l'esplicazione dei servizi alle esigenze complessive e generali degli utenti" (Art. 36, Comma 3)
L. 241/1990 - "Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi"	Obbligo di concludere i procedimenti amministrativi entro un termine breve definito per ciascun tipo di atto, in quanto anche la celerità della risposta della Pubblica Amministrazione viene considerata come un fattore di crescita, atto ad evitare ai cittadini le conseguenze negative di un inutile spreco di tempo (Art. 2, Comma 2)
L. 125/1991 - "Azioni positive per la realizzazione della parità uomo-donna nel lavoro"	Indica, mediante una riorganizzazione del lavoro, delle condizioni e del tempo di lavoro, la via per favorire un miglior equilibrio fra responsabilità familiari e professionali e una più equa ripartizione di compiti fra i due sessi (Art. 1, Comma 2, lettera e)
D.Lgs. 29/1993 - "Razionalizzazione dell'organizzazione delle Amministrazioni Pubbliche e revisione della disciplina in materia di pubblico impiego, a norma dell'art. 2 della Legge 23 ottobre 1992 n. 421"	Pone, fra i criteri generali a cui deve ispirarsi la riorganizzazione delle Pubbliche Amministrazioni "L'armonizzazione degli orari di servizio degli uffici e di lavoro con le esigenze dell'utenza e con gli orari delle Amministrazioni Pubbliche dei paesi della Comunità Europea, nonché con quelli del lavoro privato" (Art. 2)
L. 285/1997 - "Disposizioni per la promozione di diritti e di opportunità per l'infanzia e l'adolescenza"	Prevede interventi "a livello centrale e locale per favorire la promozione dei diritti, la qualità della vita, lo sviluppo, la realizzazione individuale e la socializzazione dell'infanzia e della adolescenza…". La legge prevede inoltre la sperimentazione di servizi socio-educativi innovativi per la prima infanzia (0-3 anni)
D. Lgs. n.114/1998 - "Riforma della disciplina relativa al settore del commercio, a norma dell'art. 4, comma 4 della legge 15 Marzo 1997 n. 59"	Introduce ampi margini di liberalizzazione negli orari delle attività commerciali, demandando ai Comuni per la loro regolamentazione a livello locale (l'art. 11)
Decreto 27 marzo 1998 del Ministero dell'ambiente, Mobilità sostenibile nelle aree urbane	Istituisce la figura del mobility manager il cui compito è quello di "ottimizzare" dei "pacchetti di mobilità" per gli spostamenti casa-lavoro del personale dipendente di strutture produttive commerciali ed amministrative con più di 300 addetti e le imprese con più unità locali nella stessa città che complessivamente superino gli 800 addetti, con la finalità di ridurre il ricorso all'impiego del mezzo di trasporto privato a favore di dispositivi di multi-mobilità

Revisione della legge 142 (la n° 265 del 1999) modifica il testo dell'art. 36 – in seguito interamente recepito dal Testo unico delle leggi sull'ordinamento degli Enti Locali (n°267/00)	Obbligatorio per il Sindaco il compito di coordinare e riorganizzare "sulla base degli indirizzi espressi dal Consiglio Comunale e nell'ambito dei criteri eventualmente indicati dalla Regione, gli orari degli esercizi commerciali, dei pubblici esercizi e dei servizi pubblici, nonché, d'intesa con i responsabili territorialmente competenti delle Amministrazioni interessate, gli orari di apertura al pubblico degli uffici pubblici localizzati nel territorio, al fine di armonizzare l'espletamento dei servizi con le esigenze complessive e generali degli utenti"
DPR n° 275 del 1999 "Regolamento recante norme in materia di Autonomia delle istituzioni scolastiche" ai sensi dell'art. 21 della legge 15 marzo 1999 n° 59	Assegna alle singole scuole l'autorità per la regolazione dei tempi dell'insegnamento. A tal fine le istituzioni scolastiche possono adottare tutte le forme di flessibilità che ritengono opportune.

Tuttavia, nel 2000, su iniziativa del ministro Livia Turco, fu approvata la legge nazionale n° 53 "Disposizioni per il sostegno della maternità e della paternità, per il diritto alla cura e alla formazione e per il coordinamento dei tempi delle città", il cui obiettivo era quello di promuovere "*un equilibrio tra tempi di lavoro, di cura, di formazione e di relazione*" (Art.1). Questa legge istitì una serie di misure atte a sostenere i bisogni di cura all'interno delle famiglie, oltre ad attribuire una certa rilevanza, secondo le sue finalità, alla scansione dei tempi urbani, dedicando una ampia parte del testo a questo focus. Infatti, nella seconda parte del testo (Capo VII - Tempi Delle Città), vengono individuate le competenze tra i diversi soggetti istituzionali, Regione e Comune, viene definita la natura del PTO, le sue modalità di concertazione, la predisposizione di un fondo a questi obiettivi dedicato (si veda la Tabella 5 qui di seguito).

Considerando in particolare il PTO, questo possiede "*una forte vocazione partenariale e intersettoriale, il cui obiettivo è quello di sviluppare partnership tra comune ed altri stakeholders rilevanti sul tema del tempo (i cittadini e le imprese, le amministrazione locali e sovra-locali) anche attraverso un dialogo con gli altri strumenti della programmazione cogente (si pensi ai piani generali del territorio o al piano dei servizi socio-sanitari)*" (Donaggio & Melloni, 2010)

Tabella 5 – Sintesi L. 53/2000

Legge 8 marzo 2000, n. 53 -"Disposizioni per il sostegno della maternità e della paternità, per il diritto alla cura e alla formazione e per il coordinamento dei tempi delle città"	
Capo I PRINCIPI GENERALI	
Art. 1. Finalità	La presente legge promuove un equilibrio tra tempi di lavoro, di cura, di formazione e di relazione, mediante: a) l'istituzione dei congedi dei genitori e l'estensione del sostegno ai genitori di soggetti portatori di handicap; b) l'istituzione del congedo per la formazione continua e l'estensione dei congedi per la formazione; c) il coordinamento dei tempi di funzionamento delle città e la promozione dell'uso del tempo per fini di solidarietà sociale.

Capo VII TEMPI DELLE CITTÀ	
Art. 22. Compiti delle regioni	Definiscono (…) norme per il coordinamento da parte dei comuni degli orari degli esercizi commerciali, dei servizi pubblici e degli uffici periferici delle amministrazioni pubbliche, nonché per la promozione dell'uso del tempo per fini di solidarietà sociale (…). (Comma 1) Prevedono incentivi finanziari per i comuni (…) ai fini della predisposizione e dell'attuazione dei piani territoriali degli orari (…) e della costituzione delle banche dei tempi (…) (Comma 2)
Art. 23. Compiti dei comuni	I comuni con popolazione superiore a 30.000 abitanti attuano, singolarmente o in forma associata, le disposizioni dell'articolo 36, comma 3, della legge 8 giugno 1990, n. 142, e successive modificazioni, secondo le modalità stabilite dal presente capo, nei tempi indicati dalle leggi regionali di cui all'articolo 22, comma 1, e comunque non oltre un anno dalla data di entrata in vigore della presente legge. (Comma 1) Il PTO (…) realizza le finalità di cui all'articolo 1, comma 1, lettera c), ed è strumento unitario per finalità ed indirizzi, articolato in progetti, anche sperimentali, relativi al funzionamento dei diversi sistemi orari dei servizi urbani e alla loro graduale armonizzazione e coordinamento. (Comma 1) I comuni con popolazione superiore a 30.000 abitanti sono tenuti ad individuare un responsabile cui è assegnata la competenza in materia di tempi ed orari e che partecipa alla conferenza dei dirigenti (…) . (Comma 2)
Art. 24. Piano territoriale degli orari	Il sindaco elabora le linee guida del piano. A tale fine attua forme di consultazione con le amministrazioni pubbliche, le parti sociali, nonché le associazioni (…), e le associazioni delle famiglie. (Comma 4) Nell'elaborazione del piano si tiene conto degli effetti sul traffico, sull'inquinamento e sulla qualità della vita cittadina degli orari di lavoro pubblici e privati, degli orari di apertura al pubblico dei servizi pubblici e privati, degli uffici periferici delle amministrazioni pubbliche, delle attività commerciali(…), nonché delle istituzioni formative, culturali e del tempo libero. (Comma 5) Il piano è approvato dal consiglio comunale su proposta del sindaco ed è vincolante per l'amministrazione comunale, che deve adeguare l'azione dei singoli assessorati alle scelte in esso contenute. Il piano è attuato con ordinanze del sindaco.
Art. 25. Tavolo di concertazione	Per l'attuazione e la verifica dei progetti contenuti nel piano di cui all'art.24, il sindaco istituisce un tavolo di concertazione, cui partecipano: a) il sindaco stesso o, per suo incarico, il responsabile (…); b) il prefetto o un suo rappresentante; c) il presidente della provincia o un suo rappresentante; d) i presidenti delle comunità montane o loro rappresentanti; e) un dirigente per ciascuna delle pubbliche amministrazioni non statali coinvolte nel piano; f) rappresentanti sindacali degli imprenditori della grande, media e piccola impresa, del commercio, dei servizi, dell'artigianato e dell'agricoltura; g) rappresentanti sindacali dei lavoratori; h) il provveditore agli studi ed i rappresentanti delle università presenti nel territorio; i) i presidenti delle aziende dei trasporti urbani ed extraurbani, nonché i rappresentanti delle aziende ferroviarie. (Comma 1)

Art. 26. Orari della pubblica amministrazione	Le articolazioni e le scansioni degli orari di apertura al pubblico dei servizi della pubblica amministrazione devono tenere conto delle esigenze dei cittadini che risiedono, lavorano ed utilizzano il territorio di riferimento (Comma 1) Le pubbliche amministrazioni, attraverso l'informatizzazione dei relativi servizi, possono garantire prestazioni di informazione anche durante gli orari di chiusura dei servizi medesimi e, attraverso la semplificazione delle procedure, possono consentire agli utenti tempi di attesa più brevi e percorsi più semplici per l'accesso ai servizi (Comma 3)
Art. 27. Banche dei tempi	Per favorire lo scambio di servizi di vicinato, per facilitare l'utilizzo dei servizi della città e il rapporto con le pubbliche amministrazioni, per favorire l'estensione della solidarietà nelle comunità locali e per incentivare le iniziative di singoli e gruppi di cittadini, associazioni, organizzazioni ed enti che intendano scambiare parte del proprio tempo per impieghi di reciproca solidarietà e interesse, gli enti locali possono sostenere e promuovere la costituzione di associazioni denominate "banche dei tempi". (Comma 1)
Art. 28. Fondo per l'armonizzazione dei tempi delle città	Per le finalità del presente articolo è istituito un Fondo per l'armonizzazione dei tempi delle città, nel limite massimo di lire 15 miliardi annue a decorrere dall'anno 2001. (…) (Comma 2)

Alcune esperienze italiane

Sebbene la normativa sopra individuata imponga ai comuni aventi oltre 30000 abitanti di adottare le misure proposte in tema di pianificazione dei tempi urbani, in Italia, l'unico paese europeo ad avere leggi che danno ai sindaci l'autorità di adottare misure in questo ambito (Donaggio & Melloni, 2010), la diffusione del PTO assume sul territorio italiano una distribuzione a macchia di leopardo, concentrandosi prevalentemente nei comuni, o gruppi di municipalità, prevalentemente nel Centro- Nord (Mareggi, 2002). Inoltre, dal punto di vista legislativo, solo otto regioni italiane hanno adottato una legge sui tempi: Emilia Romagna, Piemonte, Toscana, Marche, Lombardia, Basilicata, Abruzzo e Puglia (Donaggio & Melloni, 2010).

Le diverse esperienze italiane di pianificazione dei tempi in ambito urbano possono essere classificate sotto diverse aree tematiche in base alle azioni proposte (Mareggi, 1999, 2002):

miglioramento dell'accessibilità dei servizi ai cittadini, mediante il prolungamento o ridefinizione degli orari di apertura, la razionalizzazione dell'accesso ai servizi, come la semplificazione delle procedure burocratiche e amministrative, l'integrazione polifunzionale degli sportelli, l'avvio degli uffici relazione con il pubblico, e della domanda, promuovendo l'autocertificazione e la diffusione dei servizi *online*, l'agio nei luoghi di erogazione dei servizi e la redazione di guide informative sui servizi comunali e della città. Il focus di questa tipologia di azioni è sul miglioramento dell'organizzazione dei tempi quotidiani, ponendo attenzione ai soggetti che hanno a che fare con questa organizzazione;

progettazione integrata degli spazi pubblici, attraverso iniziative pubbliche

volte alla rivitalizzazione ed al rinnovo di alcuni spazi urbani, svolte in collaborazione con diversi attori sociali (commercianti, residenti, imprese e associazioni locali, …), attraverso iniziative di animazione di tali spazi;

istituzione delle banche del tempo, strutture di stampo solidaristico basate sul concetto dello scambio di tempo da dedicare a piccoli servizi tra persone con diversi bisogni;

interventi sulla mobilita, volti a de-sincronizzare l'inizio o la fine di alcune attività o servizi, a migliorare le condizioni di traffico e viabilità sulle strade e a promuovere lo spostamento modale verso il trasporto pubblico;

politiche riguardanti gli orari di apertura delle attività commerciali, spesso considerate un problema del tutto estraneo rispetto ai problemi del governo urbano, attraverso l'estensione degli orari di apertura (aperture serali, domenicali, durante le festività natalizie) e facenti parte di un più complesso insieme di interventi sul sistema del commercio, sull'arredo urbano e la sua manutenzione, sulle scelte di mobilità, …;

de-sincronizzazione degli orari scolastici, al fine di decongestionare, soprattutto a livello viabilistico, le ore in cui il traffico è più intenso, ovvero all'apertura e alla chiusura delle scuole;

promozione culturale e turistica della città, attraverso l'apertura dei musei anche durante orari non canonici o in alcuni periodi dell'anno.

Le finalità promosse dalle politiche temporali urbane in Italia possono essere raggruppate in quattro tipologie di famiglie:

miglioramento della qualità della vita dei cittadini attraverso una migliore organizzazione e distribuzione delle ore da dedicare alle attività di cura, di svago o lavorative;

modernizzazione della pubblica amministrazione mediante la semplificazione delle sue procedure e l'apertura dei servizi in modo tal da rispondere il profilo temporale della domanda;

riqualificazione degli spazi pubblici urbani in modo tale da favorire la socializzazione e per accogliere gli abitanti temporari e i residenti, con diversi abitudini di mobilità;

ricomposizione della competizione tra residenti e abitanti temporanei della città, tra lavoratori e utenti dei servizi.

Dal punto di vista delle diverse esperienze messe in atto in questo ambito Mareggi (2002), riconosce tre famiglie di politiche dei tempi urbani, basate su tre diversi tipi di *pattern* di azioni:

i piani, ovvero i PTO, possiedono spesso un carattere strategico, sono designati attorno all'implementazione di alcuni "progetti pilota" o programmi d'intervento, il cui scopo è quello di rendere una visione complessa della città;

le analisi e le mappe degli orari, spesso svolti in preparazione dei PTO, possono assumere diverse forme

i progetti e i programmi di intervento, concentrati su un singolo progetto o iniziativa.

Elementi di riflessione

Come si è visto, le politiche temporali in Italia nascono avendo una matrice di genere, intesa per l'attenzione posta ai soggetti, uomini o donne, nel tentativo di facilitare una loro ricomposizione delle opportunità di vita e di lavoro a partire da modalità di organizzazione degli orari a scala urbana più vicine alle esigenze dei cittadini. Tale sguardo di genere è inoltre evidente nell'attenzione che viene riservata al ruolo della vita quotidiana, delle *routines* e della funzionalità dei servizi pubblici rispetto al miglioramento delle opportunità di vita, oltre ai consolidati ruoli di cura parentale che restano ancora oggi attribuiti alla popolazione femminile, generando una disparità nelle opportunità di accesso al reddito tra uomini e donne.

Nell'ambito della letteratura accademica, diversi ambiti disciplinari si sono avvicinati allo studio del tempo (*time oriented studies*), che qui cito brevemente: l'urbanistica dei tempi e mobilità, introdotta in Italia da Sandra Bonfiglioli e dalla sua equipe del Politecnico di Milano; *time geography* (Carlstein, 1978); sociologia urbana e studio delle popolazioni temporanee (Martinotti, 1993). Più recentemente, alcuni ricercatori nell'ambito delle politiche urbane e della pianificazione territoriale hanno riportato alla luce questo tema di riflessione, che pareva aver subito un arresto dopo l'iniziale periodo di sperimentazione della legge 53/2000, concentrandosi soprattutto sul potenziale innovativo che le politiche temporali urbane possiedono (Mareggi, 2002; Donaggio & Melloni, 2010).

2.2.3. La città come dispositivo: spazi comuni, quotidiani, prossimi

Il recente ritorno nell'ambito della ricerca urbana e le pratiche progettuali dei temi riguardanti lo spazio pubblico, composto dai suoi materiali più comuni possiede dei punti di contatto con le questioni della ricerca di un maggior *confort* e di una migliore abitabilità dei contesti urbani. Tali questioni si intrecciano strettamente con le tematiche relative alla cura in quanto la riflessione attorno agli spazi più prossimi ed accessibili delle città contemporanee consentono di andare ad intervenire proprio su quelle componenti minime degli spazi pubblici che maggiormente incidono sulla facilità delle quotidiani e routinarie azioni, tra cui quelle di cura.

Il punto di partenza di questa riflessione è la diffusa percezione di una cattiva abitabilità degli spazi urbani, inadatti nelle loro caratteristiche ad ospitare attività stanziali, così come gli spostamenti tra diversi luoghi. Tale inadeguatezza va ricercata non solo nel loro disegno e conformazione da un punto di vista del disegno architettonico, ma anche nella loro manutenzione, nella localizzazione ed accessibilità. Tali caratteristiche, percepite come rilevanti dalla popolazione, limitano fortemente l'uso quotidiano e minuto che potrebbe essere fatto di tali spazi. Solo di recente, all'interno del dibattito scientifico urbanistico, è emersa la necessità di occuparsi di questi spazi e delle loro relazioni con la percezione di benessere degli abitanti delle città. "*In linea con tale atteggiamento la città, il territorio ed il paesaggio, e più nello specifico lo spazio aperto, i parchi, i giardini, le piste ciclabili, i percorsi pedonali e i campi da gioco in alcune esperienze virtuose ritornano ad essere visti e progettati come spazi per sviluppare la vita sociale*" (Tosi, 2011)

"*(…) le città sono sono contenitori e oggetto di una consistente azione di 'manutenzione sociale' di spazi, beni e servizi pubblici che viene 'dal basso': una sorta di 'infrastruttura sociale' composta dalla rete dei luoghi, dei processi e dai soggetti che sostengono la qualità, la vivibilità e la socialità urban, capace di creare veri e propri (e spesso inediti) servizi e beni comuni*" (Bellaviti, 2008)

Facendo qualche passo indietro, l'urbanistica, sin dalle sue origini si è occupata della relazione tra spazio e benessere (Bellaviti, 2008). Sempre in Bellaviti (2008) si legge "*Nel consolidarsi dell'urbanistica lungo il Ventesimo secolo, va poi ricordata la lunga sperimentazione sul tema abitativo, affrontato sia nella sua dimensione fisica ed economica per il soddisfacimento di un bisogno primario (attraverso le "sempre più meticolose stime dei fabbisogni edilizi"), sia con riferimento alla "dimensione del quotidiano e la conseguente ricerca di un confort. (Un) concetto meno ampio di quello di welfare anche se con questo interferisce in modo evidente. Mentre il welfare riguarda il lavoro, la salute, l'istruzione, la casa, le vacanze, la pensione, nonché la sicurezza di poter disporre di tutto ciò nel tempo, il concetto di confort riguarda il rapporto tra il corpo e l'ambiente fisico circostante; non si limita al solo spazio dell'abitazione e della privacy, ma riguarda anche gli spazi esterni, cioè tutto lo spazio abitato" (Secchi, 2005, pp. 114-115). Alla ricerca sulla casa, si affianca quella sulle attrezzature collettive, "la (cui) lista si fa più lunga e articolata come più articolate si fanno le pratiche che investono gli spazi e gli edifici che vi corrispondono*" Appare quindi importante il ruolo dell'urbanistica, nel suo passato recente, non solo per aver dotato le città di spazi per i servizi, attribuendo grande attenzione alle dimensioni fisiche del benessere, e ponendo quindi le basi per le politiche di welfare degli Stati occidentali (Secchi, 2005)

Tale attenzione verso il benessere delle popolazioni in ambito urbano è quindi strettamente connessa con lo spazio pubblico, in quanto è in questa dimensione che trovano, o meno, soddisfazione le numerose dimensioni connesse con lo stare bene, individuale e collettivo. Ed è nello spazio pubblico che è diretto gran parte delle azioni sulle dimensioni fisiche del benessere: parchi, giardini, servizi per la cura, per sport, …

"(…)Una responsabilità fondamentale dell'urbanistica, cioè un "impegno ad organizzare le città, anche in senso specificatamente urbanistico, che non trascuri nel presente il bisogno degli uomini di prendersi cura di se stessi attraverso le forme dell'ambiente costruito (Belli, 2004, pp. 126-127)" (Bellaviti, 2008)

In nota segue, sempre in Bellaviti (2008): "*L'illuminante passo di Belli (2004) sulla responsabilità morale dell'urbanistica è il seguente: "La responsabilità si configura come tema che taglia trasversalmente i caratteri complessivi della tecnica moderna e permea tutta la pratica urbanistica. Si mette in moto un'attenzione, una cura per la vita, una più netta obbligazione morale, una preoccupazione per il futuro, un senso di responsabilità come subordinazione di ogni azione alla priorità del diritto alla vita (…).*"

"Rispetto al tema della sicurezza dei luoghi sembra utile provare a leggere il fenomeno come fortemente connesso all'indebolirsi o venir meno dell'urbanità, riabilitando il ruolo di progetti e politiche che hanno fatto dell'urbanità, della mixitè e della continuità il proprio punto di forza, cercando di allontanarsi dal fin troppo frequente accostamento di spazi preclusi, piccole fortezze separate, in cui «i membri dell'élite globale extraterritoriale possano prendersi cura della propria indipendenza fisica e del proprio isolamento spirituale, coltivarli e goderne. Nel paesaggio urbano, gli spazi preclusi diventano pietre miliari, che segnano la disintegrazione della vita comunitaria, che proprio li venne fondata e condivisa»(Bauman 2005). È oggi quasi trendy occuparsi dei temi della sicurezza e, per converso, della paura, del proliferare di enclaves e recinti: numerosi libri, tesi di dottorato e seminari vi sono dedicati. L'impressione però è che ormai, proprio per il loro proliferare, queste ricerche, indagando varie forme di insicurezza-paura, finiscano involontariamente per dipingere una situazione drammatica, a tinte fosche e senza uscita. È anche per questo che pensiamo sia più utile e fertile osservare il tema da una prospettiva diversa: senza enfatizzare paure e insicurezze, ma domandandoci cosa si è fatto e cosa si può fare per costruire uno spazio civile confortevole e sano, luogo di incontro e scambio, di compresenza e di interazione sociale e per questa via "sicuro". (Tosi, 2009)

3. Decostruire la cura, il contesto italiano

Dalla revisione –pur selettiva - della letteratura svolta nel capitolo precedente emerge un panorama piuttosto ampio di posizioni e approcci rispetto al tema della cura. La varietà delle posizioni espresse mette però in una certa difficoltà quando si tratta di comprendere in che modo attaccare il tema della cura a livello territoriale, obiettivo della ricerca, in quanto difficilmente sono state individuate politiche o progetti che avessero come oggetto principale questo tema. Per tale motivo è stato opportuno individuare, a partire dal capitolo precedente, alcune categorie di analisi utili al fine di individuare i principali modi in cui questo tema è stato trattato al livello della pianificazione e delle politiche del territorio. *Soggetti*, *luoghi* e *tempi* sono quindi le categorie interpretative individuate, categorie che interrogano la cura e il territorio in modi diversi. Qui di seguito espliciterò i motivi della loro scelta e le modalità mediante le quali si intende metterle a lavoro nel corso della ricerca.

L'esame della letteratura di stampo principalmente sociologico e sociale (Par. 2.1) ha concentrato le sue argomentazioni principalmente sulla componente relazionale della cura, individuando a tal proposito le categorie del "caretaker " e del "caregiver", riprese poi anche nell'ambito degli studi di genere (Scheda 1). Da questi testi si è ritenuto efficace ai fini della "messa in pratica" della ricerca estrarre quindi la categoria d'analisi dei "soggetti", considerando in questo insieme quelle politiche e progetti indirizzati esplicitamente a quella parte di popolazione che maggiormente necessita di cure, attenzioni, ovvero gli anziani e i bambini. Infatti, negli ultimi anni si sono moltiplicate politiche che intervengono alla scala urbana, assumendo come obiettivo di azione una categoria anagraficamente individuata di *soggetti*, appunto, riconosciuti come loro target. È così che le città "amiche dei bambini", "amiche degli anziani" si diffondono a livello internazionale, grazie soprattutto alla presenza di protocolli e linee guida stabiliti da organismi di rilevo mondiale (vedi Box all'interno del testo). Questa crescente attenzione nei confronti di tali categorie demografiche nasce a partire da una condivisa consapevolezza di come l'attuale sviluppo urbano penalizzi fortemente l'esperienza del vivere in città di queste persone, spesso non in grado di decifrarne la complessità e piegandosi alla farraginosità delle azioni quotidiane (v. Par.2.2.3). Per tali motivi, le politiche

che considero sotto questa categoria sono finalizzate soprattutto al raggiungimento di una sostanziale parità di accesso ai servizi, agli spazi, alle opportunità e alle relazioni sociali che le città offrono, mirando ad un sostanziale miglioramento della qualità della vita mediante l'implementazione di politiche che intervengono a diversi livelli (spazi pubblici, servizi, trasporti, comunicazione,…). L'elemento che considero maggiormente rilevante ai fini di questa ricerca è quello dell'importanza riservata agli spazi pubblici urbani a tali fini, considerati non come un semplice supporto statico per le politiche che in esso hanno luogo, bensì riconoscendo loro un ruolo –almeno strategicamente – attivo nel promuovere stili di vita maggiormente salutari, autonomi, consapevoli, diventando lo spazio stesso un *caregiver*. Nei paragrafi che seguono verranno presi in considerazione due esempi di politiche indirizzate agli anziani e ai bambini: lungi da considerarli "buone pratiche", il loro ruolo è quello di analizzare questa tipologia di interventi a livello territoriale relativa al tema della cura, identificando elementi replicabili o questioni lasciate irrisolte.

La seconda categoria d'analisi individuata è quella quasi ovvia, per una ricerca nel campo del planning, degli *spazi*. Tale categoria, individuata a partire dalle riflessioni, svolte nel capitolo precedente, riguardanti le modalità con cui si i territori si dotano di spazi da dedicare ai servizi pubblici, permette di individuare alcuni strumenti di pianificazione, elaborati negli ultimi anni in Italia, che hanno portato un'indubbia innovazione riguardo al modo in cui è stato affrontato questo tema nel passato. In questo caso il legame con il tema della ricerca si manifesta nelle dimensione di risposta istituzionale al bisogno di cura mediante la progettazione e la fornitura di un set di servizi deputati a svolgere tale funzione (Par. 2.2.1). L'esempio, anche qui considerato come test per capire come il tema del *care* si intrecci al livello territoriale, è rappresentato da una tipologia di piani di recente introduzione, quello del Piano dei Servizi, adottato come parte integrante del Piano di Governo del Territorio in Lombardia (v. Par.. 3.2), strumento dedicato alla dotazione dei servizi sul territorio secondo criteri diversa quelli usati in precedenza. Il punto di vista messo in atto sarà quindi volto a comprendere che tipo di geografie vengono disegnate, quali tipi di spazi vengono identificati dal piano, quale rapporto con l'oggetto della ricerca. Un altro ampio tema di ricerca individuato, rispetto alla categoria degli spazi è quello che riguarda, quasi rovesciando i termini del discorso, dagli "spazi della cura" alla "cura degli spazi", riferendosi a quell'insieme di politiche e progetti che intendono tale tema non solo come manutenzione del territorio, soprattutto nel contesto di un paese, l'Italia, in cui urgentemente tale tema richiede una presa in carico immediata da parte delle istituzioni, ma anche come diversa attenzione nei confronti degli spazi e delle istanze che in esso si depositano, che si declinano nelle forme più varie e . Questo orizzonte tematico rimarrà solo accennato nell'ambito di questa ricerca in quanto il suo approfondimento avrebbe appesantito la dissertazione, sbilanciandone inoltre il focus. Strettamente legata alla questione della "cura degli spazi" appare un'altra possibile strada percorribile rispetto a questo ordine di argomenti, appare quella della deriva securitaria come attualmente predominante nei confronti della gestione degli spazi pubblici, contrastata invece da una diverso approccio, maggiormente vicino ai temi del *care,* che considera come strategia di contrasto alla percezione di

insicurezza negli spazi urbani una diversa attenzione e cura verso di questi. Anche in questo caso si è scelto di lasciare sottotraccia quest'altro percorso di ricerca, al fine di non ampliare eccessivamente il campo d'indagine, rendendo dispersiva e poco ficcante la ricerca, soprattutto nei suoi esiti. Queste due aperture tematiche qui individuate possono considerarsi, nell'economia della ricerca, come possibili approfondimenti ed espansioni investigative da mettere in agenda.

L'ultima categoria presa in considerazione nella decostruzione della *cura* è quella dei *tempi*. Essa deriva da un ragionamento più ampio che coinvolge in primo luogo la dimensione relazionale della cura, nel suo evolversi rispetto alle diverse esigenze di cura a seconda delle diverse età, anche rispetto alla trasformazione delle caratteristiche all'interno delle fasce d'età cui si rivolgono le cure, attenzioni. Inoltre, l'influenza che i carichi di cura hanno nella scansione dei ritmi quotidiani delle persone, ritmi che condizionano e, allo stesso tempo, sono condizionati dall'organizzazione urbana, sia nel suo disegno spaziale che temporale: si fa qui riferimento in particolare alle crescenti esigenze di mobilità dei cittadini, che spesso compiono spostamenti non routinari, spesso disegnando frattali sui territori che percorrono, condizionati dalla trasformazione degli stili di vita e dell'uso del tempo libero, oltre che dalla frammentazione e dispersione sul territorio dei luoghi di residenza, lavoro o *loisir*. Alla luce di queste riflessioni, la categoria dei *tempi* è stata quindi messa al lavoro rispetto ad alcune esperienze italiane che hanno lavorato riguardo a questo ordine di questioni. Il tema del tempo e della sua organizzazione alla scala urbana è stato oggetto nei primi anni Duemila di diverse sperimentazioni: ci ri riferisce in questo caso alla stagione dei Piani Territoriali degli Orari, di cui si è trattato nel Par. 2.2.2. Gli esempi scelti riguardano l'esperienza bergamasca del suo Piano del Tempo, che assume come centrale la consapevolezza del tempo come fattore strutturante dell'organizzazione urbana, portando ad una dimensione pubblica la necessità di un suo ripensamento alla scala cittadina. La sua analisi consentirà di individuare come i tempi della cura sono stati considerati, quali aspetti sono stati privilegiati nella progettazione di tali strumenti, quali gli ambiti di maggiore attenzione.

Occorre considerare una necessaria premessa al capitolo che segue. Le categorie sopra individuate, quelle dei *soggetti*, *spazi* e *tempi*, rappresentano degli *escamotages* che permettono di comprendere in quali modi il tema della cura sia stato affrontato al livello delle politiche urbane. La scelta di un unico caso studio monografico non sarebbe stata funzionale, oltre che per la difficoltà nel reperire un caso urbano sul quale intervenissero diverse politiche così individuate, anche rispetto alla natura di tale ricerca che si compone di materiali, approcci disciplinari e prospettive diversi. Per tale motivo si è ritenuto maggiormente adatta alla ricerca l'individuazione di alcuni esempi italiani, permettendo di inquadrare tali sperimentazioni all'interno di una cornice di senso che viene data dall'analisi della letteratura e dalla lettura del contesto socio-economico. Appare importante sottolineare che la scelta di tali esempi non li innalza automaticamente al livello di buone pratiche, di politiche esemplari e replicabili, bensì vengono qui considerati come nell'ottica di una rassegna critica di casi *tout court*. La loro restituzione nel testo corrisponde alla funzione che essi assumono nell'economia della ricerca, ovvero la messa alla prova, il loro utilizzo quasi come dei campioni di laboratorio, finalizzato alla costruzione

di documento conclusivo che renda espliciti i contributi che uno sguardo "con cura" può dare nell'ambito delle politiche urbane. I casi individuati sono stati scelti in base alla loro rilevanza rispetto al tema trattato: l'analisi critica deriva dallo studio di tali materiali, oltre alla letteratura grigia che li accompagna (delibere, documenti di piano, relazioni di progetto, tesi di dottorato,…). Nel caso in cui la documentazione prodotta relativa ad ogni sperimentazione non mi permetteva di avere un quadro chiaro, mi sono avvalsa di alcuni questionari che ho inviato ai referenti interni alle amministrazioni, delle diverse politiche considerate. All'interno del testo sono stati inclusi anche delle schede di approfondimento riguardanti soprattutto la contestualizzazione di alcuni temi nell'ambito delle iniziative avviate a livello europeo. A concludere ogni paragrafo dedicato ad ognuno di questi "oggetti interpretativi" è stato dedicato uno spazio in cui, in forma di brevi schede illustrative, vengono presentate alcune sperimentazioni progettuali, la cui funzione all'interno del testo è quella di portare alla luce l'esistenza di una moltitudine di micropratiche che possono essere lette attraverso la lente del *care*, ognuna delle quali in grado di raccontare un punto di vista differente su questo tema.

Ovviamente ci saranno delle sovrapposizioni tematiche nello svolgersi di tali esempi: sebbene il fuoco dell'approfondimento verta su una delle tre categorie saranno inevitabili, oltre che fertili per le riflessioni, possibili sconfinamenti negli altri ambiti . Il ritratto che emergerà dall'analisi di questi esempi consentirà in sintesi di comprendere le direzioni in cui vanno tali esperienze recenti; l'esito della ricerca sarà quello di costruire un documento di indirizzo rispetto ai diversi modi in cui un approccio attento alla cura in ambito urbano possa essere messo in atto, un insieme di raccomandazioni derivanti dall'analisi critica degli esempi riportati in questo capitolo, che arricchisce e mette al lavoro il tema della cura.

3.1. Soggetti

Come anticipato nelle pagine precedenti, la prima categoria d'analisi individuata sedimentando le riflessioni emerse dalla revisione della letteratura è quella dei *soggetti*. Il punto di vista scelto per mettere in opera questa categoria è quello che guarda a quelle componenti che all'interno delle relazioni di cura sono solite ricevere queste attenzioni. In particolare si considereranno, utilizzando la stessa struttura argomentativa, due gruppi di soggetti: quello degli *anziani* e quello dei *bambini*. Ciò che accomuna queste sottocategorie di soggetti è il loro essere considerati spesso come la componente debole della società, cui spesso viene incluso anche il genere femminile, quasi come se la sua consuetudine ad occuparsi degli altri le faccia assumere le medesime – presunte - caratteristiche di fragilità e debolezza. Tale caratteristica assume un peso preponderante quando si parla del possibile uso che anziani e bambini possono fare degli spazi urbani: subito la loro presenza e fruizione di questi spazi va tutelata, incentivata e protetta, quasi fossero delle specie in via d'estinzione. Questa strategia d'intervento appare senza dubbio giustificata dalle caratteristiche degli ambienti urbani contemporanei, spesso del tutto ostili nei confronti di quei soggetti che non possiedono strumenti e caratteristiche in grado di dominare la complessità che li circonda. Tuttavia, nonostante la diffusione di tali politiche urbane che assumono come proprio *target* un segmento specifico della popolazione, la questione che appare come sottotraccia sembra essere quella che i territori e città contemporanee necessitino di un'azione di ripensamento volta a renderli maggiormente praticabili da parte di tutte le categorie di cittadini.

I paragrafi che seguiranno consentiranno di avere una panoramica sulle dinamiche demografiche italiane degli ultimi anni (accompagnato in appendice da un corredo di tabelle e grafici prodotti usando il database Istat), volte ad evidenziare le caratteristiche che la popolazione italiana sta assumendo in modo sempre più chiaro. In seguito verranno poi considerati le due sottocategorie individuate, quelle degli anziani e dei bambini, e le relative politiche individuate come esempio. La scelta delle politiche da leggere criticamente è caduta sulla città di Udine, che ha predisposto, all'interno di una più ampia cornice tematica riguardante il tema dell'*healthy ageing,* una serie di politiche volte migliorare l'accessibilità di alcuni spazi urbani, intervenendo mediante azioni volte ad incentivare nuovi usi degli spazi e dei servizi pubblici. Per quanto riguarda l'infanzia, l'esempio scelto è stato quello della città di Fano che ha avviato negli ultimi quindici anni l'iniziativa "Fano Città dei Bambini", declinata nei primi anni in una serie di tematiche e progetti alla scala urbana, per poi focalizzare il suo intervento attorno a tematiche legate alla sostenibilità ed all'educazione ambientale. Le motivazioni che mi hanno spinta ad individuare questi due progetti risiedono nel presentare, in entrambe le esperienze, elementi di interesse rispetto al tema della cura, per diversi ordini di motivi che verranno meglio esplicitati nelle conclusioni. Basti qui solo sottolineare, come d'aiuto durante la lettura degli esempi, il ruolo assunto dai contesti urbani in cui le iniziative hanno luogo, che talvolta sembra sparire dalla trattazione, o la semplificazione intrapresa nella progettazione di alcuni servizi o iniziative, appiattendo anche in questo caso le specificità dei contesti o delle analisi in

precedenza svolte.

Occorre premettere che la scelta di considerare le categorie sopra indicate segue un criterio, quello che permette di individuare un set di politiche identificabili in base ai soggetti posti come target. Esistono senza dubbio altre categorie di soggetti che rappresentano un ruolo molto importante all'interno delle relazioni di cura, come ad esempio quella del(la) *caregiver*, tuttavia la loro comprensione nell'ambito delle politiche urbane non assume una posizione rilevante, anzi, resta spesso sullo sfondo nell'ambito di ricerche che riguardano gli usi degli spazi pubblici urbani. Anche il tema delle disabilità è stato quasi subito accantonato in quanto espressione di un disagio che necessita di una trattazione maggiormente incentrata attorno approcci socio-sanitari che avrebbero ristretto eccessivamente il campo d'indagine attorno ad un argomento specifico. Ritengo tuttavia che un approfondimento riguardo questi aspetti possa suggerire interessanti prospettive di ricerca, necessitando però di un background maggiormente spostato riguardo a questioni socio-sanitarie.

3.1.1. *Graying cities:* politiche urbane per gli anziani

Cenni demografici

La società contemporanea italiana, così come le altre società occidentali, sta subendo un processo di invecchiamento, iniziato a partire dagli anni '60. Il miglioramento delle condizioni di salute della popolazione, grazie ad una più capillare assistenza sanitaria in grado di prevenire e contrastare il decorso di un gran numero di malattie croniche ed al cambiamento degli stili di vita (alimentazione, condizioni di lavoro, condizioni abitative, …) ha consentito agli italiani di vedere aumentare anno dopo anno le proprie speranze di vita dalla nascita. Tale trasformazione, nonostante sia senza dubbio un'importante conquista per le società contemporanee, rappresenta da un altro lato una sfida per la loro sostenibilità e per le conseguenze non solo sociali, ma anche, e soprattutto, economiche e politiche (si veda ad esempio la questione previdenziale e della propensione al voto).

Parallelamente a questo processo di aumento in numero della popolazione anziana, si assiste anche ad un suo aumento in proporzione alle altre componenti della popolazione. Infatti, non è corrisposta negli anni una compensazione mediante un aumento dei tassi di natalità, consentendo quindi una rapida risalita della popolazione over 65.[1] Infatti, negli ultimi cinquant'anni la struttura demografica della popolazione italiana ha subito diverse trasformazioni sia sul piano dell'allungamento della speranza di vita alla nascita, aumentando di circa un decennio nell'arco di grazie al miglioramento delle condizioni generali di salute della popolazione, sia rispetto alla proporzione percentuale di alcune fasce d'età rispetto al totale della popolazione. La speranza di vita, che per un uomo nato nel 1974 era di quasi 70 anni e per una donna quasi 76, passa a 79 e 84 anni rispettivamente per un uomo e una donna nati nel 2009.

In particolare, l'aumento delle speranze di vita ha visto un consistente aumento della popolazione considerata "anziana", ovvero avente età superiore ai 65 anni, come riportano gli indicatori di vecchiaia e di dipendenza strutturale: mentre il primo indicatore mostra un notevole incremento delle fasce d'età più avanzata rispetto a quelle dei minori di 14 anni, registrando inoltre una forte femminilizzazione della popolazione italiana in età avanzata, il secondo indicatore mostra come invece l'invecchiamento della popolazione non sia stato compensato da una maggiore crescita della popolazione più giovane, sintomo questo di un decremento dei tassi di natalità.

Questo secondo indicatore evidenzia anche uno dei maggiori fattori di stress relativo al sistema previdenziale, mostrando il crescente peso delle generazioni *over 65* rispetto alla popolazione attiva che invece deve sostenerne il peso finanziario della contribuzione previdenziale. Infatti, riferendosi a similari tendenze in corso

[1] Per semplicità di lettura, si è deciso di porre in appendice gli apparati come tabelle e grafici, cui si riferiscono i valori in questi paragrafi riportati.

nell'Unione Europea, "*In the EU25 the proportion of elderly people (aged 65 and more) will increase from 16.4% in 2004 to 29.9% in 2050 or from 75.3 million in 2004 to 134.5 million in 2050. The highest proportions of elderly people in 2050 are expected in Spain (35.6%), Italy (35.3%), and Greece (32.5%). As far as the elderly dependency ratio is concerned (…), this means that, whereas in 2004 there was one inactive person (young or elderly) for every two persons of working age, in 2050 there would be three inactive persons for every four of working age.* " (Urbact - Active A.G.E.)

Un altro elemento importante sui cui vale la pena soffermarsi è quello che riguarda le famiglie italiane, per il forte ruolo che possiede questa struttura nella società italiana soprattutto per quanto riguarda il fronteggia mento dei bisogni di cura (V. Par. 2.1). Infatti, esse vedono aumentare il loro numero in seguito al diminuire del numero dei loro componenti. Infatti, mentre solo vent'anni fa il numero delle famiglie con tre componenti quasi equivaleva il dato di quelle composte da quattro (rispettivamente 22,1% e 21,5%), i dati disponibili del Censimento 2001 mostrano invece un deciso aumento delle famiglie composte da due componenti (27,1% contro il 23,6% del 2001), e una decrescita del dato corrispondente alle famiglie di tre o quattro componenti (21.6% e 19.9%). Sempre riferendosi a questa tipologia di informazioni, un altro dato che appare importante è quello relativo alla rapida diminuzione delle famiglie numerose, composte da più di quattro componenti: nel 1991 quelle composte da cinque e sei componenti erano il 9,5% e il 5,4% della popolazione, mentre nel 2001 la percentuale di queste famiglie raggiunge il 5,8% e l'1,7%. Queste tendenze sono facilmente spiegate dalla diminuzione del tasso di fecondità prima mostrato, oltre alla parallela tendenza nel creare famiglie mononucleari e non coabitanti, come invece accadeva nei decenni precedenti. Inoltre, aumenta in modo consistente anche la percentuale di famiglie composte da un solo componente, passando dall'essere il 17,9% nel 1981, per arrivare ad essere un quarto delle famiglie nel 2001, il 24,9% del totale delle famiglie italiane. Per tali motivi, ovvero la diminuzione del numero di componenti medio delle famiglie (2,6 nel 2001) e il parallelo aumento delle famiglie composte da uno o due componenti, è aumentato molto anche il numero di famiglie esistenti in Italia, che passa da 18.632.337 nel 1981 alla cifra di 21.810.676 del 2001.

Rispetto a questa tendenza dell'aumento del numero di famiglie e della correlata diminuzione del numero medio di suoi componenti, le informazioni relative alle tipologie di famiglie esistenti in Italia può esserci di grande aiuto, in quanto registra altri cambiamenti che altrimenti rimarrebbero sottotraccia.

Una di queste informazioni è quella relativa all'aumento di famiglie senza nuclei, ovvero composte da persone sole o, ad esempio, da due sorelle, da un genitore con figlio separato, divorziato o vedovo, ecc.. (Istituto nazionale di Statistica, 2012): questo dato passa dal 22,9% del 1994-1995, al 27,2% del 2002-2003, fino al 31,3% del 2010-2012. Ciò che è più importante sottolineare qui è l'aumento, all'interno di questa percentuale, delle famiglie composte da una sola persona: tale dato passa dall'essere il 21,1% nel 1994-1995, al 24,9% nel 2001, fino al 29,4% nel 2010-2012.

Rispetto al dato delle persone che vivono da sole, è interessante soffermarsi, rispetto all'oggetto della ricerca, sul dato relativo alle persone *over 60:* il dato disponibile rispetto alla media dell'anno 2010-2011 segnala che in Italia la metà

delle persone che vivono da sole è costituita da anziani (53.6%), ovvero, circa il 10% delle famiglie italiane. Questo dato assume forme diverse rispetto al genere di queste persone: infatti, le donne italiane, più longeve rispetto agli uomini, si trovano ad affrontare gli anni della vecchiaia spesso in solitudine ed i dati lo dimostrano, con il 67,4% di donne over 60 che vivono sole, rispetto al 33,9% di uomini.

Il fenomeno dell'invecchiamento della popolazione e della sua progressiva "atomizzazione", vista la tendenza sopra registrata dell'aumento delle persone che vivono sole, indica un cambiamento molto importante all'interno della società contemporanea, non solo italiana, ovvero la lenta scomparsa del modello tradizionale di società composta da gruppi sociali dalle caratteristiche coerenti al loro interno per passare ad una società dominata dagli individui, portatori di istanze proprie e difficilmente generalizzabili (Touraine, 2008).

Approcci al tema

La panoramica effettuata nel paragrafo precedente riguardo la situazione demografica della società italiana ci restituisce l'immagine di un paese composto in una quota sempre maggiore da anziani, per la maggioranza donne e che vivono da sole. Questo ritratto sollecita da vicino non solo le discipline che si occupano degli aspetti sanitari e sociali della questione, riferendosi ad esempio al maggiore rischio di fragilizzazione degli anziani[1], bensì coinvolge un insieme molto più ampio di contributi critici appartenenti a diverse discipline.

L'approccio che indubbiamente riguarda maggiormente il tema della ricerca, oltre che l'ambito disciplinare in cui essa si colloca, è quello che tratta il tema dell'esperienza quotidiana degli anziani nelle città in cui abitano, il modo in cui queste si apprestano a rispondere, o ad essere sollecitate, alle domande che una quota sempre maggiore di popolazione, quella anziana, le rivolge. Tali domande riguardano le molteplici dimensioni di cui si compone l'esperienza dell'abitare degli anziani, e non solo, in città: quella degli spazi pubblici, della mobilità, dei servizi, delle relazioni sociali che in essi si svolgono. Gli anziani, seppur con i debiti distinguo all'interno della categoria, richiedono alla città spazi pubblici accessibili, confortevoli e sicuri, che siano adatti alle loro abilità psicofisiche, spesso rese limitate dagli anni. Sicuramente l'istituzione da parte della World Health

[1] "L'invecchiamento della popolazione comporta, tra l'altro, la presenza sempre più significativa di disabilità, più diffuse tra gli anziani che nella popolazione totale, da un lato per i normali processi degenerativi connessi all'invecchiamento stesso, dall'altro per il fatto che i progressi medici hanno reso curabili in patologie che un tempo non lo erano (ictus, infarto, tumore), consentendo, però, spesso solo una parziale ripresa dell'autonomia individuale. Gli anziani disabili sono ormai circa due milioni in Italia, e il peso degli anziani tra i disabili aumenta all'aumentare dell'età considerata." (Sabatinelli, 2009) Inoltre, " (…) la perdita di autonomia funzionale aumenta all'avanzare dell'età, cos' come lo svantaggio di genere. (…) lo svantaggio femminile dipende in parte dal fatto che le donne hanno aspettative di vita più lunghe." (*ivi*)

Organization (v. Scheda 6) di un programma esplicitamente dedicato alla costituzione di *Age Friendly Cities*, nell'ambito di un più ampio percorso volto a costruire *Healthy Cities* (v.Scheda 5), ha contribuito ad introdurre questo tema, quello dell'invecchiamento della popolazione in ambito urbano, nell'agenda delle politiche pubbliche. Il concetto di salute che viene espresso in questi documenti non riguarda solamente la prevenzione delle malattie in un'ottica prettamente sanitaria, bensì considera lo stato di salute come dipendente da un'insieme di fattori di diversa origine che contribuiscono tutti alla definizione di uno stato di benessere fisico e psichico[1]. Anche il tema dell'invecchiamento subisce uno spostamento di significato, passando da un'idea della vecchiaia come un periodo di inattività e quiescenza, in cui vengono meno le forze ed il proprio ruolo sociale, ad una fase della propria vita in cui diventi necessario mantenersi attivi scegliendo di adottare nuovi stili di vita maggiormente salutari ed integrati nella società di cui fanno parte. La razionalità di queste indicazioni di policy va cercata anche nella ricerca di una maggiore sostenibilità del sistema previdenziale e pensionistico: occorre prevenire che una fascia di popolazione sempre più ampia di persone che, nei prossimi anni, rischi di gravare in misura sempre più consistente sulle casse pubbliche, mediante la promozione di diversi stili di vita.

A corollario di questo modello delle *elderly friendly cities* vi sono alcuni altri filoni tematici che completano questo macrotema, filoni che rappresentano degli approcci di sicuro interesse soprattutto rispetto all'attenzione che viene posta, seppure spesso in forma retorica, agli spazi urbani e al loro importante ruolo del raggiungimento degli obiettivi preposti.

In primis quello dell'*ageing in place*, ovvero assumere come obiettivo nelle politiche che insistono sul miglioramento della qualità della vita degli anziani, quello di facilitare ed incentivare la permanenza dell'anziano, anche se in condizioni di fragilità, nella casa in cui ha da sempre vissuto[2]. Questo fattore viene ritenuto di indubbia importanza per il benessere psico-fisico degli anziani, poiché consente loro di non perdere quei riferimenti spaziali, non solo all'interno dell'abitazione, ma anche del vicinato, del quartiere e della città, oltre a quelli socio-relazionali. Rispetto a questo orientamento, le diverse politiche che insistono sui temi dell'invecchiamento, convergono tutte nel considerare l'abitazione e il quartiere come luoghi centrali nel vissuto dell'anziano, poiché è in questi luoghi che l'individuo ha investito i suoi anni, le sue energie, li sono cresciuti i suoi affetti. Si fa riferimento, ad esempio, a tutte quelle iniziative che puntano verso la domiciliazione dei servizi, soprattutto sociali e sanitari, o alla dislocazione in sedi distaccate o mobili di altri servizi.

Quindi, se l'*ageing in place* assume un ruolo rilevante nel promuovere un trattamento

---

[1] "Stato di completo benessere fisico, psichico e sociale e non semplice assenza di malattia" definizione contenuta nel preambolo alla Costituzione del World Health Organization, entrata in vigore il 7 Aprile 1948.

[2] "Elderly people, including those in need of care and support should, wherever possible, be enabled to continue living in their own homes, and where this is not possible, they should be enabled to live in a sheltered and supportive environment which is as close to their community as possible, in both the social and geographical sense." (OECD, 1994)

dell'invecchiamento legato al locale e al prossimo, anche il tipo di quartiere o contesto urbano in cui invecchiare assume un ruolo determinante. Non solo la presenza di una rete di servizi socio-sanitari accessibili per gi anziani assume una grande importanza, ma anche il disegno dei suoi spazi pubblici, la loro manutenzione, accessibilità e sicurezza. È anche per questi motivi che si stanno diffondendo sempre più linee guida e indicazioni relative alla progettazione di spazi pubblici inclusivi, in cui il focus sia quello di progettare ed ottenere spazi inclusivi, utilizzando manuali di *design for all*[1]. La presa di coscienza rispetto all'avvento di questo cambiamento demografico richiede quindi un ripensamento sul modo in cui le città sono state progettate e per quale tipo di abitante: una delle motivazioni a sostegno di questo approccio consiste nell'affermare che ri-pensare ad una città *ageing friendly* vuol dire pensare ad una città *age friendly*, in cui le diverse fasi, età della vita umana, ognuna avente un diverso grado di autonomia, abilità, domande, possano essere accolte e funzionare insieme nel medesimo territorio.

Un ultimo aspetto che caratterizza queste prospettive che riguardano la già citata nuova concezione dell'essere anziani in città, si trova in tutte quelle politiche che possono essere ricondotte ai discorsi sull'*active ageing*[2]. Tale prospettiva diventa necessaria in un contesto in cui la crescita della popolazione anziana metterà sotto stress il sistema sanitario e previdenziale: consentire – e incentivare – i cittadini a rimanere attivi ed indipendenti, sia da un punto di vista fisico che intellettuale, il più a lungo possibile si configura come una strada che è necessario percorrere. L'essere attivi riguarda anche i contesti urbani (o rurali) in cui gli anziani vivono: le loro caratteristiche possono incentivare o, più spesso, limitare, la predisposizione a uscire dalla propria abitazione e compiere delle semplici attività fisiche come camminare e muoversi autonomamente nel proprio quartiere o città. Gli spazi urbani e le loro caratteristiche assumono inoltre un ruolo centrale rispetto anche negli obiettivi designati dal WHO ad esempio mediante la creazione di spazi che siano in grado di prevenire cadute ed incidenti e che permettano l'*enabling* della popolazione anziana e l'incentivazione di un atteggiamento maggiormente predisposto verso l'importanza dello svolgere attività fisica, anche grazie all'esistenza di spazi aperti pubblici accessibili, sia da un punto di vista economico che logistico.

Questa breve sintesi riguardo i recenti approcci proposti da queste organizzazioni internazionali che si sono occupate dell'invecchiamento della popolazione e delle

---

[1] "The term Design for All (DfA) is used to describe a design philosophy targeting the use of products, services and systems by as many people as possible without the need for adaptation. Design for All is design for human diversity, social inclusion and equality (EIDD Stockholm Declaration, 2004). According to the European Commission, it "encourages manufacturers and service providers to produce new technologies for everyone: technologies that are suitable for the elderly and people with disabilities, as much as the teenage techno wizard." The origin of Design for All lies in the field of barrier free accessibility for people with disabilities and the broader notion of universal design." (Wikipedia - Universal Design, 2013)

[2] "Active ageing is the process of optimizing opportunities for health, participation and security in order to enhance quality of life as people age." (World Health Organization, 2002)

relazioni tra questo fenomeno e i contesti urbani consente di comprendere e quale sia l'importanza, non solo di riflettere criticamente, ma anche di intervenire riguardo questi temi.

Scheda 4 - Le politiche e strategie europee riguardanti l'invecchiamento della popolazione

L'Unione Europa ha riconosciuto il tema del crescente invecchiamento della popolazione del vecchio continente come questione di cui occuparsi in modo prioritario. Infatti, diverse iniziative promosse negli anni recenti sono finalizzate alla promozione di un cambiamento di tendenza nel trattamento di questa dinamica demografica: tra le più recenti ad essere avviate, il 2012 appena trascorso è stato definito "Anno europeo per l'invecchiamento attivo e la solidarietà tra le generazioni" e un focus sull'"ageing" viene riservato nella strategia decennale Horizon 2020 (European Commission, 2013).

Il 2012 è stato infatti dichiarato "Anno europeo per l'invecchiamento attivo e la solidarietà tra le generazioni"(EY2012), la cui principale finalità è stata quella di aumentare la consapevolezza riguardo al contributo che gli anziani possono dare alla società. La prospettiva adottata dall'UE è stata quella dell'"*active ageing*", ovvero la possibilità di "*growing old in good health and as a full member of society, feeling more fulfilled in our jobs, more independent in our daily lives and more involved as citizens*." (Unione Europea). Le aree in cui l'UE promuove l'*active ageing* sono le seguenti:

- l'occupazione, al fine di dare ai lavoratori più maturi migliori possibilità nel mercato del lavoro, in ragione del maggior rischio di non riuscire a mantenere il proprio posto di lavoro o trovarne uno nuovo, in attesa della pensione;
- la partecipazione nella società, riconoscendo il valore che gli anziani possono apportare alla società e allontanando l'idea che la fine della vita produttiva significhi essere non più utili;
- il vivere in autonomia, dando la possibilità, mediante piccoli cambiamenti nella progettazione, di poter rimanere nel proprio ambiente di vita il più lungo possibile.

Oltre alle iniziative a carattere più sociale ed economico, diverse altre azioni previste e supportate dall'Ue vanno ad insistere proprio sugli ambienti di vita degli anziani, non concentrandosi solo sul ridisegno degli spazi privati e di pertinenza delle abitazioni, bensì grande importanza viene data al ruolo degli spazi aperti e dei mezzi di trasporto sicuri ed accessibili, riconoscendone il ruolo di promotori dell'autonomia dei soggetti non più in pieno possesso delle proprie abilità fisiche e cognitive.

Uno degli obiettivi dell'EY2012 è stato anche quello di dare visibilità a progetti già avviati a livello locale dagli stati membri o dagli enti locali, spesso già finanziati medianti fondi europei indirizzati allo sviluppo locale, alla formazione, … Per quanto riguarda la partecipazione dell'Italia nelle attività dell'EY2012, le iniziative individuate come aderenti ai principi promossi dall'UE ricadono soprattutto nell'elenco dei progetti a carattere prettamente sociale, riguardanti la formazione o gli aspetti più "sanitari" della questione; poco spazio è stato concesso ad una visione più ampia, volta ad individuare quelle componenti strutturali che spesso limitano una vita attiva nelle persone più anziane (Presidenza del Consiglio dei Ministri. Dipartimento per le politiche della famiglia, 2012)

"The active ageing approach promoted in the context of the European Year for Active Ageing and Solidarity between Generations also contributes to raising employment and reducing poverty and social

exclusion and thus helps to meet the targets of the Europe 2020 Strategy." (Council of the European Union, 2012)

L'EY2012 si è configurato quindi come un ponte verso la strategia Europa 2020, mediante la quale l'UE mira a offrire una crescita intelligente, sostenibile e inclusiva con elevati livelli di occupazione, produttività e coesione sociale. Tale strategia, condivisa dagli stati membri nella definizione degli obiettivi nazionali, si basa su cinque obiettivi specifici che l'UE è chiamata a raggiungere entro il 2020, tra cui un innalzamento al 75 % del tasso di occupazione per la fascia di età compresa tra i 20 e i 64 anni e almeno 20 milioni di persone a rischio o in situazione di povertà ed emarginazione in meno. Altri obiettivi individuati riguardano poi l'istruzione, i cambiamenti climatici, l'energia e gli

investimenti in ricerca e sviluppo (European Commission, 2013). La promozione dell'invecchiamento attivo assume infatti un ruolo essenziale della strategia Europa 2020, il cui successo dipende in larga misura dal consentire agli anziani di contribuire pienamente all'interno e all'esterno del mercato del lavoro, rimanendo attivi anche come consumatori, assistenti, volontari e cittadini.

A tale fine l'UE per stimolare la crescita e l'occupazione ha individuato sette iniziative prioritarie (*flagship initiatives*): in particolare, l'istituzione di un Unione per l'Innovazione (*Innovation Union*), che appare fortemente focalizzata sulla promozione dell'innovazione nei prodotti servizi e modelli d'impresa, soprattutto in ragione di una popolazione europea sempre più matura che subisce le forti pressioni competitive dalla globalizzazione. In particolare, l'*Innovation Union*, in aggiunta a tredici *action points, ha* lanciato nel 2011 una *European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing*, il cui obiettivo principale è quello di aumentare di due anni la media della vita in buone condizioni di salute mediante "*enabling EU citizens to lead healthy, active and independent lives while ageing; improving the sustainability and efficiency of social and health care systems; boosting and improving the competitiveness of the markets for innovative products and services, responding to the ageing challenge at both EU and global level, thus creating new opportunities for businesses*. (Unione Europea. Innovation Union)".

L'adozione di un Piano Strategico di Implementazione e la successiva elaborazione di sei *Action Plans* segnano l'avvio di un processo che guiderà le azioni dei paesi membri dell'UE verso un'idea maggiormente complessa riguardo al tema dell'invecchiamento. In particolare, tra gli *Action Plan* predisposti, uno in particolare insiste sull'importanza dei una "*Innovation for Age- friendly Buidings, Cities and Environments"* (gli altri sono *Prescription and adherence action at regional level, Falls Prevention, Prevention of functional decline and frailty, Integrated Care*), riconoscendo nelle sue azioni specifiche l'importanza dell'obbiettivo comune di tendere verso l'implementazione di strategie condivise per la creazione di ambienti *age-friendly*, condividendo tra i paesi membri modelli di buone pratiche, ricerche e programmi innovativi riguardanti i temi dell'*active ageing* e della relazione tra "*spatial context, cost effectivness and population health, participation and wellbeing of older people, from wich evidence-based guidelines and best practices will be developed and shared*" (European Innovation Partenership on Active and Helathy Ageing , 2012)

Le aree di azione individuate dall'Action Plan riguardano l' implementazione di politiche e pratiche per regioni, città e comunità; la creazione di un network per la promozione di un patto europeo sul cambiamento demografico; il contesto fisico. È soprattutto l'ultima area di azione a portare i maggiori contributi di interesse in quanto appare più esplicitamente l'accento verso lo spazio, nella forma di spazio urbano, residenziale o dei servizi. A questo stadio ancora iniziale di avanzamento dell'Action Plan, i documenti disponibili riguardano le azioni previste e i soggetti individuati come competenti che sono: ricerca e costruzione di un database utile per la definizione dei principi da sviluppare; sperimentazione e modellazione per "*urban design, housing e health & social services*" ; costruire consapevolezza; diffondere risultati; sviluppare linee-guida e standard.

In precedenza nel 2008 l'UE aveva avviato il progetto "Q Ageing", finanziato dal programma Interreg promosso dal FESR, Fondo Europeo di Sviluppo Regionale, che aveva tra gli obiettivi quello di migliorare gli ambienti di vita e lavoro degli anziani: si tratta di un programma di cooperazione della durata di tre anni che coinvolge l'Ungheria, la Slovenia, l'Italia, la Polonia e la Germania, che insiste principalmente sul miglioramento della qualità e dell'adattabilità dei servizi pubblici e sulla creazione di nuovi contesti urbani progettati per venire incontro alle esigenze degli anziani. Il progetto, concluso nell'ottobre del 2011, ha coinvolto direttamente la popolazione anziana nello sviluppo e implementazione degli interventi, che potevano essere replicabili anche negli altri paesi dell'EU. Il progetto si è sviluppato attorno a tre macro-temi, ognuno dei quali è stato poi declinato in una serie di altre iniziative: Il primo tema riguarda la sicurezza sociale e la lotta all'isolamento degli anziani; il secondo tema si occupa di rafforzare l'occupabilità degli anziani; il terzo tema si occupa degli spazi pubblici e della mobilità degli anziani. I progetti raccolti in questo ambito assumono scale d'intervento differenti: si va dall'acquisto di alcune bici elettriche da usare all'interno di case di cura, all'attivazione di un bus a chiamata (Provincia di Treviso), ad un'attività di mappatura delle barriere architettoniche presenti in città (Sopot, Polonia), fino alla progettazione di un parco in cui il disegno degli spazi e dei percorsi sia funzionale all'uso di un certo segmento di popolazione (Maribor, Slovenia) o luogo di formazione all'invecchiamento attivo (Comune di Genova). (European Union, 2011)

Un'ultieriore iniziativa avviata dall'UE è quella denominata ActiveA.G.E. (Active ageing, Gender & Employement), all'interno del più ampio progetto Urbact (Unione Europea). Nell'ambito di un approccio integrato delle diverse tematiche a livello urbano, il progetto ActivAge si colloca all'interno del *focus* sull'*Active Inclusion :* infatti, esso appare concentrato sull'invecchiamento come importante caratteristica demografica che riguarda gli stati membri dell'Eu. ActivAGE si basa sul principio della condivisione delle esperienze effettuate nelle nove città che partecipano al programma, in modo tale da sviluppare una ampia competenza nei settori di intervento, identificando e sviluppando buone pratiche e mettendole successivamente in atto con un approccio integrato. I punti principali del progetto riguardano *age and the economy, age and care services* e *age and insecurity,* attorno ai quali sono stati sviluppati successivamente nove piani di azioni in altrettante città europee (Urbact - Active A.G.E.).

Nell'ottica di una ricerca che si occupa di indagare le "dimensioni territoriali della cura" attraverso la categoria dei soggetti, un ruolo fondamentale assume la lettura critica di un caso italiano in cui si siano messe in pratica politiche e progetti alla scala urbana che hanno avuto come oggetto la categoria, scelta come interpretativa, degli anziani. L'esempio considerato è quello del Comune di Udine, che ha aderito sin dal 2004 al programma promosso dal World Health Organization sulle Healthy Cities, proseguendo poi con l'esperienza delle città "Age friendly"(v. Scheda 2). L'esperienza di Udine è stata presa in considerazione come esempio, campione in quanto si presenta come luogo in cui è stata messa in atto una politica organica riguardante la popolazione anziana, che ha permeato anche altre azioni dell'amministrazione, come la recente approvazione del PRG, che ha previsto nelle sue considerazioni sull'accessibilità anche la creazione di percorsi pedonali e spazi verdi accessibili ogni trecento metri (Comune di Udine, 2013).

L'esperienza di Udine, il progetto "Città Sane" e il *focus* sull'Ageing

La città di Udine, capoluogo della regione Friuli Venezia Giulia, ha una popolazione di circa 100000 abitanti, di cui il circa un quarto ha più di 65 anni (Ufficio di Progetto OMS - Città sane, 2002). In quanto a proporzioni demografiche, la città di Udine si trova del tutto in linea con la situazione italiana, essendo stata interessata, nel corso degli ultimi anni, anche un incremento della popolazione immigrata, che rappresenta il 13% circa della popolazione[1] (*ivi*). Negli ultimi decenni la città ha subito un'importante trasformazione, passando dal possedere una base economica legata alla media e piccola industria, soprattutto nel settore siderurgico, al diventare una città dal forte ruolo terziario, grazie alla presenza degli uffici amministrativi istituzionali di regione e provincia, oltre alla forte presenza delle sedi dell'Università.

Udine fa parte del progetto Città Sane (v. Scheda 5) fin dal 1995 aderendo alla

[1] In Appendice sono riportate alcune tabelle riassuntive riguardo i caratteri demografici della Città di Udine.

seconda fase del programma. In un secondo momento, a partire dal 2008, entra a far parte anche del Subnetwork "Healthy Ageing" promosso nella quarta fase dal network delle Healthy Cities, diventando successivamente il comune capofila del progetto che coinvolgeva diverse altre città europee. Il comune elabora in quegli anni un importante documento, il Piano di Salute della Città di Udine (2003, ad oggi in aggiornamento), che individua, a partire da un'analisi dei bisogni di salute espressi dai cittadini, una serie di strategie di azione indirizzate ai diverse tipologie di soggetti e destinatari del territorio: infanzia, famiglia, anziani, disabilità, … (Comune di Udine, Az. Serv. San. 4 "Medio Friuli", Fond. "E. Zancan", 2003). Nello stesso periodo ha predisposto un documento, "Udine: il profilo di salute della popolazione anziana" (Ufficio di Progetto OMS - Città sane, 2002), che ha come obiettivo quello di identificare, a partire da una panoramica sulla popolazione anziana della città, quali siano i bisogni di tale componente della popolazione, anche mediante l'ausilio di *focus group* e interviste a gruppi di cittadini *over 65*. Questo documento si è anche occupato di proporre una valutazione da parte degli stessi utenti o caregiver rispetto ai servizi indirizzati agli stessi anziani, che espliciteremo qui di seguito, oltre ad una mappatura sul territorio di servizi in relazione alla loro localizzazione e alla presenza di anziani sul territorio.

Scheda 5 - Programma Città Sane: Healthy Urban Planning e Healthy Ageing

Il Programma Città Sane (Healthy Cities) viene lanciato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità nel 1986 con l'obiettivo di migliorare le condizioni di salute della popolazione europea assicurando l'accesso a servizi sanitari di buona qualità, ma anche mobilitando a livello locale, nei contesti urbani, soggetti sociali privati e pubblici, singoli e collettivi, al fine di costituire un movimento per accelerare il processo di promozione della salute.

Il Programma Città Sane nasce come attuazione del concetto di salute proposto dall'atto di costituzione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (1948) e ripreso dalla Carta di Ottawa (1986): la salute è "una condizione di completo benessere – fisico, sociale e mentale - e non solo l'assenza di malattia", condizione a cui concorrono, insieme ai fattori genetici, fattori economici, sociali e ambientali. A partire dal 1988 questa strategia viene enunciata dall'OMS anche nei documenti programmatici "Obiettivi della salute per tutti".

La salute e la qualità della vita diventano, dunque, un *outcome* non più solo individuale ma sociale, l'esito di una sfida lanciata ai territori urbani dalla globalizzazione, dall'esclusione sociale, dalla povertà e multiculturalità: "*La città sana è quella che costantemente crea e migliora i contesti fisici e sociali ampliando le risorse della comunità che permettono ai cittadini di aiutarsi a migliorare tutti gli aspetti della vita e a sviluppare al massimo il proprio potenziale*".

Il progetto Healthy Urban Planning e Healthy Ageing nascono nell'ambito della Terza Fase (1998-2002) del Programma Città Sane OMS, quando comincia a emergere come una priorità lo sviluppo di principi e pratiche di pianificazione urbana per una città sana, oltre ad una crescente attenzione verso il tema dell'invecchiamento della popolazione.

L'obiettivo principale del progetto *Healthy Urban Planning* è quello di focalizzare il centro di attenzione della pianificazione urbanistica sulla salute e la qualità della vita. I principi chiave dell'approccio "Città Sane" alla gestione urbana sono: equità, sostenibilità, cooperazione intersettoriale, coinvolgimento della comunità, azione internazionale e solidarietà. Per promuovere un maggior livello di salute, benessere e qualità della vita nei contesti urbani è infatti necessario, come indica l'OMS, integrare le politiche e le azioni dei molteplici settori di intervento amministrativo - in particolare urbanistico, ambientale, socio-sanitario - e dei diversi soggetti sociali - decisori, professionisti di tutte le categorie, privati, mondo

accademico e della ricerca, cittadini organizzati - che operano sulla/nella città. A partire dall'anno 2005 il progetto Healthy Urban Planning si concentra tra l'altro su alcune dimensioni legate alla

fruizione e accessibilità degli spazi urbani e dei manufatti architettonici, in particolare attraverso la ricerca e la conduzione di alcuni progetti pilota riguardanti la popolazione anziana più fragile e con diversi gradi di autosufficienza. Occuparsi degli spazi di vita degli anziani significa anche occuparsi, attraverso questa popolazione che presenta tratti alternati di fragilità e di competenza, delle più generali situazioni di abitanti fragili, secondo una prospettiva di *design for all* o di utenza ampliata. Occuparsi di Healthy Ageing significa affrontare il tema di una convivenza possibile senza paura, cercando di progettare spazi sicuri prima di tutto perché abitati; ripensare alle modalità in cui la malattia e l'esperienza di fragilità e limite trovano posto nelle nostre città. Significa prima di tutto porre attenzione, nella progettazione e nella pianificazione, al far sì che l'ambiente fisico e sociale siano il meno possibile causa di tale fragilità ma, anzi, supporto alle capacità di ciascuno di ri-adattamento e libera scelta. (Dipartimento di Architettura e Pianificazione, 2006)
Infatti, gli obiettivi che il sottoprogramma *Healthy Ageing* promuove sono strettamente legati alla definizione di spazi in grado di sostenere l'uso da parte anche della popolazione anziana, oltre al garantire l'accesso a servizi sociali e sanitari di alta qualità e coordinati, di sostenere le capacità funzionali e di salute. Le attività promosse da questa sezione del programma rientrano nelle aree riguardanti la prevenzione delle cadute, la promozione dell'attività fisica, prevenzione dell'isolamento e dell'esclusione sociale, oltre ad altre aree di carattere più sanitario (vaccinazioni, formazione medica, prevenzione maltrattamenti, *long term care*). In particolare le attività che riguardano i cosiddetti "Supportive environments" assumono un ruolo centrale, per il ruolo che assumono rispetto al tema dell'invecchiamento in salute. Le azioni previste riguardano la maggiore accessibilità dell'ambiente costruito e del sistema dei trasporti, oltre ad incentivare li'attività fisica, la partecipazione e l'inclusione sociale, assicurando inoltre agli anziani accesso alle informazioni.

Le azioni proposte dal Comune di Udine e poi inserite nel programma sull'Healthy Ageing riguardano soprattutto, seguendo gli ampi obiettivi del programma, la promozione di stili di vita maggiormente attivi e sani, svolti in un ambiente che cura e che facilita il loro svolgersi. Le azioni proposte dal Comune, focalizzate su tale obiettivo, non intervengono sul ridisegno o progettazione di spazi pubblici "per anziani", bensì riguardano maggiormente la sfera delle politiche sociali e sanitarie. Qui di seguito si riportano alcune della azioni previste, quelle che risultano essere maggiormente coerenti rispetto all'oggetto della ricerca (Comune di Udine, 2009); vi sono infatti altre azioni, che insistono maggiormente sugli aspetti sanitari del tema che si è preferito omettere da questo elenco (attività di prevenzione di alcune patologie legate all'avanzare dell'età o per la promozione di una maggiore consapevolezza rispetto alle abitudini alimentari).

Gruppi di cammino – Questi gruppi di persone *over 65* si incontrano periodicamente durante la settimana per camminare lungo sentieri interni alla città o nei dintorni. Questi percorsi sono condotti da una guida competente in attività motorie, che accompagna un gruppo formato da 10-30 persone che conducono per circa un'ora una moderata attività fisica. Gli obiettivi di questa azione sono quelli di incoraggiare stili di vita attivi e salutari negli adulti e negli anziani, in modo da prevenire o ritardare l'insorgere di disabilità psicomotorie, oltre ad offrire agli anziani opportunità di socializzazione in modo da contrastare l'esclusione sociale e la solitudine. In questo modo, si trasforma l'ambiente in un luogo maggiormente attrattivo nel quale essere fisicamente attivi.

Ginnastica a domicilio – È un'attività che punta a stimolare gli anziani a un regolare esercizio fisico, incoraggiandoli successivamente a partecipare a programmi di attività fisica anche al di fuori delle mura domestiche.

"*Testa e piedi in movimento*"- Gruppi organizzati di anziani che camminano insieme verso le biblioteche del territorio, dove poi si dedicano alla lettura di un libro.

Piedibus – Attività di incontro tra le generazioni, in cui il "nonno" sorveglia e garantisce la sicurezza di un gruppo di bambini che si reca a piedi a scuola, svolgendo un servizio simile a quello di un mezzo di trasporto pubblico, con fermate scandite da orari precisi di sosta e ripartenza. Il successo di questa iniziativa ha consentito nel corso degli anni un continuo miglioramento nella progettazione dei percorsi casa scuola, intervenendo anche nella sistemazione e riprogettazione di alcuni tratti di marciapiedi nei pressi delle scuole coinvolte nel progetto (Comune di Udine, 2013)

"*No alla solit'Udine*" – Si tratta di un servizio che fornisce supporto alle persone anziane e fragili nella loro vita quotidiana, specialmente coloro che vivono da sole , in situazioni di disabilità o di disagio economico. I soggetti coinvolti in questa politica sono stati il comune, le associazioni di volontariato, gli uffici di polizia, le imprese di costruzione e il servizio di aiuto telefonico. I servizi che vengono forniti sono: ascolto, commissioni, supporto per visite ospedaliere, compagnia, camminate, offerta di consigli, anche professionali e legali, acquisto di medicine, shopping, trasporto e piccole riparazioni. I risultati di questo progetto si sono visti nella riduzione delle domande per accedere alle residenze per anziani, al miglioramento generale delle condizioni di vita degli anziani coinvolti nel progetto, all'aumento delle relazioni sociali per quelle persone che beneficiano di questo servizio, che iniziano a diventare un punto di riferimento significativo per le persone anziane della comunità.

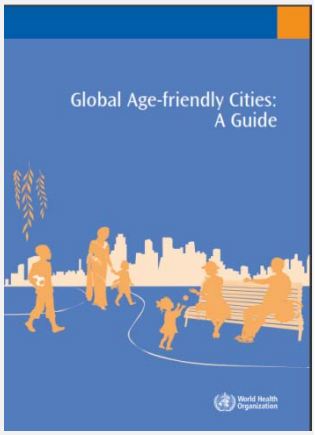
Orti urbani per anziani – Il Comune ha individuato sul suo territorio quattro aree da dedicare alla realizzazione di orti urbani attrezzati da assegnare per tre anni e tramite bando a diverse categorie di cittadini udinesi: famiglie, associazioni, scuole e, appunto, anziani. Tra gli obiettivi, il comune si propone di "*creare percorsi di cittadinanza attiva come occasioni di aggregazione sociale che favoriscano i rapporti interpersonali, la conoscenza e la valorizzazione dell'ambiente urbano, nonché lo svolgimento da parte di persone anziane di attività utili alla prevenzione, al mantenimento e alla cura della salute; (…)recuperare spazi pubblici con finalità sociali e di miglioramento anche estetico del paesaggio urbano, incrementandone l'efficienza e valorizzando il concetto di bene comune; dare a tali aree valore preminente di luoghi urbani "verdi" di qualità contro il degrado, il consumo di territorio e per la tutela dell'ambiente"* (Comune di Udine, 2012).Quest'iniziativa, sebbene non inclusa nella politica dedicata all'Active ageing, ne viene tuttavia informata negli obiettivi e nelle modalità in cui viene realizzata, dedicando una sezione specifica del bando agli anziani e mettendo in pratica gli obiettivi dell'invecchiamento attivo.

Realizzazione aree verdi ogni trecento metri – All'interno del nuovo Piano Regolatore Generale (Comune di Udine - Dip. Gestione del Territorio, delle Infrastrutture e dell'Ambiente - Servizio Pianificazione Territoriale, 2012), le previsioni dei nuovi servizi ed attrezzature, tra cui le aree verdi, vengono accompagnate dalla valutazione della loro accessibilità nel raggio di trecento metri, ovvero la distanza di cinquecento passi, quella utile per renderli facilmente raggiungibili a piedi da un utenza allargata anche a quelle persone dalle ridotte abilità motorie, come gli

anziani. Anche in questo caso, sebbene questo elemento considerato nella progettazione non rientri nel set di progetti considerati sotto l'ombrello delle politiche per l'*active ageing,* si può affermare che questo criterio sia stato del tutto informato dal framework concettuale in cui si muove, insistendo appunto sul ruolo degli spazi verdi, della loro accessibilità e fruibilità, nel promuovere stili di vita attivi e nella popolazione *over 65*.

Scheda 6 - World Health Organization Age-friendly Environments Programme

"The WHO Age-friendly Environments Programme is an international effort to address the environmental and social factors that contribute to active and healthy ageing." (WHO Age-Friendly Environment Programme). Il WHO, mediante l'istituzione di questo programma, riconosce l'importanza di incidere sul contesto urbano come una delle più efficaci politiche locali in grado di intervenire rispetto al problema dell'invecchiamento della popolazione. Infatti, vista la crescita della popolazione mondiale che vive nelle città, e la tendenza ad aumentare nel futuro, la questione del *demographical ageing* coinvolgerà soprattutto le città e i suoi spazi.
Questa iniziativa si è resa operativa mediante la creazione di una rete, la WHO Global Network of Age-Friendly Cities and Communities, il cui scopo è quello di stabilire uno scambio continuo di esperienze tra le città che vi aderiscono, nonostante le specificità locali, di dimensioni e di localizzazione che necessariamente caratterizzano ogni città. Inoltre la WHO provvede a stabilire linee guida e promuove la diffusione di conoscenze sul come raggiungere la *age-friendiness* di una città, come integrare la prospettiva sull'*ageing* nella pianificazione del territorio e come creare ambienti urbani in grado di rispondere ai bisogni di una società che invecchia.
A tale scopo la WHO ha elaborato una guida, la "Global Age-Friendly Cities: A Guide", che sviluppa il tema dell'age-friendness in città attorno a sette macro-temi: spazi aperti ed edifici, trasporti, residenze, partecipazione sociale, rispetto e inclusione sociale, partecipazione civica e occupazione, comunicazione e informazione, supporto alle comunità e servizi alla salute. Per ognuno di questi temi la guida indica le caratteristiche che questi dovrebbero possedere, riportando anche alcune esperienze relaizzate nelle città che appartengono alla rete delle Age-Friendly Cities.
Per quanto riguarda l'aspetto che riguarda maggiormente da vicino la dimensione territoriale di questo tema, ovvero gli spazi urbani, la Guida riconosce le seguenti caratteristiche:



- ambiente urbano pulito e piacevole, mediante la presenza di aree tranquille e libere da eccessivi rumori e confusione;
- importanza degli spazi verdi, spesso invece poco praticabili dagli anziani perché in conflitto con gli usi delle altre popolazioni;
- spazi dove riposarsi, dotati di sedute;
- pavimentazioni *age-friendly,* molto importanti in quanto la presenza di marciapiedi sconnessi, stretti, maltenuti li rende poco praticabili dalla popolazone anziana, limitandone l'autonomia di movimento;
- attraversamenti pedonali sicuri, con semafori dalle duate calibrate sulle esigenze degli anziani;
- migliore accessibilità fisica, grazie all'eliminazione delle barriere architettoniche;
- ambienti sicuri, che incentivino l'indipendenza di movimento e il benessere;
- creazione di percorsi pedonali e piste ciclabili.

Anche il macro tema dei trasporti contribuisce in modo interesssante a costruire un insieme di norme riguardanti la definizione di una città vicina agli anziani. In particolare riguardo alle seguenti caratteristiche:
- diffusione della rete del trasporto pubblico;

- sostenibilità economica del loro uso da parte della popolazione più anziana;
- affidabilità e frequenza, in modo tale da rendere più sicuri gli anziani nei loro spostamenti;
- buona copertura del tessuto urbano;
- veicoli accessibili agli anziani, con piattaforme ribassate, maggiori spazi per le sedute,…;
- servizi speciali per anziani, come autobus a chiamata;
- sicurezza e comfort a bordo dei mezzi di trasporto pubblico;
- progettazione, localizzazione e condizioni delle fermate e delle stazioni del trasporto pubblico;
- importanza della comunicazione e della disponibilità di informazioni.

Come si legge nelle conclusioni della Guida "An age-friendly city emphasizes enablement rather than disablement; it is friendly for all ages and not just "elder-friendly". There should be enough public seating and toilet facilities; dropped curbs and ramps to buildings should be standard features, and lights at pedestrian crossings should be safely timed. Building and housing design should be barrier-free. Information materials and communication technologies should be adapted to suit diverse perceptual, intellectual and cultural needs. In a word, spaces and structures must be accessible." (World Healh Organization, 2007)

A questa serie di "buone norme" riguardanti gli spazi pubblici e i trasporti, chi si aggiungono quelle relative agli altri macro-temi sopra citati, seguono due corrispondenti *checklist* a cui una città che voglia considerarsi *Age-friendly* deve attenersi, rispondendo alle caratteristiche prima indicate.

Inoltre, le città che vogliano entrare a far parte del Network delle Age-Friendly Cities devono intraprendere un processo di pianificazione, implementazione, valutazione e continua revisione dei propri interventi. È importante, nella fase iniziale, che uno sguardo age-friendly permei tutte le iniziative a livello locale; la seconda fase prevede l'elaborazione di un Action Plan; la terza fase prevede l'implementazione delle azioni e la loro rendicontazione alla WHO, mediante un processo di continua interazione tra l'organismo internazionale e la città ormai definita Age-Friendly.

Prime riflessioni

Queste iniziative, come già accennato prima, appartengono in parte a quest'ampia politica volta al mantenimento in buona salute della popolazione ed alla promozione di stili di vita maggiormente salutari, in parte derivano da iniziative a livello comunale di diversa provenienza. Il tipo di approccio identificato rispetto al tema dell'*ageing* e delle sue *dimensioni territoriali* nel contesto di Udine, nonostante le matrici diverse, appare però molto simile. Infatti, pur riconoscendo all'interno delle documentazioni strategiche analizzate (vedi Scheda 5) il forte ruolo assunto dal contesto urbano nel supportare pratiche di vita attive, nell'implementazione delle diverse politiche a prevalere è una concezione accessoria dello spazio, un elemento poco modificabile su cui montare iniziative – senza dubbio efficaci – ma che agiscono prevalentemente sulla dimensione socio-sanitaria della questione[1]. Da un altro lato appare però interessante lo sforzo compiuto dall'amministrazione nel cercare di mettere al lavoro in queste iniziative gli spazi verdi pubblici di cui la città dispone, localizzandovi in essi attività sportive o ricreative, non ricorrendo all'uso di spazi al chiuso, predisponendo in tal modo i cittadini ad un uso spontaneo degli

[1] Sicuramente le modalità di governance del progetto hanno pilotato la maggior parte degli interventi su di una sfera relativa maggiormente alle politiche sociali. Esiste infatti un Ufficio di Progetto "Città Sane" che ne cura la parte strategica ed è collegato direttamente con il Sindaco del Comune di Udine; la parte amministrativa è invece connessa prevalentemente con il Dipartimento delle Politiche Sociali, Educative e Culturali (Comune di Udine, 2009)

spazi aperti anche in autonomia. Legato a questo elemento di apertura dei recinti degli spazi specializzati, risiede un ulteriore elemento di interesse rispetto a questa esperienza udinese: questo consiste nella progettazione, nei casi qui presentati, di servizi privi di una specifica localizzazione, anzi, spesso localizzati presso il domicilio dell'anziano che richiede di accedervi. Nel caso infatti dell'iniziativa "*No alla solit'Udine*", l'insieme di servizi proposti hanno come obiettivo quello di configurarsi come un vero e proprio servizio di prossimità: prossimità che viene declinata non solo dal punto di vista fisico, in quanto si tratta di servizi che portano davvero *dentro casa* la loro risoluzione, ma anche in senso sociale, in quanto consente a chi vi accede di poter trovare sostegno ed ascolto, prendendosi cura dei propri bisogni[1].

La realizzazione infine degli *orti urbani, con* un bando appositamente dedicato agli anziani, offre una duplice prospettiva sul tema della cura. Da un lato, mediante la cura di questi spazi agricoli all'interno del tessuto urbano, questi diventano lo strumento per raggiungere gli obiettivi declinati nei documenti sull'*active ageing:* non solo il mantenimento in attività dei soggetti in età avanzata, ma anche attraverso il loro impegno in un'attività quotidiana e di continuo lavorio. Dall'altra parte tali attività si configurano come un modo con cui gli abitanti si prendono cura di alcuni brani di città, svolgendo in essi attività di piccola produzione e strappandoli al degrado e all'incuria, diventando questi stessi spazi in cui si condivide un'esperienza con l'altro.

Ageing in the city: alcune sperimentazioni progettuali

Qui di seguito vengono posti in rassegna alcune sperimentazioni progettuali, sia di iniziativa pubblica che privata, riguardo il tema dell'invecchiamento della popolazione nei contesti urbani. La cui finalità di questa breve rassegna è quella di portare all'attenzione il fatto che negli ultimi anni sta crescendo sempre più una consapevolezza, sia nell'istituzioni come nel mercato, verso questa parte della popolazione che assumerà un ruolo sempre più importante nel prossimo futuro. I brevi esempi riportati qui di seguito rappresentano quindi un piccolo campionario relativo ad alcune delle esperienze recenti riguardo il tema dell'invecchiamento della popolazione nei contesti urbani: si passa dal caso di una politica urbana che coinvolge una delle metropoli mondiali (Age Friendly New York), al caso di una *gated comunity* per pensionati dagli alti consumi culturali nel deserto dell'Arizona (Academy Village, Tucson), alla predisposizione di una linea di autobus a chiamata per senior a Denver (Denver Senior Ride), alla realizzazione di una residenza per anziani dotata di assisotenza integrata (Casa dei Nonni, Roma), alla realizzazione di

[1] Nell'anno 2011il servizio ha erogato 6700 prestazioni così ripartite: al primo posto ci sono le richieste di informazioni e comunicazioni varie, con 1.522 richieste, seguite dalla esigenze di trasporti con 1.515 casi. Tra i servizi più utilizzati ci sono inoltre la spesa e le piccole commissioni (1.188 richieste) e le consulenze abitative, legali e varie (426 casi). Spesso le persone chiamano anche solo per avere compagnia (534 richieste) o per essere accompagnate da qualche parte (341 casi). (Comune di Udine, 2012)

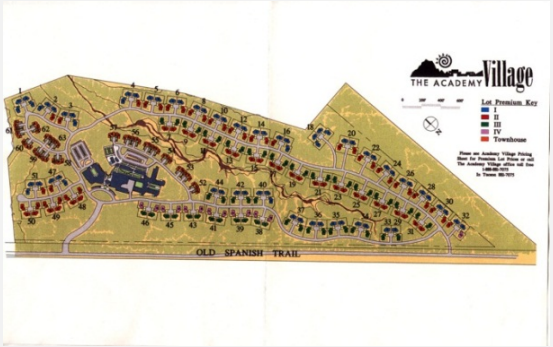
un elderly playground in un parco berlinese (Preussen Park, Berlino).

Casa dei Nonni – Roma (Lunghezza)

Intervento di edilizia residenziale pubblica composto da 94 appartamenti per over 65 con fragilità economica, assegnati in base alle graduatorie previste per gli alloggi Erp. Ogni appartamento è collegato tramite videocitofono ad una centrale operativa della Croce Rossa Italiana posta al piano terra della palazzina. Nella struttura anche una sala fitness e massaggi per la riabilitazione motoria, una struttura ricreativa per la socializzazione e lo svago, gazebo, parcheggi. Presto anche una sala per proiezioni cinematografiche e per realizzare corsi di primo soccorso. Al piano terra dieci appartamenti per disabili e sei posti letto per residenti in stato di non autosufficienza temporanea. Gli abitanti di questo particolare condominio saranno svegliati alle nove con una telefonata da parte degli operatori e informati delle attività previste per la giornata. A settembre partiranno una serie di corsi pensati per le diverse abilità, dal ballo, alla cucina, dal taglio e cucito alla fotografia, dal giardinaggio al teatro. Previsti anche due incontri ad hoc, sul primo soccorso e sulla prevenzione degli incendi. Tra le attività in programma anche un mensile, la "Gazzetta famiglia" e il progetto "Contatto", che una volta al mese organizzerà incontri tra gli ospiti della Casa e realtà del quartiere quali centri anziani, scuole, all'insegna del movimento e dello sport. Per due volte a settimana, inoltre, gli ospiti hanno a disposizione la consegna dei farmaci direttamente a casa. «L'80% degli accessi impropri agli ospedali viene fatto dagli anziani, da persone con più di 65 anni, e lo fanno perchè sono soli e quando hanno paura vanno in ospedale. Un posto letto della Regione Lazio costa 633 euro a persona al giorno. Con questo progetto un'assistenza a 360 gradi costa all'amministrazione comunale 1,80 euro al giorno» ha dichiarato il vicesindaco Belviso, durante l'inaugurazione della Casa dei Nonni. (Casa dei Nonni)

Tucson – The academy village

Si tratta di una "*gated community*" costruita in Ariziona, fuori dalla città di Tucson, dedicata alle persone non più attive. Questa "*retirement community*" è stata realizzata per accogliere quelle persone che, una volta in pensione "*have no intention of retiring from life*", come si legge sul sito internet. Oltre alle residenze, questo villaggio possiede anche spazi per attività sportive, culturali e ricreative , oltre alla "Arizona Senior Academy", un vero centro culturale in cui poter frequentare conferenze, concerti, spettacoli teatrali e proseguire con la propria formazione. ." *The Arizona Senior Academy provides the activities and services to support a stimulating and fulfilling retirement."* La relaizzazione di questo tipo di comunità negli Stati Uniti è molto comune ed è indicatore di come una fascia sempre più importante di popolazione, quella in età matura, senta l'esigenza di continuare a fare parte della vita sociale, ricercando una comunità di persone con cui condividere attivamente gli anni della propria vita liberati dal tempo da dedicare al lavoro. Questo è un caso limite, tuttavia suggerisce come il segmento sociale degli anziani non sia più riconducibile ad un unico gruppo dai caratteri simili, bensì si configuri come un mosaico dai caratteri differenziati, in cui convivono segmenti colti e benestanti, accanto a persone a rischio di povertà estrema ed esclusione sociale.



"*Welcome to The Academy Village in Tucson, Arizona— a unique, retirement community ideal for active, independent adults who have no intention of retiring from life. We offer our residents limitless possibilities for personal growth, creativity, and wellness. The Village is located in the Rincon Valley of Tucson, Arizona which offers art and cultural venues, beautiful scenery, and Arizona's great weather. It's the ideal setting for an independent, active adult lifestyle. At the heart of our village is the Community Center and The Arizona Senior Academy. The Academy Village will keep you engaged in life whether you plan to continue working, volunteer in community efforts, participate in educational or leisure activities, or just discover an entirely new passion. The Arizona Senior Academy provides the activities and services to support a stimulating and fulfilling retirement.*" (The Academy Village).

Age Friendly NYC- New York

Si tratta di una politica avviata dal 2007 dal New York City Council, dall'Uffcio del Sindaco e dall'Accademia di Medicina di NY al fine di rendere la città di NY "*a better place to grow old by promoting an "age-in-everything" lens across all aspects of city life*". Il progetto interviene in quattro aree chiave, partecipazione civica, abitazioni, spazi pubblici e trasporti, salute e servizi sociali, assumendo una prospettiva "*age-in-everything*". Grazie all'implementazione di 59 iniziative "age friendly", la città di NY ha ottentuo il riconoscimento da parte della Word Health Organization come "Age friendly City".

Le iniziative proposte riuardano:

- Partecipazione civile: sicurezza economica e occupazione; volontariato; comunicazione;
- Residenze: nuove costruzioni a prezzi accessibili; assistenza a proprietari e ad affituari; "aging in place";
- Spazi pubblici e trasporti: trasporti accessibili, anche economicamente; spazi pubblici sicui e "age-friendly"; pianificare per il futuro. Le azioni qui previste sono:

Migliorere accessibilità alle stazioni della metropolitana mediante l'installazione di ascensori;
Migliorare l'efficienza del servizio di bus a chiamata, dotando i veicoli di un sistema GPS ed implementando il sistema di avviso telefonico
Rendere accessibili i taxi ai disabili
Fornire dei "buoni taxi" per gli anziani che abitano in aree non servite dal trasporto pubblico
Incrementare il numero delle pensiline per l'attesa degli autobus
Installazione di bagni pubblici gratuiti in prossimità delle fermate di bus e metro
Creazione di nuovi spazi pubblici pedonali nella realizzazione di interventi di calmierazone del traffico
Ridisegnare gli incroci al fine di migliorare la sicureza degli anziani (migliorare segnaletica, ridurre le distanze di attraversamento, …)
Identificare alcuni parchi "age-friendly" e incoraggiare gli anziani a frequentarli (miglioranre l'accessibilità intervenendo mediante la realizzazione di rampe,… oltre alla disponibilità di panchine e bagni pubblici e alla previsione di attività ricreative)
Studiare i bisogni di mobilià della popolazione più anziana ed identificare buone pratiche nell'offerta

di mobilità
Promuovere l'uso delle linee guida dell'Universal Design.
- Salute e Servizi sociali: assistenza agli anziani a rischio; accesso ad una corretta alimentazione; attività di cura, anche a lungo termine; attenzione al benessere e alla salute, ricorso a cure palliative.
Un 'ulteriore parte del progetto ha previsto anche l'istituzione di diverse commissioni per una "Age Friendly NYC". La prima commissione riguarda le attività commerciali, insistendo sul loro aspetto "age friendly" mediante la definizione di un paniere di prodotti e servizi (alimenti adatti agli anziani, sconti o offerte speciali, consegne a domicilio, predisposizione al contatto umano, di persona o via telefono, …) e mediante la relaizzazione di alcuni accorgimenti (luoghi in cui sedersi, uso del bagno, scale messe in sicurezza, posizionamento della merce, …); oltre al commercio, anche l'istruzione viene presa in considerazione, puntando soprattutto ad iniziative che incentivino la formazione lungo tutto il corso di vita. È stata prevista anche una commissione che si occupa dei "Aging improvement districts", coinvolgendo gli attori e le risorse presenti nei diversi quariteri, in quanto è proprio in questi che gli anziani trascorrono gran parte del loro tempo. I primi quariteri-pilota coinvolti sono stati East Harlem, Upper West Side e Bedford-Stuyvesant.

Denver – Senior Ride

La città di Denver ha promosso la creazione di un sistema di autobus "a chiamata" in grado di servire gruppi di utenti in età avanzata, concentendo loro di recarrsi autonomamente in città per usufruire dei servizi culturali, commerciali presenti in essa. Il servizio di trasporto pubblico a chiamata si configura come una delle iniziative più comuni finalizzate alla popolazione anziana, perché ne incentiva gli spostamenti, grazie alla personalizzazione dei percorsi e degli orari. La certezza del perocrso e dei tempi scars di attesa da sicurezza all'anziano, che spesso limita i suoi spostamenti perché considera insicuri e poco prevedibili i trasporti pubblici. Anche gli over 65 in buone condizioni psico-fisiche apprezzano nell'uso il servizio Seniro Ride in quanto consente spostamenti in gruppo verso attvità culturali e ricreative localizzate in città.

Berlino – Preussen Park

Nel parco berlinese Preussen Park è stato realizzato nel marzo 2007 un *elderly playground*, dotato di attrezzature al suo interno appositamente progettate per consentire alle persone *over 65* di svolgere attività sportiva all'aria aperta. Questo spazio è stato porrgettato come l'equivalente per anzianti di un playground per bambini, recintato, ombreggiato e con spazi per sedersi. Tuttavia, questi spazi non sono pienamente frequentati in quanto gli anziani non amanao esporre le loro capacità fisiche in pubblico; si è visto infatti in altri contesti che funzionano meglio quei playgorund protetti da siepi e non completamente esposti al passaggio dei frequentatori del parco. Questi spazi sono dunque la testimonianza di un interesse da parte delle Amministrazioni verso questa componenete della popolazione. Infatti, come sostiene il manager dell'azienda che produce questi attrezzi "*The total cost for building the playground was €20,000 -- around a quarter to a fifth of the usual cost of a children's playground. With Germany's declining birth rate, it looks like an idea whose time has come.*"

Molti altri potrebbero essere gli esempi da poter considerare in questa breve rassegna: tuttavia, questi casi selezionati consentono di comprendere quale sia l'approccio da più parti adottato riguardo le sperimentazioni progettuali rispetto al tema dell'invecchiamento in ambito urbano, ovvero un approccio spesso focalizzato sulla fornitura di servizi ultra specializzati per la popolazione *over 65*, siano questi servizi di trasporto pubblico, residenze protette o *playground*. Tale prospettiva estremamente schiacciata sul target degli anziani non consente però di connettere alcune di queste iniziative a temi di più ampio respiro e indirizzabili anche ad altre componenti sociali, dai bisogni o caratteri simili, precludendo così una diffusione più ampia di queste iniziative (soprattutto quelle rivolte ad una diversa progettazione dello spazio pubblico) e ad un loro fertile intrecci con altre politiche che lavorano su temi simili. Alcune iniziative, come quella della *gated comunity* negli Stati Uniti, sono simbolo di un interesse da parte del mercato verso questa fascia di popolazione che nel prossimo futuro si amplierà sempre più, oltre ad essere disponibile, ad investire denaro nel garantirsi una vecchiaia in linea con lo stile di vita condotto in precedenza. Altre invece, come la politica urbana adottata a New York, rappresenta invece l'attenzione da parte del soggetto pubblico, in una città dominata invece da quei segmenti maggiormente produttivi di popolazione, all'interno di una politica che tratta al suo interno delle diverse dimensioni dell'esperienza urbana degli anziani, agendo anche progettualmente sullo spazio pubblico.

3.1.2. *Città bambine*

Il tema del *prendersi cura* di qualcuno rimanda alla mente, quasi immediatamente, l'immagine delle attenzioni, delle cure, appunto, verso una parte della popolazione molto bisognosa di attenzioni, quella dei bambini. Il tema dell'infanzia e delle condizioni, o stili di vita urbani, è stato molto analizzato negli ultimi anni, soprattutto per quanto riguarda il caso delle pessime condizioni di vita dei bambini nelle città dei paesi più poveri, soprattutto in relazione al fenomeno dell'inurbamento delle classi indigenti (Unicef, 2012). Riferendosi invece alle città occidentali, l'accento è stato posto invece sugli stili di vita, sulle abitudini poco confortevoli e lontane rispetto alle esigenze dei bambini: la dispersione residenziale e il crescente pendolarismo tra casa e servizi scolastici e luoghi del tempo libero, la diffusa percezione di scarsa sicurezza degli spazi pubblici, una diversa gestione dei bambini e del loro tempo nell'ambito familiare, oltre alle trasformazioni delle stesse famiglie, sono tutti fattori che hanno trasformato le abitudini e gli stili di vita dei bambini nelle città[1]. Nell'ambito degli studi urbani, il tema dell'infanzia in ambito urbano è stato trattato sia da un punto di vista investigativo, riguardo all'uso degli spazi pubblici, sia rispetto alle pratiche di partecipazione dei bambini in alcune esperienze di progettazione degli spazi pubblici[2]

I paragrafi che seguono si occupano di delineare alcune delle trasformazioni e delle dinamiche che stanno riguardando la società contemporanea italiana, dal punto di visto dei trend demografici e delle abitudini che riguardano i minori. Le fonti prese in considerazione in questa parte sono le banche dati Istat, oltre alle indagini multiscopo, sempre condotte dall'Istat annualmente , riguardo le abitudini degli italiani rispetto alla loro vita quotidiana, ed agli stili di vita che conducono (Istat, 2010; 2011). In seguito, inserite nel testo in forma di scheda, verranno brevemente considerate le maggiori iniziative a livello nazionale ed internazionale che riguardano il rapporto tra infanzia e città, utili per offrire una panoramica e comprendere i modi e gli approcci che si sono avuti in questo contesto (v. Scheda 7) . In una ricerca che si occupa di individuare quali siano *le dimensioni territoriali della cura,* uno spazio verrà dedicato alla lettura critica di un'esperienza nazionale, quella del Comune di Fano, città che si è occupata nel corso dell'ultimo decennio di implementare una politica alla scala urbana, Fano Città Bambina, attivando una serie di progetti ed iniziative organiche attorno al tema dell'infanzia in città. L'analisi di questa politica, seguendo il metodo delineato nell'introduzione al capitolo, ci permetterà di comprendere come il tema della cura sia stato qui delineato, quali i focus d'intervento e quali le modalità d'azione previste.

---

[1] Riscuotono sempre particolare attenzione le ricerche che si concentrano sulla mobilità dei bambini nei percorsi casa-scuola, spesso in prospettiva comparata con altri paesi europei. L'interesse deriva dal dato che bambini italiani risultano essere quelli che possiedono gradi di autonomia minori rispetto ai loro coetanei (CNR, 2012)

[2] Un'interessante ricostruzione delle posizioni rispetto a questi temi si trova in (Olivieri, 2002)

Cenni demografici[1]

Mentre da un lato le società contemporanee occidentali vanno incontro ad un progressivo aumento della popolazione *over 65*, come visto nelle pagine precedenti, le fasce d'età più giovani subiscono una consistente diminuzione, in numero ed in proporzione, oltre ad un cambiamento negli stili di vista e nelle abitudini quotidiane che li coinvolgono. Siamo di fronte ad un cambiamento soprattutto culturale rispetto alle modalità con cui i bambini vengono gestiti all'interno delle famiglie, sia a causa delle trasformazioni che riguardano le famiglie stesse, che per un cambiamento, rispetto al passato recente, nel tipo di investimento emotivo che riguarda la presenza di un figlio (Saraceno & Naldini, 2007). Tali cambiamenti riguardano anche il modo con cui i bambini interagiscono con gli spazi urbani e con le città in cui vivono: come si recano a scuola, quindi le scelte di mobilità, l'uso del loro tempo libero e gli spazi in cui esso viene vissuto, sono solo i più importanti aspetti che li riguardano.

Partendo dalle maggiori dinamiche demografiche, quella che maggiormente riguarda l'infanzia è la diminuzione della sua consistenza, considerando le proporzioni delle diverse fasce d'età, rispetto al totale della popolazione italiana: si vede infatti che dal 1961 al 2009 i minori di 14 anni passano dall'essere l' 8,3% al diventare solo il 4,7%, a differenza degli *over 65* che raddoppiano, passando dal 9,5% fino ad arrivare al 20.2%.

Analogamente, diminuisce anche il tasso di fecondità[2], ovvero il dato che indica il numero medio di figli per donna, che passa dal valore di 2,4% del 1961 per arrivare all'1,4% del 2008, aumentato rispetto al valore del 2001 (1,3%) grazie alla recente presenza degli immigrati (Istat, 2011).

Un secondo elemento di cambiamento della società contemporanea italiana è la parallela riduzione dei tassi di natalità, insieme a quelli di fecondità: le ragioni di questa dinamica vanno cercate nel cambiamento delle scelte riproduttive delle donne e delle famiglie italiane che si indagheranno qui di seguito. Infatti, il tasso di natalità della popolazione italiana, ovvero l'indicatore statistico che mostra la consistenza numerica delle nascite rispetto alla popolazione, subisce quasi un dimezzamento considerando i dati a partire dal secondo dopoguerra, passando dal valore 18,29 del 1961, per 11,12 del 1981 fino a quello di 9,45 del 2009, in lieve aumento rispetto al dato del 2001 (9,39), a causa dell'apporto alle nascite da parte della popolazione recentemente immigrata. Diminuisce parallelamente anche il tasso di fecondità, dato che indica il numero medio di figli per donna: questo valore si dimezza considerando che nel 1961 il valore era 2,4, nel 1981 arriva a 1,6 fino al 2008 in cui si assesta a 1,4, subendo anche qui un leggero aumento rispetto al 2001, come già motivato in precedenza.

Rispetto a questi rapidi cenni demografici, in cui emerge in pieno il rapido declino demografico della popolazione italiana, appare interessante riportare alcune delle

---

[1] I dati contenuti in questo paragrafo derivano dall'interrogazione del database Istat (Istat, 2012)

[2] Somma dei quozienti specifici di fecondità calcolati rapportando, per ogni età feconda (15-49 anni), il numero di nati vivi all'ammontare medio annuo della popolazione femminile, esprime in un dato anno di calendario il numero medio di figli per donna).

maggiori tendenze rispetto all'uso del tempo dei minori e delle loro famiglie[1].

In primo luogo, in seguito alla maggiore diffusione delle famiglie in cui entrambi i genitori sono occupati, assume un grande peso la percentuale dei bambini che sono affidati abitualmente ad altri adulti nelle ore in cui non sono impegnati nelle attività scolastiche o in cui i loro genitori lavorano: nel 2011, il essi rappresentavano il 79,5% del totale dei bambini tra 0 e 13 anni (il primo posto tra coloro che si prendono cura dei bambini è occupato dai nonni, 66,4%).

In secondo luogo, appare interessante ai fini della ricerca, il dato che riguarda i luoghi in cui i bambini trascorrono il loro tempo libero (dalla scuola) dedicato al gioco: la casa, che sia la propria o quella altrui, è il luogo in cui si trascorre la maggior parte del tempo (rispettivamente viene indicata dal 98,1% e dal 46,0%), seguita poi dai giardini pubblici (38,4%), dai cortili (25,5%), oratori o parrocchie (16,1%9, campi o prati (14,2%). Assumono quote marginali le strade poco trafficate (6,4%) e i luoghi di lavoro dei familiari (4,9%). Inoltre, una percentuale molto alta di bambini (82%) è coinvolta in attività organizzate extrascolastiche, che presuppongono un elevato livello di controllo e di programmazione da parte degli adulti.

Un ultimo *focus* di interesse è quello che riguarda le scelte di mobilità dei bambini italiani, soprattutto nel tragitto casa-scuola. A livello nazionale, nel 2009 il 50,5% dei bambini tra i 6 e i 10 anni andava in automobile, il 34,6% a piedi, e solo l'1,6% in bicicletta. Nella fascia di età 11-13 anni, il 41,3% andava a piedi e il 36% in auto e il 2,5% in bicicletta. Per quanto riguarda invece il grado di autonomia di questi spostamenti, dagli studi emerge che il livello di mobilità autonoma dei bambini tra gli 8 e gli 11 anni è molto basso. Solo una piccola percentuale (tra il 14% e il 31%) ha la possibilità di andare a scuola da solo o con i coetanei, perché i loro genitori li accompagnano a scuola in automobile. Per quanto riguarda l'autonomia dei bambini nei percorsi extrascolastici, i dati dimostrano che i bambini non sono quasi mai liberi di andare a fare le commissioni da soli. La mancanza di autonomia da parte dei bambini è associata ad un loro forte coinvolgimento in attività extra scolastiche, come ricordato sopra.[2]

Questi dati, seppur parziali, tratteggiano un ritratto sufficientemente completo rispetto all'organizzazione quotidiana dei bambini italiani: ne esce l'immagine di bambini scarsamente autonomi, il cui tempo appare strettamente scandito dagli orari di scuola e attività ricreative pomeridiane, accompagnati da adulti in tutti i loro spostamenti. Questi caratteri sono spesso associati a considerazioni riguardanti la loro correlazione con il benessere fisico, rispetto ad un maggiore rischio di obesità infantile, e

---

[1] La fonte di questi dati relativi all'uso del tempo è il Report Statistico Istat "Infanzia e Vita quotidiana" (Istat, 2011)

[2] Un quadro completo delle scelte di mobilità dei bambini è offerto dalla ricerca prodotta dall'Istituto di Scienze e Tecnologie della Cognizione – Consiglio Nazionale delle Ricerche (2011), che presenta anche un approfondimento riguardo ad alcune città italiane di diverse dimensioni (Roma, Bari, Guidonia Montecelio – Rm, Desio – Mb, Misinto – Mb). A livello europeo, la ricerca condotta sullo stesso tema dal Policies Studies Institute (2012) presenta, in un'ottica comparativa, i dati inglesi e tedeschi, i quali, messi a confronto con i dati italiani, fanno emergere notevoli differenze nelle scelte di mobilità dei minori: se in Italia il 14% dei bambini si reca a scuola da solo, in Inghilterra lo fa il 41% e in Germania il 40%

psicologico, "*migliorando autostima e capacità di interagire, rafforza i legami con le persone che abitano nel proprio quartiere e sviluppa un senso di identità e responsabilità*", "*di grande interesse in questo momento storico in cui i bambini "soffrono" di un atteggiamento iperprotettivo da parte degli adulti che li circondano. Atteggiamento alimentato dai media e dal diffondersi della tendenza a proteggerli dai pericoli sociali attraverso la separazione e l'isolamento*" (Ist. di Scienze e Tecnologie della Cognizione – CNR, 2011).

Scheda 7 - Bambini e città: come politiche internazionali e nazionali si intrecciano

.La Convenzione dell'ONU sui diritti dell'infanzia (1989) ha offerto la cornice per sviluppare città amiche dei bambini. Inoltre, la Conferenza Mondiale sull'ambiente e lo Sviluppo di Rio de Janeiro (1992) e la Conferenza Habitat II di Istanbul (1996) hanno fornito le linee guida per uno sviluppo urbano sostenibile che tenga maggiormente conto delle esigenze di tutti i cittadini, compresi i più vulnerabili.
In Italia, dal 1992 molte amministrazioni locali hanno raccolto l'invito dell'Agenda 21, lanciando programmi e progetti volti a migliorare la qualità della vita nelle città. Anche se i problemi da risolvere sono ancora numerosi e complessi, si delinea una nuova volontà di rendere le città più vivibili e accoglienti per tutti. In seguito, la Sessione Speciale dell'ONU sull'infanzia (2002) ha messo in luce il ruolo che i sindaci e i governi municipali possono svolgere, a livello locale, per realizzare gli obiettivi stabiliti per i bambini e i loro diritti a livello globale
Con il Piano d'azione per i bambini e gli adolescenti (1997) il governo italiano ha formalmente adottato i principi e gli obiettivi della Convenzione sui Diritti dell'Infanzia (CDI), ispirandosi anche al documento programmatico dell'UNICEF "Working for Child Friendly Cities". A sostegno del Piano d'azione, ed al fine di promuovere progetti interministeriali ed adeguare l'altra normativa in materia, nello stesso anno il governo varò anche una legge (Legge 285/97, "Disposizioni per la promozione di diritti e di opportunità per l'infanzia e l'adolescenza")che istituiva un fondo nazionale per l'infanzia appannaggio di progetti locali. Il Piano integrava due caratteristiche fondamentali delle iniziative delle Città amiche dei bambini – nuove politiche per l'infanzia e nuove politiche per la città - creando così un chiaro quadro istituzionale per le suddette iniziative ed orientandone i possibili sviluppi futuri.
Inoltre, l'articolo 7 della legge 285/97 provvede al sostegno finanziario ed alla legittimazione normativa del progetto Città sostenibili delle bambine e dei bambini promosso dal Ministero dell'Ambiente in seguito agli impegni presi al City Summit di Istanbul (1996) per creare un programma nazionale di città amiche dell'infanzia. I sindaci italiani che, con il coinvolgimento attivo del Comitato Italiano per l'UNICEF, avevano creato dall'inizio dello scorso decennio l'iniziativa Sindaci difensori dei bambini, hanno organizzato una rete di città e comunità impegnate a dare spazio ai più giovani, nelle strade, nelle scuole e nel governo locale.
Dagli inizi degli anni 90', l'Italia ha sperimentato l'approccio Città amiche dell'infanzia, a partire dalla rete Città dei bambini creata dal Consiglio Nazionale delle Ricerche (CNR) ed in seguito istituzionalizzando il programma nazionale Città sostenibili delle bambine e dei bambini. Sono state sviluppate innovazioni su tre fronti: la progettazione partecipata, coinvolgendo i bambini e gli adolescenti nella definizione sia dello spazio fisico, sia di interventi sociali e culturali; i consigli municipali dei ragazzi, che danno ai giovani un forum istituzionale dove prendere decisioni collettive; ed, infine, iniziative per incoraggiare la mobilità autonoma dei bambini, permettendo loro di esplorare l'ambiente circostante senza essere accompagnati da un adulto. [1]

[1] L'articolo di Corsi (2002) offre una completa panoramica su questi temi, qui trattati sinteticamente.

Fano e l'esperienza della Città dei Bambini

Qui di seguito verrà riportata l'esperienza della città di Fano (PU), prima città italiana ad aver avviato una sperimentazione riguardo al tema della "Città dei bambini". Anche in questo caso le modalità di restituzione di questa esperienza non sono identificabili con la costruzione, nel caso scientifico del termine, di un caso studio, bensì lo scopo di questo paragrafo è quello di leggere criticamente questa esperienza, portando alla luce gli elementi di interessi rispetto al tema della cura ed evidenziando elementi di problematicità, oltre a quelli che concorrono all'elaborazione di un set di indicazioni per pensare ad una città "con cura".

L'interesse verso l'infanzia a Fano ha una lunga tradizione, che inizia alla fine dell'800 con la fondazione dei primi asili e continua per tutto il XX secolo con la realizzazione di numerosi istituti comunali e statali e con la loro attenta programmazione educativa (Rapari, 2000). Il "Laboratorio di progettazione e sperimentazione per una città a misura di bambino" (in seguito Laboratorio) nasce in un periodo di crisi finanziaria di enti locali, giunta nel momento in cui era stata raggiunta un'alta qualità nella fornitura dei servizi scolastici: tale sperimentazione intendeva "*rinnovare l'intervento rivolto all'infanzia: non più la scuola che si apre al contesto sociale, ma i bambini che escono dalla scuola per diventare cittadini*" (ivi). Nel 1991 la città ospita infatti una manifestazione pubblica nazionale dedicata all'infanzia, che riscuote un grande interesse nel pubblico, accogliendo oltre cinquemila bambini provenienti da ottanta città italiane. Le ragioni della nascita di questo Laboratorio sono da ricondurre principalmente a due ordini di fattori: in primo luogo, un fattore culturale generale, legato al cambiamento della concezione dell"infanzia nelle società contemporanee, inserendosi quindi in un contesto di una sua maggiore considerazione, anche al di fuori del contesto educativo tradizionale del "soggetto bambino". In secondo luogo, ci fu un importante fattore politico, in quanto il Laboratorio sembrava offrire vantaggi di immagine e di consenso all'Amministrazione. "*Il Laboratorio nasce dunque da questa combinazione tra una promozione politica, sollecitata dall'opportunità del consenso, ed una promozione tecnica di nuovi interventi rivolti all'infanzia*." (Baraldi & Maggioni, 1999)

Nel 1991, quindi, la cittadina marchigiana attiva il Laboratorio che è stato in seguito riconosciuto e finanziato dal Ministero dell'Ambiente, all'interno del P.T.T.A[1] come Laboratorio Territoriale di Educazione Ambientale, progetto pilota nell'analisi dei rapporti bambino – città assumendo il bambino come parametro della qualità di vita della città stessa. A partire dall'esperienza di Fano è stata costituita la prima rete delle *Città dei bambini*, con il sostegno del CNR[2]: questa rete ha influenzato lo sviluppo di molti progetti locali successivi e della rete istituzionale delle Città sostenibili delle bambine e dei bambini del Ministero dell'Ambiente (Tonucci, 2005) . Infatti, nel 1998, in seguito all'interesse a livello nazionale nato riguardo l'esperienza fanese, il Ministero dell'Ambiente, con Decreto del Presidente della Repubblica[3], ha istituito un

[1] Piano Triennale Tutela Ambientale, D. M. n. 21235 del 25/11/94

[2] Il sito web http://www.lacittadeibambini.org contiene tutte le informazioni riguardanti il progetto del CNR riguardo l'esperienza della Città dei Bambini, oltre a (Tonucci, 2005) (Tonucci, 2002). Il CNR, nella persona del pedagogista Francesco Tonucci, ha assunto il ruolo di consulente esterno, occupandosi della direzione scientifica del progetto.

[3] D.P.R. 3 Agosto 1998, pubblicato sulla .U. n.213 del 12 Settembre 1998

premio denominato "Città sostenibile delle bambine e dei bambini"[1], cui Fano ha partecipato aggiudicandosi premio e riconoscimento[2]. "*Appoggiandosi sulla nozione di sviluppo locale, suggerendo l'idea di uno sviluppo sostenibile, il laboratorio Città dei bambini si ripromette di avviare un cambiamento di pratiche e d'abitudini dei decisori*." (Peroni, 2006).

È così che, a partire dall'autunno del 1991, in cui il Consiglio Comunale approva la costituzione del Laboratorio Regionale di Progettazione e Sperimentazione[3], vengono attivati tre progetti prioritari[4]: il Consiglio dei Bambini, la Progettazione Partecipata e "A scuola ci andiamo da soli".

Il *Consiglio dei Bambini* ha come obiettivo quello di rendere protagonisti i bambini nell'amministrazione della città, configurandosi come un organo consultivo a cui partecipano due bambini per ogni scuola elementare della cittadina, coordinati da un adulto, che si riuniscono ogni mese, discutendo di volta in volta riguardo ad alcuni temi che riguardano la loro esperienza in città. Successivamente, una volta all'anno, i membri del Consiglio partecipano ad una seduta straordinaria del Consiglio comunale, con diritto di parola, in rappresentanza di tutti i bambini fanesi.

La *Progettazione Partecipata* si occupa appunto di progettare alcune parti della città da parte di gruppi di bambini, assistiti da esperti tecnici (di solito architetti o urbanisti), il cui obiettivo è quello di fare emergere le esigenze dei bambini rispetto agli spazi urbani in cui vivono, mediante un loro coinvolgimento diretto nella progettazione, sviluppare una loro capacità di osservazione critica rispetto agli stessi spazi in cui vivono, oltre a rendere i bambini stessi un soggetto attivo nella trasformazione della città.

Il progetto *"A scuola ci andiamo da soli"* è un progetto che ha come principale obiettivo quello di aumentare l'autonomia dei bambini, consentendo loro di compiere il percorso casa-scuola da soli: è un esempio di come "*utilizzare il bambino come parametro su cui misurare gli interventi strutturali per rendere la città più vivibile per tutti, dunque di far coincidere i diritti dei bambini con quelli di tutti i cittadini*" (Baraldi & Maggioni, 1999). il progetto è stato avviato nel 1995 indirizzato agli alunni di due scuole elementari, con la collaborazione dei commercianti del quartiere (resisi disponibili ad aiutare i bambini

---

[1] Il sito web http://www.cittasostenibili.minori.it/, sebbene non aggiornato (data ultima modifica 5 Aprile 2010), contiene numerose informazioni riguardo le origini del progetto, una banca dati riguardante le iniziative italiane, le guide disponibili per gli Enti Locali,…

[2] Con deliberazione di Consiglio Comunale n. 119 del 26.04.1999, oggetto: "Approvazione ordine del giorno sugli impegni assunti nel Consiglio Comunale aperto ai bambini del 23 aprile 1999", il Consiglio Comunale impegna il Sindaco e la Giunta ad utilizzare il premio del Ministero dell'Ambiente per la ristrutturazione della casa (in via della Paleotta) finalizzata ad attività ludico - educative.

[3] La gestione del Laboratorio all'interno dell'amministrazione comunale viene affidata in un primo momento al Settore Servizi Educativi, in seguito spostato al Settore Cultura ed oggi ancora fa capo al Settore Servizi Educativi, Servizio Unico Sviluppo Sostenibile. Una sua gestione diretta, come struttura autonoma in grado di collaborare con gli altri componenti dell'Amministrazione forse avrebbe inciso maggiormente nella prosecuzione e nel successo dell'iniziativa, sostiene la Dott.ssa Peroni (Peroni, 2013).

[4] L'elenco completo delle attività proposte dal Laboratorio è consultabile a questo indirizzo web http://oldsite.comune.fano.ps.it/cittadeibambini/attivita/prog.htm

in caso di difficoltà) e la promessa da parte dell'Amministrazione a realizzare gli interventi necessari per mettere in sicurezza il percorso designato.

A qualche anno dall'inaugurazione del Laboratorio, le iniziative implementate risultano avere avuto un discreto successo[1] (Baraldi & Maggioni, 1999): le iniziative promosse sono riconosciute come meritevoli dalla popolazione, in misura maggiore quelle legate ad operazioni di più ampia comunicazione, come quella "A scuola ci andiamo da soli", in misura minore quelle che avvengono solo periodicamente e che sono ristrette ad un numero minori di partecipanti (il *Consiglio dei Bambini* e la *Progettazione partecipata*). Tuttavia, per quanto riguarda il progetto di incentivazione della mobilità in autonomia, nonostante una larga parte dei genitori si sia dichiarata - astrattamente - favorevole ad un'iniziativa del genere, le percentuali di adesione rimasero ferme attorno a percentuali piuttosto basse, attribuendo all'Amministrazione la mancata realizzazione degli interventi per la messa in sicurezza dei percorsi (*ivi*), attribuendo ancora agli spazi pubblici un carattere di scarsa affidabilità, sia a causa del traffico stradale, sia per l'eventualità di avere incontri indesiderati. Tale comportamento da parte delle famiglie si pone in linea con un atteggiamento del tutto protettivo nei confronti del bambino, nonostante dalle medesime rilevazioni i bambini fossero fortemente motivati nell'iniziare un percorso di maggiore autonomia individuale.

A distanza di quasi un decennio dalla ricerca sopra citata rispetto agli esiti delle diverse iniziative, il Laboratorio assume oggi una funzione quasi esclusivamente di soggetto promotore di una cultura diversa riguardo alle tematiche di tipo ambientale e incentrate sul tema della città sostenibile, lavorando anche in rete con altre città, sia italiane, che internazioni riguardo a progetti sulla sostenibilità urbana (Peroni, 2013). Inoltre, le iniziative riguardanti l'incentivazione della mobilità in autonomia da parte dei bambini hanno subito un ridimensionamento nella loro portata, dovuto al fatto che esso presupponeva un lavoro di continua ed attiva promozione dell'iniziativa non solo tra i genitori, ma anche tra i commercianti e cittadini: hanno proseguito la loro attività solo quelle iniziative che garantivano la presenza di almeno un adulto a sorvegliare i bambini, come quella del Piedibus, sebbene si sia notata una maggiore consapevolezza da parte degli automobilisti nell'esistenza del pedone-bambino sulla strada. Per quanto invece riguarda le iniziative riguardanti la progettazione partecipata, esse hanno portato, nei primi anni di attività del laboratorio, alla realizzazione di alcune verdi e spazi di gioco, oltre alla ristrutturazione, usando i fondi ricevuti dal Ministero dell'Ambiente, di una casa colonica, oggi adibita a Centro per l'educazione ambientale e luogo in cui vengono svolte numerose attività ludiche e ricreative per i bambini fanesi. Questo tipo di attività partecipativa ha incontrato alcuni fattori che ne hanno resa farraginosa la prosecuzione, soprattutto rispetto ai meccanismi di comunicazione tra bambini ed adulti: i primi si aspettavano la piena accettazione delle loro istanze, i secondi non potevano garantire la tempistica ed i modi di realizzazione (Baraldi & Maggioni, 1999).

---

[1] All'interno del saggio "*I diritti dei bambini alla partecipazione: la promozione delle attività progettuali e decisionali*" (Baraldi & Maggioni, 1999) viene riportata la metodologia seguita per verificare la conoscenza delle attività nella cittadinanza(campione di famiglie intervistato telefonicamente).

E la cura?

Il Laboratorio e le iniziative attuate dal 1991 presentano ad oggi numerosi elementi di interesse rispetto alla ricerca delle *dimensioni territoriali della cura* in relazione al soggetto *bambino.*

In primo luogo tali iniziative sono testimonianza di una nuova attenzione ed un diverso sguardo verso l' esperienza (e competenza) del vivere in città che possiedono i bambini: la presa di coscienza riguardo un diverso approccio necessario verso questa componente della popolazione, al di la degli esiti e degli impatti delle diverse iniziative, è senza dubbio un primo punto di partenza, un primo passo verso una più completa considerazione del bambino nelle diverse scelte del pubblico. A tale proposito, l'impalcatura amministrativa creata per gestire il Laboratorio, posto sotto la direzione dei Servizi Educativi, ha fortemente condizionato[1] anche questa sua componente di "messa al centro del bambino", limitando l'efficacia delle sue iniziative all'aspetto educativo sui temi ambientali, rispetto agli obiettivi di maggior portata del programma cui ha aderito.

In secondo luogo, le iniziative, come quelle proposte a Fano, insistono su una componente dell'esperienza di vita in città strettamente legata alla quotidianità ed alla prossimità, alle piccole cose di tutti i giorni: i percorsi casa-scuola, gli spazi del gioco, le richieste portate avanti, fanno tutte capo ad un'esperienza minuta, quasi banale, ma tangibile per i bambini[2]. Ed è in questa loro caratteristica che si trova il maggior elemento di interesse di queste iniziative, ovvero il riconoscimento del ruolo fondamentale che assumono gli spazi urbani quotidiani in quanto spazi che realmente si *prendono cura* di chi li usa. Un percorso casa-scuola riconosciuto in quanto sicuro e percorribile senza pericoli, uno spazio verde che possa accoglierne i fruitori ed adattarsi alle loro diverse esigenze, un'Amministrazione comunale attenta ed in grado di rispondere alle esigenze dei minori, sono fattori che contribuiscono a costruire una città fatta di spazi che si sentono come più vicini ed in grado di rispondere alle proprie richieste. È qui quindi che viene evidenziato anche il ruolo della *cura* rispetto agli spazi ed ai modi di gestione

Gli esiti che il Laboratorio ha prodotto nella città di Fano sono, ad oggi, solo una piccola parte rispetto all'insieme di iniziative proposte al sorgere di questa esperienza, riconducibili soprattutto alle attività di educazione ambientale, come già riportato, e di animazione di alcuni spazi pubblici. Le difficoltà vanno imputate a diversi fattori, tra cui una sua gestione dal punto di vista amministrativo che ha finito per sbilanciare, nel corso degli anni, le tipologie di interventi soprattutto sul lato ambientale, limitando i ben più complessi interventi e le azioni allo svolgersi entro una sfera riguardante la sostenibilità, che pur rappresenta un loro aspetto di indubbio valore (Peroni, 2006). Una gestione del Laboratorio, considerandolo in un'ottica di *task force,* in grado di

---

[1] Riporto l'opinione della Dott.ssa Peroni, Direttrice del laboratorio Città dei Bambini di Fano, intervistata nel Febbraio 2013.

[2] Ve n'è testimonianza, attraverso le voci degli stessi bambini coinvolti nel progetto, nel report che analizza principalmente l'esperienza del Consiglio comunale dei bambini, grazie alla tecnica dei *focus group* (Baraldi & Maggioni, 1999).

dialogare alla pari con gli altri settori dell'amministrazione, e penetrando al contempo la propria logica di "Città dei bambini" nelle diverse scelte amministrative, avrebbe in qualche modo garantire un mantenimento delle iniziative del laboratorio in agenda, non sottoposte invece alle inevitabili ondulazioni che derivano ad ogni passaggio del testimone da parte dei sindaci e delle diverse amministrazioni.

Alcune sperimentazioni progettuali

A chiudere questa parte dedicata al tema dei bambini in città vengono portate in rassegna alcune sperimentazioni rispetto al tema della loro esperienza urbana. Sono qui definite sperimentazioni in quanto appaiano come iniziative isolate, quasi più degli *unicum* nell'ambito della pianificazione urbana, che appaiono quindi maggiormente d'interesse in quanto si prestano a mettere a fuoco alcuni elementi di maggiore interesse e di replicabilità, anche in altri contesti.

"Quartiersgarten" Nordstadt, Heilbronn, Germania

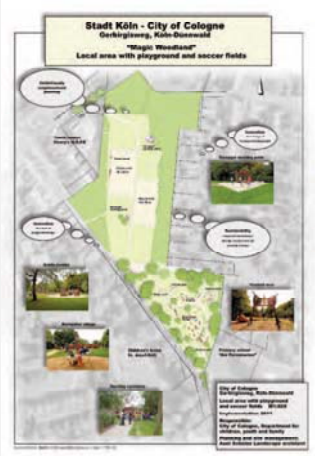
Si tratta di una nuova area verde di quesrtiere molto densamente e d etnicamente connotato ad Heilbronn, in Germania. Il giardino viene molto usato dalla popolazione locale, che contribuiscono quotidianamente ed attivamente alla sua manutenzione, anche grazie alla predisposizione di uno spazio dedicato ad orto, che ne garantisce la frequentazione giornaliera da chi lo tiene in custiodia. Dopo la scuola, di sabato e durante le vacanze il giardino diventa spazio per svolgere attività di animazione sociale per bambini, tenute da associazioni che operano nel settore sociale. Talvolta vengono svolte anche le lezioni scolastiche all'interno del parco, consentendo una diversa fruizione del parco da parte dei bambini. Il parco contiene al suo interno anche un giardino d'inverno, molto usato soprattutto durante le giornate di pioggia. Oltre al suo *design*, appare interessante anche l'esperienza di progettazione a monte, cui hanno partecipato gli abitanti del quartiere, la parrocchia, gli asili ed le scuole. Particolare attenzione viene decdicata anche alla manutenzione, che garantisce che il parco sia in buone condizioni, non andando incontro a fenomeni di abbandono e di degrado. ssendo localizzato in que quartiere dalla forte presenza di nuovi immigrati, uno dei target più importanti del giardino è il gruppo di madri, che usano questo luogo come spazio di incontro e di socializzazione con le altre madri delquartiere.

GiroGavassetto, Reggio Emilia, Italia

Si tratta di un progetto per la realizzazione dei percorsi sicuri nel tragitto casa-scuola per gli alunni della scuola elemetare di Gavassetto, progetto che fa parte di una più ampia iniziativa promossa dal Dipartimento della Mobilità della Regione Emilia Romagna, volta a ridurre il traffico in alcune aree obiettivo, come quelle in corrispondenza delle scuole (data l'elevata percentuale di bambini accompagnati dai genitori in auto). L'elemento di interesse di questa iniziativa risiede nel coinvolgimento, sin dalle prime fasi della progettazione, dei bambini della scuola e delle loro famiglie; in particolare, una volta definito il percorso, i bambininno evidenziato, mediante l'utilizzo di un plastico, gli elementi di pericolo del tragitto individuato dai progettisti, osservzioni accolte dal municipio nella successiva relaizzazione. Ad oggi il percorso individuato è molto

frequentato, non solo dai bambini e dalle famiglie che usano la bicicletta, ma anche dagli abitanti del paese.

Playground Gerbirgis-Weg, Colonia, Germania



Lo scopo del progetto era quello di creare un'area come elemento di connessione tra un quartiere consolidato ed uno di nuova costruzione, che ha portato un cambiamento nella struttura demografica della zona, essendo costituito per quasi un quinto da una popolazione under 20. In precedenza l'area era occupata da un campo da calcio in pessime condizioni; l'idea era quella di creare una nuova area giochi per tutte le età, in cui ognuno potesse sentirsi bene e ben accolto, creando un luogo in cui gli abitanti dei due quertieri potessero incontrarsi, dato che in precedenza non esisteva alcun luogo di ontatto tra i due qurtieri. Una caratteristica importante del porgetto era quella di voler dare un alto valore pedagogico, grazie alla progettazione di un playground unico e vionario dal nome "Magic woodland", disegnato da un architetto del paesaggio, e con la partecipazione dei residenti dell'area, specialmente bambini ed adolescenti, oltre alle autorità municipali.

Broadway School and Community Development, Birmingham, Inghilterra

Questo spazio ha una doppia funzione, ospitando sia una scuola che spazi per i servizi in un quartiere disagiato. La scuola è stata progettata in modo tale da essere flessibile ad adattabile, in modo tale da rispondere ai nuovi bisogni sociali del quartiere. A tal proposito, gli spazi interni della scuola sono progettati in modo tale da ospitare diversi tipi di attività, oltre a aquelle didattiche, come quelle legate ai progetti di educazione ed ricereazione, sia per i bambini, che per gli adulti, per l'integrazione tra le diverse cultute e religioni, oltre ad attività sportive. Questo progetto esprime elementi di interesse soprattutto nella sua ideazione e progettazione come edificio in cui sono integrate diverse funzioni, oltre che per la sua idea concettuale di fondo, che vede nella sua multifunzionalità un elemento di pregio nel costruire e diventare uno spazio di condivisione tra gli abitanti del quartiere.[1]

Queste sperimentazioni, sebbene appartengano a categorie differenti (spazi pubblici, mobilità, servizi) possiedono come comune denominatore la posizione centrale attribuita al bambino, ed alla sua cura, nell'ideazione e nella progettazione di queste iniziative. Tale ruolo di primo piano viene poi declinato in diversi modi, nel rispetto della diversa natura dei progetti qui sopra sinteticamente illustrati.

Negli esempi di progettazione di nuovi spazi pubblici, in questo caso *playgrounds*, l'attenzione, la cura verso i bambini viene testimoniata a partire dalla progettazione di

[1]Le fonti utilizzate per costruire queste schede sintetiche sono tratte da City for Children (2012).

tali spazi, in cui il loro design interno è accuratamente pensato per ospitare tipi di attività diverse, nelle diverse ore del giorno, e non solo dai bambini. Inoltre, un'importante *focus* viene posto anche sulla loro manutenzione e gestione, elemento essenziale per la buona riuscita di uno spazio di questo tipo, in quanto l'incuria è il primo passo verso l'abbandono o il sottoutilizzo di un'area verde. In questi casi, il progetto di tali spazi consente una loro manutenzione quotidiana, mediante l'inserimento in una parte di parco di alcuni orti: il loro uso giornaliero , da parte di chi se ne cura, garantisce una frequentazione assidua di tale spazio, oltre ad un'attenzione maggiormente partecipata verso di questi.

Nel caso dell'esperienza italiana della progettazione dei percorsi casa-scuola, la dimensione della cura va invece rintracciata nell'attenzione verso il tema cruciale degli spostamenti, per la loro importanza nella scansione quotidiana dei ritmi, non solo del bambino, ma di tutta la famiglia. La cura dimostrata verso tali spazi, il loro disegno, è in grado di incidere in modo significativo sulla qualità della vita di chi percorre quotidianamente un tragitto così progettato.

L'ultimo esempio qui riportato riguarda l'ideazione di uno spazio da destinare ad un servizio pubblico, quello dell'istruzione, cui si combina una serie di attività educative e sociali, che si svolgono negli stessi ambienti, opportunamente progettati da permetterne un uso condiviso, della scuola. In questo caso, l'aspetto di maggior interesse risiede nell'effetto moltiplicatore, dal punto di vista dell'attrattività, che si crea in seguito alla localizzazione nello stesso luogo di diverse attività dalla forte valenza sociale. Qui il tema della cura si legge nella dimensione della progettazione di uno spazio che sia in grado di accogliere, di prendersi cura dei cittadini, mediante l'ideazione di uno spazio in grado di modulare la propria funzione a seconda delle modalità con cui viene interrogato.

3.2. Spazi

La seconda categoria interpretativa individuata per traguardare il tema della cura è quella quasi ovvia, per una ricerca nel campo del *planning*, degli *spazi*. Grazie alla revisione della letteratura svolta nel capitolo precedente sono stati individuate le modalità con cui in Italia la pianificazione ha permesso la dotazione sul territorio di spazi da dedicare allo svolgimento dei servizi, tra cui quelli di cura. Ad oggi la sfera di servizi di cui la popolazione necessita assume contorni sempre più ampi, allontanandosi dalla triade "verde-scuole-parcheggi" definita dal decreto sugli standard (v. par.2.2.1), per avvicinarsi ad una loro maggiormente ampia concezione, che comprende talvolta anche servizi senza una precisa localizzazione sul territorio, come quelli svolti a domicilio.

Il punto di vista che verrà messo al lavoro in questo paragrafo sarà quello volto ad individuare in che modo gli strumenti di pianificazione deputati a tal compito hanno saputo rispondere alla domanda di spazi per servizi sui territori, ed in quali modalità e declinazioni essi l'hanno fatto. In particolare, l'esempio preso in considerazione in questo paragrafo è quello derivante dall'esperienza di un Piano dei Servizi lombardo, precisamente quello di Dalmine in provincia di Bergamo. Anche in questo caso, così come nei paragrafi precedenti, la scelta di analizzare criticamente questo documento non lo pone in una posizione di "buona pratica", bensì viene qui considerato come banco di prova per testare come il tema della cura, che fa da perno all'intera ricerca, sia stato emerso nelle normali pratiche di pianificazione. La scelta di approfondire questo strumento è motivata dalla sua natura innovativa, che si allontana dal calcolo semplicistico degli indici per approdare ad una diversa concezione del servizio, che risponde ad un criterio maggiormente prestazionale che quantitativo.

Il percorso svolto in questo paragrafo consentirà quindi di comprendere in quali declinazioni il tema del *care* è stato trattato, anche mediante strumenti che si occupano invece di questioni maggiormente solide e legate invece ad una logica di fornitura del servizio. La lettura critica svolta rispetto al Piano dei Servizi di Dalmine è stata condotta mediante l'analisi della relazione illustrativa, documento che contiene la *ratio* dell'intero processo di pianificazione dei servizi, ponendosi a corredo dell'apparato maggiormente regolativo del documento (Piano delle Regole). In particolare, l'analisi è stata svolta considerando: la *ratio* del piano ed i suoi obiettivi; il tipo di servizi individuati e a chi si rivolgono; le modalità di fornitura dei servizi. Le conclusioni verteranno riguardo al modo in cui questo Piano dei Servizi incrocia le componenti che riguardano la cura, ovvero mediante una spiccata attenzione verso le componenti considerate nella precedente parte del capitolo, ovvero anziani e bambini, un'attenzione verso i supporti di quelle pratiche che vengono svolte quotidianamente dei residenti, in particolare gli spazi dedicati alla mobilità pedonale e ciclabile e ai servizi di maggiore prossimità, ovvero le scuole e gli spazi verdi.

Gli spazi che si "prendono cura": il Piano dei Servizi di Dalmine[1]

Dalmine è la quarta città per popolazione della provincia bergamasca, con una popolazione di circa 23000 abitanti (Istat, 2012). Nell'ultimo secolo è stata sede di uno dei maggiori poli industriali della pianura padana, la Dalmine, oggi Tenaris, specializzata nella lavorazione dell'acciaio. La crisi della siderurgia mondiale degli anni Ottanta ebbe enormi conseguenze sul piano occupazionale anche alla Dalmine, con un forte decremento degli occupati nell'industria, valutabile nella perdita di migliaia di posti di lavoro. Negli anni Novanta la base economica della città venne integrata dall'insediamento di attività terziarie, soprattutto specializzate nei settori dell'innovazione tecnologica, oltre al polo universitario appartenente alla facoltà di ingegneria dell'università di Bergamo. Questi brevi cenni ci permettono di capire come la città di Dalmine abbia attraversato nel tempo diverse fasi dello sviluppo economico, attribuendo quindi molta importanza, soprattutto all'interno dei documenti di pianificazione analizzati[2], alla dimensione dell'identità e dell'attenzione verso il territorio.

Nel 2011[3] il Comune, dopo alcuni anni dedicati all'elaborazione dei documenti, approva il Piano di Governo del Territorio, di cui il Piano dei Servizi fa parte. Qui di seguito verrà condotta una lettura critica di tale documento prodotto dall'amministrazione di Dalmine, accompagnato da una serie di tavole illustrative riguardanti il sistema dei servizi della città. La recente approvazione del documento, oltre ad una specifica volontà della ricerca di vedere in che modo il piano intercettasse il tema, non hanno volutamente dedicato spazio ad una ricognizione delle modalità di costruzione del piano, sulla sua implementazione o sulla sua rispondenza al contesto urbano in cui si muove. La lettura proposta appare quindi focalizzata sulla documentazione di piano prodotta, assumendola quindi come pratica standard di pianificazione dei servizi, lontana dalle retoriche delle "best practices" spesso usate nell'ambito delle ricerche nell'ambito del planning. Quindi, seguendo la struttura analitica di cui si compone il Piano dei Servizi, verranno messi in luce quegli elementi che consentono di comprendere in che modo il tema della cura sia declinato, sia rispetto alle tipologie di servizio che identificati, sia rispetto alla cornice di contesto in cui si pone il documento stesso.

La relazione che accompagna il Piano dei Servizi (in seguito PdS) si apre esplicitando l'idea di progetto ad esso sottesa, identificando alcune strategie di sviluppo (Città verde, Città pubblica, Città che si qualifica, …), articolate a loro volta in linee d'azione, poi specificate nel corso del testo. Il PdS assume infatti un ruolo fondamentale tra gli strumenti di pianificazione recentemente adottati in Lombardia, rappresentando "*uno*

1 Poiché il Capitolo 2, in particolare nel Paragrafo 2.2.1, ha consentito un'ampia trattazione delle modalità con cui la pianificazione del territorio e dei servizi sociali ha previsto la dotazione sul territorio di spazi per i servizi, si è ritenuto in questo paragrafo riportare direttamente l'esperienza del Piano dei Servizi di Dalmine, soprattutto per non presentare all'interno del testo sovrapposizioni e ripetizioni tematiche.

2 Piano di Governo del Territorio, composto da Piano strutturale, Piano delle Regole, Piano dei Servizi (documenti consultabili da sito web www.dalmine.comune.bg)

3 Deliberazione del Consiglio Comunale n.115 del 20 Dicembre 2011

strumento fondamentale per il raggiungimento di requisiti di vivibilità e di qualità urbana che il governo del territorio deve perseguire (…). Il Piano di Dalmine assume quindi a proprio oggetto ognuna e tutte le categorie di servizi, in quanto concorrenti a delineare la qualità degli spazi urbani e la capacità di attrazione dei diversi aggregati urbani, secondo un disegno di razionale distribuzione sul territorio, basandosi su fattori di qualità, fruibilità ed accessibilità del servizio " (Comune di Dalmine, 2011).

Il PdS inizia avviando un'indagine volta a riconoscere i servizi già presenti sul territorio, considerandone le componenti quali l'attrezzatura fisica in cui si svolge il servizio, e l'attività che in essa si svolge, consentendo in questo modo anche l'individuazione di quei servizi senza sede (assistenza domiciliare, trasporto,…). Tale indagine analizza anche la componente dell'accessibilità alla popolazione cui si indirizza, in base alle diverse fasce d'età, oltre a considerare criteri quantitativi (densità di offerta, soddisfacente copertura o attrattività), e qualitativi del servizio offerto (sul piano tecnico ed umano). Tra i criteri viene anche analizzata la sua flessibilità ed adattabilità al contesto, tenendo conto della sua capacità di considerare le esigenze degli utenti, in termini di orari di apertura, coordinamento con il sistema del trasporto pubblico. Successivamente, il PdS valuta lo stato dei bisogni e la domanda dei servizi, realizzata identificando alcuni temi trasversali (salute, sicurezza, educazione/formazione,lavoro, trasporti, cultura, comunicazione, svago, ambiente, …), con l'obiettivo di identificare quali segmenti delle singole aree di bisogno presentano problematiche più urgenti di altre, tenendo conto anche delle specificità territoriali e della popolazione che vi ci abita. Tale identificazione consente di individuare un set di bisogni condivisibili da tutta la popolazione, oltre a quelli espressi solo da alcune categorie di persone e quelli espressi dalle imprese e per la protezione dell'ambiente.

Dopo questa prima analisi, il PdS confronta l'offerta e la domanda di servizi, effettuando un bilancio analitico della situazione dei servizi presenti a Dalmine, verificando anche il loro livello di fruibilità, tanto in termini di prestazioni, che in termini di qualità ed accessibilità, finalizzata all'identificazione degli elementi di miglioramento organizzativo. Mediante tale confronto ha anche identificato un certo numero di segmenti di servizio che, pur non facendo parte dei servizi considerati di base in senso stretto, sono prioritari per la popolazione. Ad esempio, il servizio di mantenimento a domicilio delle persone anziane, declinazione dei servizi per la salute, diventa prioritario di fronte ad un imponente aumento della popolazione in età avanzata, alla cui realizzazione debbono concorrere attori pubblici, privati e provenienti dal terzo settore. Un altro esempio, ugualmente significativo, appare quello della cura dei bambini, a fronte di un innalzamento dei tassi di occupazione femminile e che pone un necessario coordinamento negli orari di apertura e chiusura delle scuole e degli orari di lavoro dei genitori. "*Rispondere alle difficoltà della popolazione presuppone l'organizzazione di un Servizio alla popolazione che deriva necessariamente da una progettazione collettiva. Questo comporta un ruolo nuovo per il comune di Dalmine, che deve trasformarsi da ente erogatore dei servizi a soggetto di governo, condizione che facilita l'organizzazione, in funzione della risposta ai bisogni evidenziati, da parte di soggetti privati*" (Comune di Dalmine, 2011)

Tale componente istruttoria del PdS consente di fare emergere un nuovo modello di fornitura dei servizi, già importante nella stessa formulazione normativa del piano

stesso, che passa da un potenziamento quantitativo dell'offerta, mediante la realizzazione di uno stock di nuove attrezzature, ad una migliore gestione di quelle esistenti, privilegiando l'intervento sugli aspetti organizzativi ed istituzionali (*standard prestazionali*), rispetto a quelli fisici ed edilizi (*standard quantitativi*). Pertanto, la messa a sistema di una serie di attrezzature e servizi già in erogazione prevale come logica d'azione, oltre ad una maggiore attenzione riguardo la relazione tra servizi ed organizzazione urbana, a fronte di un loro maggiormente corretto inquadramento urbanistico.

La struttura del Piano

In seguito si passa all'identificazione delle componenti mediante le quali il Pds intende operare: esse sono due, una parte strutturale/pianificatoria, volta a configurare il quadro complessivo dei servizi e delle attrezzature esistenti e di progetto, definendone l'assetto territoriale in relazione al sistema infrastrutturale, ambientale e delle trasformazioni, ed una parte programmatoria, che individua le azioni, le prestazioni e gli obiettivi da assumere per riqualificare, differenziare ed incrementare in città l'offerta dei servizi, anche quelli aspaziali. In sintesi si può affermare che il PdS, in coerenza con gli strumenti di programmazione settoriale (analizzati in seguito all'interno del documento) individua gli elementi strutturali del territorio e un set di azioni programmatiche (le priorità per la costruzione della "città pubblica"), definite rispetto allo scenario ecologico-ambientale, allo scenario infrastrutturale e allo scenario insediativo, i tre grandi sistemi che restituiscono il quadro territoriale complessivo di Dalmine.

Appare quindi interessante la prospettiva di valorizzare il ruolo della *città pubblica*, soprattutto per quanto riguarda il riequilibrio quantitativo oltre che localizzativo, delle dotazione dei servizi, oltre che rispetto alla costruzione di una città più vivibile, mediante il ridisegno e il potenziamento di spazi, luoghi pedonali, organizzati in una rete di percorsi. Quindi, "*le azioni urbanistiche ed ambientali sono indirizzate alla realizzazione di spazi pubblici e nuove centralità per servizi, ma anche alla costruzione di una trama ciclabile e pedonale attrezzata (con pavimentazioni, alberature, verde) che tuteli la percorribilità del territorio a favore delle categorie più deboli (anziani, bambini, svantaggiati) e che incentivi l'interconnessione tra l'ambito urbanizzato e le aree ambientali (parchi, corridoi ecologici, ecc.)*" (Comune di Dalmine, 2011).

Successivamente il PdS passa all'analisi dei diversi documenti specializzati nella programmazione di servizi di diverso tipo, necessariamente integrati con la pianificazione dei servizi: i servizi del sottosuolo (Piano Urbano Generale dei Servizi del Sottosuolo[1]), le infrastrutture per la mobilità (Piano Urbano del Traffico[2]), i servizi sociali (Piano di Zona[3]), oltre ad un accenno riguardo ai servizi educativi della città

[1] Il PUGSS, come previsto dal Regolamento, deve esser congruente con le previsioni dello strumento urbanistico generale PGT. Esso integra, per quanto riguarda l'infrastrutturazione del sottosuolo, il Piano dei Servizi (art. 9 comma 8 LR 12/05).
[2] Approvato con Delibera del Consiglio Comunale n.31 del 28 Marzo 2012
[3] Si veda Scheda 3

(Piano dei Servizi Educativi). Il documento che appare come maggiormente interessante nella sua analisi è quest'ultimo, riguardante la pianificazione dei servizi sociali, definiti dalla legislazione riguardante il PdS come *servizi secondari*[1]. Un aspetto interessante appare quello di poter prevedere, nel caso la dotazione sul territorio comunale sia ritenuta sufficiente da PdS, la trasformazione della dotazione minima di tali servizi di tipo fisico in servizi aspaziali, trasferimento che può avvenire sia con la monetizzazione, finalizzata alla loro realizzazione, sia con la loro prestazione diretta da parte del privato mediante convenzione.

Gli interventi previsti dal Piano di Zona (in seguito PdZ) sono suddivisi in base alle categorie sociali che necessitano d'intervento, ovvero disabili, adulti, anziani ed infanzia, oltre a un set di interventi generali volti a alleviare situazioni di bisogno da parte di individui e famiglie; a partire da queste categorie vengono poi identificati le principali aree di bisogno a cui il servizio sociale è in grado di dare risposta e in quali modalità. Ad esempio, se si considera l'area di intervento *infanzia*, viene identificata come tipo di bisogno quello dell' accudimento dei bambini in assenza dei genitori, cui si risponde fornendo il servizio *asilo nido*. Sono poi esposti all'interno del PdS i diversi servizi erogati in forma di schede illustrative in cui viene indicato il tipo di servizio, le sue finalità ed interventi previsti, chi può accedere al servizio e le modalità di richiesta, declinate nella documentazione da produrre, ai criteri per l'erogazione e i tempi di risposta previsti. All'interno di questa catalogazione dei servizi sono presenti sia servizi localizzati in precise sedi, sia quelli aspaziali, come quelli domiciliari o di accompagnamento.

Appare di notevole interesse, rispetto all'ogetto di questa ricerca, l'attenzione posta dal documento riguardo alcune fasce di popolazione identificate come maggiormente bisognose di un intervento da parte dell'Amministrazione. Gli anziani in primo luogo richiedono un intervento integrato che riguardi anche la sfera dei servizi assistenziali e sanitari, in un contesto in cui aumenta la percentuale delle persone *over 65* e appare sempre più fragile il ruolo delle famiglie nella loro funzione di sostegno e supporto. In secondo luogo la fascia dei *minori*, che si trovano a vivere in un contesto sociale in cui, anche in questo caso, le famiglie vedono cambiare sempre più il loro ruolo di guide e di strutture educative rispetto al passato recente, e di riserve di *cura* a cui attingere. Per queste categorie di individui le tipologie di servizi previste sono quelle piuttosto tradizionali degli spazi specializzati dedicati a svolgere le funzioni di *cura*, con una scarsa integrazione con gli altri servizi sul territorio.

Il documento prosegue identificando come un elemento di forte strutturazione urbana la dotazione di scuole presenti sul territorio, sottoposta negli ultimi anni ad un

1 La L.Rl. 12/2005 identifica quattro tipologie di servizi: primari (strade, spazi di sosta o parcheggio, fognature, rete idrica, rete di distribuzione dell'energia elettrica e del gas, cavedi multi servizi e cavidotti per il passaggio di reti di telecomunicazioni, pubblica illuminazione, spazi di verde attrezzato), secondari (asili nido, scuole materne, scuole dell'obbligo e strutture e complessi per l'istruzione superiore dell'obbligo, mercai di quartiere, presidi per la sicurezza pubblica, delegazioni comunali, chiese ed altri edifici religiosi, impianti sportivi di quartiere, aree verdi di quartiere, centri sociali e attrezzature culturali e sanitarie, cimiteri), servizi di Edilizia Residenziale e Pubblica e servizi di interesse sovracomunale.

processo di dimensionamento[1], volto alla riorganizzazione delle strutture scolastiche in *campus*, costituiti da strutture di maggiori dimensioni, in grado quindi di accogliere una popolazione studentesca più consistente, oltre che caratterizzate dalla presenza di spazi qualificanti per l'attività didattica (aule di informatica, arte, musica). Il risvolto interessante di questo provvedimento, ai fini della ricerca, consiste nell'attribuire un forte ruolo alla scuola a livello soprattutto territoriale: infatti, queste strutture di diversa concezione, sono in grado di aprire i loro spazi anche ai cittadini, diventando in questo modo non solo dei poli educativi a livello scolastico, ma anche dei centri di diffusione della cultura, garantendo la fruizione di tali spazi di qualità alla città. L'idea che si trova sottotraccia è quella di una "*città che educa*" (Comune di Dalmine, 2011), in grado di mettere a sistema i diversi attori che operano al livello territoriale in ambito educativo, promuovendo anche iniziative che aprono le scuole alla città. È questo il caso dell'apertura durante il periodo estivo delle scuole, in rete con parrocchie, piscine comunali ed altri soggetti che promuovono attività educative sul territorio, in modo tale da aiutare le famiglie nel prendersi cura dei bambini anche nei periodi di chiusura delle attività didattiche. Un altro esempio è quello svolto in accordo con il Comune, è quello che promuove il servizio di Piedibus (v. Par. 3.1), progetto finalizzato alla promozione di una maggiore autonomia nel tragitto casa-scuola dei bambini, supportati dalla presenza di genitori volontari.

Dopo aver analizzato questi documenti di programmazione di servizi specializzati, il PdS passa all'individuazione di alcuni servizi strategici, nominati nel documento "servizi leader", cui seguono delle indicazioni di massima riguardanti le azioni da intraprendere. Essi sono:

Dalmine città verde: "*valorizzazione del tessuto continuo degli spazi a verde (naturale, agrario, pubblico, privato"*
Dalmine a piedi: "*formazione di una trama di percorsi pedonali e ciclabili attrezzati e di qualità che tuteli e valorizzi la percorribilità pedonale anche a favore delle categorie più deboli (bambini, anziani, portatori di handicap, ecc.) e che incentivi l'interconnessione tra le varie parti di territorio e servizi* (…). *Tramite la rete dei percorsi pedonali e ciclabili il PdS si propone di valorizzare il ruolo della città pubblica, a partire dalla costruzione di una città più vivibile a misura di cittadino, dove i servizi primari e i servizi secondari diventano attrezzature centrali e non episodiche e isolate, ma strettamente intrecciate da una ricca trama pedonale e ciclabile"*
Dalmine dei Bambini, mediante una maggiore attenzione posta nei confronti dei bambini e delle bambine "*per un ambiente comunitario rassicurante con luoghi accessibili, sicuri e convivial*i"
Dalmine città degli studi e della ricerca "*implementazione dei servizi per la cultura, per l'infanzia, per l'educazione scolastica, potenziamento e miglioramento del campus per gli istituti superiori, potenziamento e miglioramento della città universitaria, implementazione del polo per l'innovazione tecnologica*"
Dalmine città unitaria e policentrica "*qualificazione di piazze, slarghi, viali, ecc., formazione*

1 La normativa vigente (DPR 18/6/1998 n. 233 "Regolamento recante norme per il dimensionamento ottimale delle istituzioni scolastiche e per la determinazione degli organici funzionali dei singoli istituti, a norma dell'articolo 21 della legge 15 marzo 1997, n. 59") prevede che gli istituti scolastici debbano avere una popolazione compresa tra i 500 e 900 alunni.

di una rete di servizi polifunzionali integrata con la rete ecologica comunale e con le attività residenziali, commerciali, produttive e mix funzionali".

Quale spazio per la cura?

La lettura critica del PdS della città di Dalmine, nella suo carattere di normale attività pianificatoria, ha consentito alla ricerca di mettere a fuoco alcuni elementi di attenzione rispetto al modo in cui la pianificazione del territorio si occupa di dotare un territorio dei servizi di cui ha la sua popolazione necessita. Inoltre, la lettura trasversale di questo documento, tenendo a mente una prospettiva sul tema della cura, consente di individuare ulteriori elementi di interesse, rispetto soprattutto alla medietà di alcuni aspetti.

Rispetto alla lettura critica qui riportata, il primo elemento su cui vale la pena soffermarsi è la tipologia di servizi proposti dal PdS, che sembrano portare alla luce una visione ancora piuttosto tradizionale del soddisfacimento dei bisogni di cura nella popolazione. Infatti, in linea con la "teoria amministrativa dei bisogni" (Tosi, 1994), ad una categoria definita di individui standardizzati, siano essi anziani o bambini, viene fornita una tipologia di servizio atta a rispondere ai bisogni di quella categoria, anch'essi standardizzati. Non sono infatti proposte tipologie diverse di servizio, o modulabili in base alle diverse esigenze di chi vi ci accede, denotando, nonostante la fase di analisi dei servizi presenti sul territorio volta a comprendere eventuali lacune o migliorie apportabili nel sistema dei servizi, una lettura appiattita dei profili di bisogno della popolazione.

Inoltre, l'accento più volte emerso all'interno del testo rispetto alle fasce di popolazione più deboli, quella degli anziani e dei minori, nello svolgersi del documento banalizza poi il suo intervento. Infatti, l'attenzione enunciata nelle prime pagine riguardo al tema dell'infanzia e della città dei bambini, in seguito si rivela un insieme di iniziative legate soprattutto alla sfera educativo-didattica, non in grado di uscire dai recinti di queste attività specialistiche. Anche l'interesse più volte enunciato nei confronti della maggiore autonomizzazione degli anziani,,in seguito rivela solo una lasca previsione di maggiore attenzione verso la dimensione pedonale e ciclopedonale, senza riconoscere e mettere a punto un vero e proprio sistema di percorsi integrati con il trasporto pubblico, con i servizi di diverso tipo presenti sul territorio, non inquadrato all'interno di una cornice generale di azione.

Il tema della cura appare quindi in questo caso in forma evanescente, di cui si trova traccia solo nelle dichiarazioni retoriche contenute all'interno del PdS, in forma di attenzione verso i soggetti che ne necessitano maggiormente; alla successiva fase di identificazione di un set di spazi o sevizi da dedicare, la scelta ricade su risposte standardizzate, in cui la declinazione *qualitativa* del servizio viene meno, contrariamente agli enunciati su cui si basa nella sua redazione il PdS.

3.3. Tempi

L'ultima categoria presa in considerazione nella decostruzione della *cura* è quella dei *tempi*. Essa deriva da un ragionamento più ampio che coinvolge due aspetti fondamentali del "prendersi cura": in primo luogo la sua dimensione relazionale, soprattutto per quanto riguarda il suo evolversi rispetto alle diverse esigenze di cura a seconda delle fasi di vita. Maggiori bisogni di cura e supporto nelle azioni quotidiane risultano necessarie nei primi anni di vita, fino al raggiungimento di un buon grado di autonomia, e negli anni in cui l'età si innalza e a cui corrisponde solitamente un intaccamento nelle proprie capacità svolgere le proprie routines quotidiane. Ovviamente esistono importanti differenze all'interno delle fasce d'età considerate, sia derivanti da caratteristiche e specificità proprie delle singolo, sia derivanti da alcune trasformazioni culturali nell'approcciarsi al mondo dell'infanzia e della vecchiaia. In secondo luogo, i carichi di cura esercitano una grande influenza nella scansione dei ritmi quotidiani delle persone, ritmi che condizionano e, allo stesso tempo, sono condizionati dall'organizzazione urbana, sia nel suo disegno spaziale che temporale, soprattutto per quanto riguarda la dimensione dell'accessibilità a spazi e servizi. In particolare, si fa qui riferimento alle crescenti esigenze di mobilità dei cittadini, che spesso compiono spostamenti non routinari, spesso disegnando traiettorie frattali sui territori che percorrono, condizionati dalla trasformazione degli stili di vita e dell'uso del tempo libero, oltre che dalla frammentazione e dispersione sul territorio dei luoghi di residenza, lavoro o *loisir*.

Alla luce di queste riflessioni, la categoria dei *tempi* è stata quindi messa al lavoro rispetto ad alcune esperienze italiane che hanno lavorato riguardo a questo ordine di questioni. Il tema del tempo e della sua organizzazione alla scala urbana è stato oggetto nel corso degli anni Novanta e Duemila di diverse sperimentazioni: ci si riferisce in questo caso alla stagione della pianificazione dei tempi, di cui si è trattato nel Par. 2.2.2. Anche in questo caso, come nei paragrafi precedenti, l'esempio scelto si configura più come una lettura critica dello strumento del Piano Territoriale degli Orari (PTO), usando la lente della cura, piuttosto che della sua assunzione come buona pratica, nonostante l'indubbio valore di questa politica. La scelta è caduta sull'esperienza bergamasca: il suo PTO nasce dopo quasi un ventennio di confronti tra la società civile e l'Amministrazione ed ha prodotto un piano che si contraddistingue per la ricchezza delle analisi e dei materiali prodotti. L'obiettivo dell'analisi di questo strumento è quello di individuare come il tema della cura sia stato considerato, in quale accezione, quali aspetti sono stati privilegiati maggiormente nella progettazione di tale strumento, e quali gli ambiti di maggiore attenzione.

A seguire quest'analisi saranno brevemente riportate altre esperienze italiane ed internazionali che hanno lavorato proficuamente sul tema del tempo alla scala urbana: il loro scopo all'interno di questa ricerca è quello di segnalare, nella forma di una rassegna critica, alcune esperienze d'interesse, restituendo così un (parziale) stato dell'arte rispetto al tema della cura e del tempo.

"Per una città della cura", il Piano Territoriale degli Orari di Bergamo

La città di Bergamo possiede una lunga storia[1] riguardo la riflessione sui tempi urbani che precede di molto l'adozione del suo Piano Territoriale degli Orari (PTO) avvenuta nel 2006. Infatti, già dai primi anni '90, all'interno di alcune componenti della società civile, portatrici soprattutto di istanze femminili, iniziarono a ragionare sui temi dell'organizzazione urbana e della vita quotidiana, arrivando a dialogare in seguito con l'Amministrazione e a portare elementi critici di riflessione riguardo al PRG allora in adozione, fino alla redazione ed approvazione del vigente PTO che qui di seguito verrà letto criticamente. Tale documento è diviso in due volumi: il primo, a carattere maggiormente conoscitivo, riguarda gli "Studi per il PTO" e contiene, oltre a numerosi riferimenti teorici sul tema delle politiche temporali, anche un'istruttoria riguardo la città di Bergamo ed il suo contesto, realizzata mediante un'analisi dei tempi urbani e dei ritmi della città e la restituzione delle principali fasi di riflessione attorno a tale tema tra i gruppi portatori di interesse della città; il secondo volume racchiude il Documento Direttore del PTO, identificando gli indirizzi strategici del piano e i progetti pilota selezionati.

La lettura critica di seguito esposta riguardo questo documento, denso di informazioni e riflessioni, avverrà seguendo la strutturazione qui sopra riportata, permettendo così di mettere in evidenza alcuni degli elementi chiave rispetto al focus tematico della cura: in primo luogo la matrice fortemente femminile della riflessione sui tempi e sull'organizzazione urbana, quasi ad evidenziare la cosiddetta *doppia presenza* e la rilevanza dei tempi di cura; poi la riflessione riguardante la strutturazione spaziale della città e le strategie di intervento utili per permettere una migliore le agende quotidiane individuali; per ultimo l'accento posto sulla qualità e sulla progettazione con cura degli spazi pubblici, non solo quelli aperti ma anche gli spazi per l'attesa.

Le origini del PTO e la sua matrice di genere

Come accennato in precedenza, la città di Bergamo possiede un vissuto di consapevolezza riguardo al tema dei tempi urbani che esula dalla sola redazione ed adozione del PTO. Infatti, nei quindici anni precedenti, a partire dal 1991 sia esponenti della società civile, soprattutto donne, sia organi istituzionali, come il Consiglio delle Donne, appartenente all'amministrazione, hanno fortemente sostenuto l'inserimento delle politiche dei tempi nell'agenda delle politiche pubbliche[2]. Qui di seguito riporterò per sommi capi l'esperienza bergamasca, soprattutto per quanto riguarda il ruolo forte avuto dalla componente femminile della società civile, molto consapevole riguardo il ruolo che possiede l'organizzazione dei tempi e degli spazi

---

[1] L'elenco delle diverse iniziative e documenti che hanno contribuito ad avviare e diffondere le politiche temporali a Bergamo è consultabile all'interno dei primo volume prodotto riguardo al PTO (Comune di Bergamo - Politecnico di Milano, 2006, pp. 14-20)

2 Questa storia va di pari passo con la riflessione avvenuta a livello nazionale riguardo a queste tematiche, di cui si è trattato nel corso del Par. .2.2.2.

urbani nel miglioramento o, più spesso, nel rendere complicate le loro condizioni di vita, in bilico tra ruoli familiari di cura e ruoli economici e sociali di lavoratrici.

Nel corso degli anni Novanta si susseguono infatti una serie di incontri e dibattiti il cui tema centrale è sempre quello dell'esperienza quotidiana e materiale del vivere in città, soprattutto condotta da componenti femminili della società civile e delle istituzioni[1], che cercano faticosamente di combinare efficacemente gli impegni derivanti dalla vita lavorativa e dalla dimensione della famiglia. La questione che appare interessante, soprattutto ai fini della ricerca, è l'approccio assunto come comune denominatore a tutte queste esperienze: a tali difficoltà di conciliazione non si prospetta una soluzione privatistica ed individuale, da ricercare nell'aggiustamento delle proprie agende, bensì si cerca di portare questo tema sul piano pubblico, trasformandolo in un argomento di riflessione alla scala urbana e mettendolo al centro di nuove modalità di *governanace*. Inoltre, si sostiene la necessità di introdurre altri e diversi temi nell'azione urbanistica: quello delle azioni svolte quotidianamente; l'identificazione dei diversi profili di soggetti che abitano la città (donne che lavorano con figli in età scolare, anziane ed anziani, giovani impegnati nello studio, famiglie in cui vivono persone prive di autonomia, utenti dei servizi pubblici, lavoratrici e lavoratori), cui corrispondono gradi diversi di abilità, tempo libero, vincoli; il tema del "tempo connettivo", quello che sta tra un'attività ed un'altra.

A tali incontri, convegni e documenti segue una ricerca promossa dal sindacato Cgil, cui partecipano alcuni soggetti istituzionali[2], dal titolo "Politiche temporali a Bergamo": i risultati riguardano una prima analisi dei ritmi della città, una mappatura degli orari e dei bisogni temporali dei servizi pubblici e la presentazione di soluzioni per la sperimentazione di nuovi orari per gli uffici pubblici, mediante l'articolazione flessibile degli orari di lavoro e di sportello. Questa ricerca diventa quindi un trampolino per spingere l'amministrazione ad elaborare un PTO, come indicato dalla Legge 142/1990[3],.

"*Donne ed organizzazioni sindacali a Bergamo invitano (…) ad elaborare un PTO non riducendo tempi ed orari della città esclusivamente a razionalizzazione, efficienza e funzionalità dei servizi ma invitando ad incidere con interventi spazio-temporali sulla qualità della vita dei cittadini. In questa*

---

1 Appartengono alla società civile: il gruppo "Le donne, i tempi e la città", le donne del Partito Comunista e della FIOM-Bergamo, quelle della Fondazione Serughetti-Centro Studi e Documentazione La Porta, quelle della Terza università. A livello di governo locale opera la Consulta delle donne elette nelle istituzioni (Consiglio Comunale e Circoscrizioni).

2 "Nel 1993 la Cgil Funzione pubblica costituisce un gruppo di lavoro, caratterizzato da una forte presenza femminile, composto da diversi rappresentanti sindacali degli enti pubblici (Camera di Commercio, Comune, Provincia, inps, Ussl, Catasto) e dalla Camera del lavoro per realizzare la ricerca "Politiche temporali a Bergamo", sotto la direzione tecnico-scientifica di Sandra Bonfiglioli e la partecipazione di Laura Brioschi, sempre del Politecnico di Milano, i cui risultati verranno presentati in un convegno cittadino il 1 Marzo 1994 intitolato: "Bergamo: i tempi e gli orari della città" (Comune di Bergamo - Politecnico di Milano, 2006)

3 Art. 36, Comma 3 "Il sindaco e' inoltre competente, nell'ambito della disciplina regionale e sulla base degli indirizzi espressi dal consiglio comunale, a coordinare gli orari degli esercizi commerciali, dei servizi pubblici, nonche' gli orari di apertura al pubblico degli uffici periferici delle amministrazioni pubbliche, al fine di armonizzare l'esplicazione dei servizi alle esigenze complessive e generali degli utenti."

fase i risultati ottenuti dalla società civile riguardano: la costruzione di una piccola comunità in città competente in materia, l'istituzione di una Commissione del Consiglio delle Donne permanente denominata "Qualità della vita", la sensibilizzazione dell'Assessore all'Urbanistica, Traffico ed Ecologia verso l'adozione di strategie orarie per intervenire sui problemi della mobilità e l'inserimento del PTO (…) nelle linee programmatiche dell'amministrazione comunale" (Mareggi, 2004)

Si giunge quindi al 1998 anno in cui il Consiglio delle Donne[1], con l'appoggio del Sindaco, promuove l'elaborazione del PTO, con la supervisione tecnica e scientifica del Politecnico di Milano nella persona della Prof. Bonfiglioli e del suo team di ricercatori. Una prima fase del lavoro si è occupata dell'identificazione, dopo un periodo di ricerche e consultazione dei soggetti chiave sul territorio, di quattro progetti pilota caratterizzati da temi e problemi estensibili all'intero territorio comunale: rivitalizzazione del centro della città, animazione e caratterizzazione di un quartiere periferico, accessibilità e percorsi sicuri per gli scolari e la predisposizione di un Osservatorio dei Tempi della città. Una seconda fase ha permesso la costituzione di un gruppo di pilotaggio con compiti di progettazione strategica e supervisione, composto dall'Assessore all'Urbanistica, dal Direttore generale del Comune, tra componenti del Consiglio delle Donne e del team del Politecnico di Milano, il cui obiettivo era quello di selezionare i progetti pilota e definirne la finalità mediante alcuni incontri con gli *stakeholders* bergamaschi (assessori, presidenti di Circoscrizione, rappresentanti sindacali e di categoria, associazioni).

È quindi nel 1999 che il Consiglio comunale recepisce tali documentazioni prodotte e le fa confluire in un documento, "Indirizzi e strategie per avviare un PTO della città di Bergamo", in cui sono identificati, tra le altre cose, i temi di indirizzo attorno ai quali costruire le politiche temporali, ognuno declinato in una serie di progetti pilota: spazi *pubblici per l'incontro dei cittadini e degli ospiti*, con un accento sulla qualità funzionale e ambientale per i quartieri e i luoghi urbano; *città amica e solidale*, azioni rivolte ai bambini, donne ed anziani che riguardano soprattutto gli orari dei servizi; *la cura dei giovani*, in cui prendono spazio progetti dedicati alla loro formazione, educazione e tempo libero; *il patto della mobilità; la Sicurezza in città*[2]; *orari per i nuovi progetti della città – un compito per l'ufficio dei tempi; la costruzione degli organismi di gestione – Ufficio Tempi e Consulta e Osservatorio.* Dopo le elezioni amministrative del 1999, nonostante il cambio

[1] Prende il posto della Consulta delle donne elette nelle istituzioni a partire dal 1996. Tale organismo è composto dalle donne elette nel Consiglio Comunale, dalle rappresentanti delle consigliere di Circoscrizione, dalle referenti di gruppi ed associazioni della città.

[2] Il tema della sicurezza urbana connessa ad una riflessione sui tempi era già stata introdotta a Bergamo nell'Ottobre 1998 durante un seminario dal titolo "La sicurezza dei cittadini a Bergamo", organizzato dall'Assessorato alla Polizia Municipale e alla sicurezza in collaborazione con l'Assessorato ai servizi sociali, cui partecipa anche il Consiglio delle donne.il Consiglio presenta in quest'occasione un documento, in cui sono indicate alcuni elementi di riflessione, come la *vivibilità del quotidiano*, con un accento sull'indebolimento dei legami sociali nei quartieri, le *consuetudini per necessità,* evidenziando il carattere necessario degli spostamenti delle donne, le *consuetudini per qualità e stili di vita,* limitate spesso per la percezione di scarsa sicurezza del muoversi da sole in città, le *strategie di prevenzione,* non frequentando alcuni luoghi e le *condizioni e contesti di siurezza.* Il Consiglio delle Donne ha partecipato in seguito al lavoro preparatorio per il Protocollo d'Intesa tra Prefettura e Comune di Bergamo. (Comune di Bergamo, 2006)

di governo, viene mantenuta una certa continuità riguardo le azioni intraprese sulle politiche temporali e anche rispetto al ruolo propulsore da parte del Consiglio delle Donne nel sollecitare, ancora una volta, nel 2000, il nuovo compito dei comuni nell'elaborare politiche temporali urbane come sancito dalla Legge 53/2000[1]. Nel 2003 viene creato infatti dall'Amministrazione l'Ufficio Tempi e del Piano territoriale della città e l'anno seguente vengono avviati i lavori per la predisposizione e la costruzione del PTO.

Negli stessi anni proseguono altri progetti in precedenza avviati che riguardano in particolare gli orari scolastici e la loro rilevanza rispetto alla conciliazione dei tempi di vita e di lavoro delle donne[2], oltre ad altre azioni adottate o avviate con l'obiettivo di costruire socialmente il piano e i suoi progetti pilota e di formare tecnici interni al comune[3]. "*Ripercorrendo le fasi e le azioni che hanno caratterizzato l'esperienza di Bergamo e il suo percorso di consapevolezza sociale in materia di conflitti spazio-temporali, e andando a rileggere i documenti prodotti, ciò che colpisce è l'articolazione e maturazione dei concetti dei temi, delle riflessioni e proposte messe in campo nel corso del tempi. Colpisce la ricchezza dello sguardo sulla città abitata che questo percorso è in grado di offrire a noi ancora oggi*" (Comune di Bergamo, 2006)

Il PTO, il Documento Direttore

Nel corso del 2006 si giunge quindi alla definitiva approvazione da parte del Consiglio Comunale del PTO di Bergamo. Lo scopo di questo paragrafo sarà quello di identificare le principali azioni, obiettivi e strategie del piano, volte ad evidenziare una lettura critica ed orientata al tema della cura.

Mediante la redazione del Programma Pluriennale di Attuazione (PPA) del Documento Direttore, articolato in politiche e progetti e dotato di risorse finanziarie e competenze, vengono anche definiti gli obiettivi del PTO, che si coordinano con gli

---

1 Legge 8 marzo 2000, n. 53, "Disposizioni per il sostegno della maternità e della paternità, per il diritto alla cura e alla formazione e per il coordinamento dei tempi delle città" - Capo V Tempi Delle Cittá- Art. 23 (Compiti dei comuni) – Comma 1. I comuni con popolazione superiore a 30.000 abitanti attuano, singolarmente o in forma associata, le disposizioni dell'articolo 36, comma 3, della legge 8 giugno 1990, n. 142, e successive modificazioni, secondo le modalità stabilite dal presente capo, nei tempi indicati dalle leggi regionali di cui all'articolo 22, comma 1, e comunque non oltre un anno dalla data di entrata in vigore della presente legge. Si veda anche Par. 2.2.2.

2 "Nuovi orari scolastici per conciliare i tempi di vita e lavoro delle donne e migliorarne la posizione nel mercato del lavoro", promossa nel 2001 dall'Assessore all'Urbanistica, con il "Centro Interuniversitario di ricerca sui tempi urbani, tempi di lavoro e tempi sociali" (Università di Milano Bicocca, dipartimento di Sociologia e Ricerca sociale – Politecnico di Milano, dipartimento di Architettura e Pianificazione), responsabile Francesca Zajczyk e finanziato dalla Regione Lombardia – Fondo Sociale Europeo. (Comune di Bergamo, 2006)

3 L'elenco dettagliato per fasi, date, azioni ed enti promotori è consultabile nel documento prodotto dal Comune di Bergamo, Volume I "Studi Per il PTO", Parte III "Un patrimonio di coscienza civile da valorizzare nel PTO della città", Cap. 6 "L'origine delle politiche temporali a Bergamo" (Comune di Bergamo, 2006)

altri strumenti di pianificazione predisposti dal comune, ovvero con il PdS, che delinea i livelli di qualità, il fabbisogno e la dotazione di servizi nelle diverse aree urbane, con il Piano di Governo del territorio, che definisce gli obiettivi funzionali generali, le aree di trasformazione e il disegno delle infrastrutture con il Piano della Mobilità, per quanto riguarda la mobilità sostenibile.

Le finalità individuate dal PTO sono:

"Migliorare l'uso del tempo personale e la conciliabilità dei diversi tempi di vita, di lavoro e per sé degli abitanti residenti e di quelli temporanei, secondo criteri di equità sociale e di pari opportunità;
Migliorare l'accessibilità spaziale e temporale ai luoghi e ai servizi della città in ragione di diverse erà della vita e condizioni abitative, percorrendo distanze di diversa scala;
Migliorare l'architettura dello spazio pubblico e la sua sicurezza per qualificare la vivibilità dei quartieri sia rispetto alle pratiche di vita quotidiana che rispetto alla vita pubblica;
Migliorare con programmi pluriennali la competenza tecnica e la strumentazione per la gestione partenariale del piano;
Mitigare, secondo i principi di equità, i conflitti fra residenti e non residenti, fra sessi e generazioni, nell'accesso ai servizi di interesse generale e nell'uso dello spazio pubblico."
(Comune di Bergamo, 2006)

Come tutte le politiche temporali, anche il PTO di Bergamo pone tra i suoi obiettivi principali quello del miglioramento della qualità della vita dei cittadini, in riferimento ai loro diversi profili temporali. Tale accento sul tema della qualità della vita non appare come una semplice formula retorica, bensì all'interno del documento vengono delineate le azioni mediante le quali conseguire questo miglioramento dal punto di vista temporale: in primo luogo intervenendo sull'accesso ai servizi pubblici sul territorio urbano; poi, promuovendo iniziative sul territorio extraurbano; agendo sulla qualità architettonica, degli arredi, e sulla sicurezza degli spazi pubblici di prossimità; per ultimo, trasformando gli orari e i calendari permettendo una efficace pari opportunità d'accesso ai beni pubblici. Ancora il tema della qualità assume una connotazione interessante rispetto alla riflessione sulla trasformazione degli stili di vita contemporanei: considerando infatti che abitualmente si trascorre un numero di ore sempre più ampio fuori dagli spazi domestici privati, il concetto di qualità non può essere relegato esclusivamente al singolo servizio decontestualizzato, bensì deve espandersi al suo intorno ed agli spazi pubblici di accesso. Inoltre, tali obiettivi di qualità da perseguire vanno commisurati *"alla microscala delle pratiche del corpo incarnato in diverse età della vita e pertanto in differenti condizioni di mobilità" (Comune di Bergamo, 2006).* Si legge infatti nel documento Direttore (pag.5): *"La qualità abitativa dello spazio pubblico, se è misurata con indicatori che sono tratti dalla pratica dei corpi dei suoi abitanti, compone e valuta: la qualità architettonica dell'habitat, la manutenzione, la sicurezza, l'accoglienza, la sensibilità ad ospitare diverse età e la loro compresenza; la chiarezza e sicurezza dei percorsi veicolari e pedonali, degli accessi fra spazi interni ed esterni, le attrezzature per la sosta veicolare e pedonale, informazioni chiare leggibili e ben mantenute"*

Un altro elemento di notevole interesse è l'attenzione posta, sempre rispetto al tema della qualità dei servizi, alla "*bilancia degli usi del tempo quotidiano*" (ivi): esistono infatti diversi profili negli usi del tempo, diviso tra i tempi del lavoro, della cura, tempi personali. Accanto ad abitanti che possiedono problemi quotidiani nella conciliazione dei tempi (tipicamente donne dalla doppia presenza, uomini e donne nelle fasi centrali

di vita,…), esistono altri gruppi che invece ritrovano il problema opposto nell'avere tempi di vita svuotati da iniziative e responsabilità collettive. "*In breve la bilancia delgi usi del tempo quotidiano è l'altra variabile dell'habitat di vita e lavoro dei cittadini, che è opportuno considerare nella costruzione degli indicatori per la valutazione della qualità dei servizi, dell'accessibilità e della vivibilità degli spazi pubblici aperti e chiusi*" (ivi, pag.5).

Un'ulteriore elemento usato dal PTO per misurare la qualità è l'accessibilità, non intesa solo in quanto riferita a dati oggettivi e di valutazione del servizio erogato, bensì rispetto ad una sua concezione più ampia, in grado di mettere nelle condizioni il cittadino di poter liberamente scegliere, anche grazie all'uso dei servizi. Questa concezione è particolarmente preziosa per le donne "*le quali sono consapevoli (…) che l'accessibilità ai servizi d'interesse pubblico è legata alla possibilità di esercitare un'idea di libertà che comporta non solo la liberazione di tempo vincolato, ad esempio quello della cura parentale per poter accedere al mercato del lavoro remunerato, ma la costruzione di se in quanto soggetti.*"(ivi, pag.5)

Esso viene delineato secondo quattro temi d'indirizzo: mobilità sostenibile, accessibilità ai servizi ed ai luoghi della città e del territorio; rivitalizzazione sociale e qualità urbana degli spazi pubblici; l'Ufficio Tempi della città e gli strumenti del Piano. Qui di seguito verranno sinteticamente analizzati questi indirizzi strategici rispetto alle proposte avanzate ed alla loro strutturazione del problema.

Mobilità sostenibile - Il problema principale che si riscontra nelle città contemporanee è il mancato soddisfacimento della domanda di mobilità proveniente dagli insediamenti dispersi, spalmatasi dal punto di vista temporale lungo tutto l'arco della giornata: il trasporto pubblico non riesce a dare risposte, poiché non sussistono elementi di sostenibilità economica per soddisfare questo tipo di domanda. Si genera in tal modo una percezione di esclusione sociale da parte di qui cittadini che non riesce ad accedere ai servizi urbani. Il tipo di proposte avanzate dal PTO consiste nell'integrare la pedonalità in un disegno multimodale di pratiche di mobilità, aumentare la competitività del trasporto collettivo su quello individuale, qualificare gli spazi per l'attesa e l'interscambio, integrare i servizi di info-mobilità, valutare la qualità e competitività del trasporto collettivo rispetto ai tempi ed agli spazi di vita dei cittadini e degli ospiti a seconda delle età.

Accessibilità ai servizi e ai luoghi della città e del territorio – Il tema dell'accessibilità appare centrale rispetto ai bisogni espressi dai cittadini secondo le diverse età della loro vita, al fine di rendere effettivamente in essere i principi di equità cui si ispira il welfare. Il tema dell'accessibilità, da sempre al centro degli interessi dell'urbanistica, assume oggi un ruolo di primo rilievo rispetto alle trasformazioni delle strutture urbane, degli stili di vita e degli usi del tempo; l'accessibilità non può più essere connessa solamente al concetto di prossimità, elaborato in anni in cui i riferimenti spaziali degli abitanti erano quelli del quartiere e del luogo di lavoro, bensì va declinata rispetto al tema della prossimità "*al corpo ovunque sia*". In questo senso il PTO di Bergamo ha elaborato un progetto volto alla riqualificazione dei servizi e dell'accessibilità all'interno del quartiere Redona, denominato "Fuori Centro", orientato soprattutto alla conciliazione dei tempi di vita, di lavoro, di cura e per sé, e di crescita della qualità urbana (ivi, pag.9-11).

Rivitalizzazione sociale e qualità urbana degli spazi pubblici – La questione dello spazio pubblico assume un ruolo sempre più importante considerando che i cittadini, nelle loro pratiche quotidiane a seconda del diverso uso che fanno del loro tempo a disposizione, frequentano temporaneamente diversi spazi della città. Le proposte elaborate dal PTO riguardano l'impostazione di criteri e degli indicatori di qualità urbana, che riguardano la qualità architettonica dell'habitat, la manutenzione, la sicurezza, l'accoglienza, la sensibilità ad ospitare diverse età e la loro compresenza, la chiarezza e sicurezza dei percorsi veicolari e pedonali, degli accessi fra spazi interni e spazi esterni, le attrezzature per la sosta veicolare e pedonale, informazioni chiare e leggibili. Un'altra questione considerata come rilevante è quella della sicurezza, soprattutto riferita alla percezione di insicurezza da parte degli abitanti.

Una volta individuate questi tre indirizzi di intervento, sono stati selezionati sul territorio comunale tre aree urbane (un quartiere periferico, Redona; il centro cittadino; Città Alta, il centro storico) in cui verranno attuati dei progetti pilota nei quali questi indirizzi verranno declinati localmente, mettendo alla prova la loro capacità di sintetizzare i problemi locali. I progetti pilota individuati sono:

Incontriamoci sul sentierone. La buona giornata e la festa – Si tratta di una parte della città densa di servizi pubblici di diverso tipo (stazione, uffici pubblici e privati, strutture ricettive, scuole, ..), abitata prevalentemente d popolazioni temporanee. Si presenta quindi come un settore vissuto prevalentemente di giorno, la frequentazione serale dipende dai calendari dei teatri e cinema. Per quanto riguarda i temi di indirizzo del PTO:

Mobilità sostenibile. Ad un diffuso problema di scarsa accessibilità veicolare e pedonale ai servizi (relativa soprattutto alle componenti deboli della popolazione), cui si somma una scarsa chiarezza nelle informazioni riguardo il trasporto pubblico e sul parcheggio, il PTO propone interventi di revisione del sistema della mobilità e della sosta, mediante la verifica della fattibilità di pedonalizzare l'area o limitare il traffico (in coordinamento con il Piano Urbano della Mobilità), oltre all'attuazione del decentramento amministrativo di alcuni servizi di interesse pubblico (in coordinamento con il PdS), cui si aggiunge il miglioramento del sistema di informazione rispetto al servizio pubblico e alla sistema di sosta.

Accessibilità ai servizi e ai luoghi della città e del territorio. L'affollarsi di scadenze amministrative che ricadono tutte nei medesimi giorni provoca la congestione nell'uso di alcuni servizi, cui conseguono code ed attese, oltre alla presenza di calendari ed orari dei diversi servizi scarsamente coordinati. Il PTO propone la creazione di uno sportello unico cui il cittadino può rivolgersi per capire dove indirizzare le proprie domande all'interno della Pubblica amministrazione, oltre al provvedere nella predisposizione del coordinamento degli orari dei servizi pubblici.

Rivitalizzazione sociale e qualità urbana degli spazi pubblici. Il problema dell'incuria e della scarsa manutenzione degli spazi pubblici, la desertificazione del quartiere nelle ore serali, l'inadeguatezza dell'offerta commerciale presente nell'area sono le questioni di maggiore importanza, cui il PTO risponde costruendo un calendario condiviso e coordinato di attività per contrastare l'effetto di svuotamento del centro cittadino, oltre alla realizzazione di interventi di riqualificazione urbana ed alla creazione di una

rete di coordinamento con i commercianti per la progettazione di eventi ed attività per il controllo del territorio.

Perché Città Alta. Tempi di vita e di turismo – La Città Alta è il centro storico di Bergamo, area di grande valore artistico, architettonico ed ambientale, oltre ad ospitare numerose attività commerciali ed istituzionali. Grazie a queste sue caratteristiche di pregio, questa parte della città è frequentata non solo dai suoi residenti, ma anche dagli abitanti temporanei (lavoratori, studenti,…) e dai turisti. Questa copresenza di diverse popolazioni crea notevoli conflitti nell'area, anche dovuti alle particolari condizioni di accessibilità, dovute alla sua morfologia.

Mobilità sostenibile. I problemi riscontrati sono ascrivibili a due ordini di questioni: la sosta dei veicoli, allo stato attuale non adatta alla domanda di sosta proveniente da chi si reca in centro, e la mobilità verso la Città Alta, inadeguata dal punto di vista funzionale, di scelte multimodali, di chiarezza nelle informazioni e di coordinamento con gli orari dei servizi localizzati (soprattutto le scuole). Il PTO individua alcune proposte, tra cui la revisione della viabilità e della sosta, in accordo con il Piano Urbano della Mobilità, mediante la pedonalizzazione o la limitazione al traffico di alcune aree; il miglioramento dal punto di vista della multi modalità del sistema dei trasporti; potenziamento delle informazioni al cittadino o al visitatore riguardo la situazione di accessibilità, sosta e viabilità della città alta.

Accessibilità ai servizi e ai luoghi della città e del territorio. La svolta della città alta verso una sua impronta maggiormente turistica dato il via ad una rarefazione nei servizi alla persona, cui si somma la concentrazione nelle medesime fasce orarie delle aperture dei diversi servizi e attività commerciali. A questi problemi il PTO risponde proponendo incentivi riguardo l'insediamento di esercizi commerciali e servizi di prossimità mediante politiche di regolamentazione delle attività commerciali,, promuovendo la de sincronizzazione degli orari scolastici rispetto a quelli lavorativi, oltre all'arricchimento delle dotazione di servizi ai residenti anche intermini di conciliazione e flessibilità oraria.

Rivitalizzazione sociale e qualità urbana degli spazi pubblici. Anche per quanto riguarda questo aspetto, il conflitto tra le popolazioni che vivono la città alta appare evidente scorrendo l'elenco dei problemi riguardo l'uso degli spazi pubblici, la percezione di scarsa sicurezza, in particolare durante le ore notturne, anche dovuta alla scarsa illuminazione presente. Le azioni proposte riguardano la realizzazione di interventi di riqualificazione urbana degli spazi aperti e dei percorsi di accesso alla città alta e al miglioramento dell'offerta turistica in termini di accessibilità e di individuazione delle azioni finalizzate a conciliare la compresenza di popolazioni diverse nello spazio pubblico aperto, con conseguente miglioramento della qualità, della percorribilità, vivibilità e sicurezza degli spazi pubblici.

Fuori centro… le periferie al centro: animazione e identità di un quartiere della città (Redona)- Da quartiere a vocazione prettamente industriale, oggi Redona è un quartiere residenziale in espansione, caratterizzato dalla presenza di popolazione mediamente più giovane rispetto a quella della città nel suo insieme. Sebbene permangano ancora delle attività a carattere produttivo, sono presenti anche attività commerciali e di servizio anche se non aventi carattere si servizi di prossimità.

Mobilità sostenibile. Il problema maggiore per quest'area è la difficoltà e la scarsa sicurezza nel compiere spostamenti a piedi o in bici, anche a causa della mancanza di percorsi protetti. A ciò si somma uno scarso uso del trasporto pubblico, dovuto anche ad una scarsa informazione e percezione di inadeguatezza del servizio rispetto ai tempi di spostamento. Il PTO propone di intervenire realizzando un percorso ciclo-pedonale anche in corrispondenza di un parco (in cui è vietato l'accesso alle bici), integrata alla revisione della mobilità e della sosta in un'ottica di riqualificazione urbana, verificando la possibilità di modificare o limitare il traffico. Inoltre propone la realizzazione di iniziative volte all'incentivazione dell'uso del trasporto pubblico, mediante l'introduzione di ticket per famiglie, gratuità per i bambini, …

Accessibilità ai servizi e ai luoghi della città e del territorio. I servizi pubblici dell'area, quando presenti, possiedono calendari di apertura poco flessibili; l'area soffre inoltre della mancanza di servizi di vicinato, oltre che per adolescenti e giovani. Il PTO offre come strategia quella di coordinare gli orari dei servizi pubblici, facilitare il decentramento di alcuni servizi in coordinamento con il Piano dei Servizi e ripensare gli spazi del quartiere per permettere una loro fruibilità da parte anche delle fasce più giovani della popolazione. Anche la rete dei servizi commerciali va riprogettata, mediante anche progetti di riconversione delle aree industriali presenti.

Rivitalizzazione sociale e qualità urbana degli spazi pubblici. Il quartiere presenta nuovi spazi pubblici che non vengono riconosciuti come tali, sia per la mancanza di attrattive localizzate che per la mancanza di arredo urbano adeguato e di una scarsa manutenzione e pulizia degli spazi comuni. Il PTO prevede un miglioramento della percorribilità, vivibilità e sicurezza degli spazi pubblici, mediante la realizzazione di un arredo urbano adeguato, l'implementazione di pulizia e manutenzione periodici degli spazi pubblici, la costruzione di un calendario di eventi culturali e di intrattenimento per la rivitalizzazione sociale dell'area.

Scheda 8 - PTO e Piano dei servizi, quali relazioni?

Appare interessante soffermarsi, quasi prendendo una piccola deviazione, anche sul rapporto tra il PTO in elaborazione e il piano dei Servizi, in quegli stessi anni oggetto dell'elaborazione da parte dell'amministrazione comunale. I due strumenti infatti, sebbene aventi specificità differenti, convergono entrambi nell'occuparsi della città abitata, come ambiente in cui coesistono diversi livelli di organizzazione, e nel promuovere politiche di qualità che riguardano la vita dei cittadini, la città fisica ed il suo funzionamento. Le trasformazioni avvenute nelle città contemporanee hanno avuto ripercussioni anche sul piano funzionale , andando ad incidere sulle tipologie di abitanti delle città (abitanti vs residenti), sulla specializzazione tematica di alcuni luoghi e sull'articolazione spaziale delle città stesse. Ne consegue una diversa organizzazione tempo da parte degli abitanti ed emergono nuove domande di conciliabilità, da cui sono nate in seguito le politiche temporali. Tali trasformazioni alla scala degli spazi e dei tempi portano notevoli conseguenze anche sul piano dei servizi, che vengono sollecitati da de tipologie diverse di utenti: le popolazioni temporanee e gli abitanti. Mentre i primi spingono, mediante i loro usi, verso una dilatazione degli orari di apertura anche durante quelle fasce di tradizionale chiusura (sera, vacanze, …), creando situazioni di conflitto e competizione con gli abitanti conseguenti la loro scarsa prevedibilità nei flussi, gli abitanti richiedono anche loro nuovi profili temporali di apertura ed accesso, compatibili con le loro agende quotidiane condizionate da vincoli lavorativi o da impegni familiari. Inoltre richiedono una maggiore personalizzazione e qualità del servizio, oltre all'accessibilità e ad una migliore condizione di agio psico-fisico nei luoghi di erogazione dei servi, adeguatamente attrezzati per ospitare pratiche di vita nel frattempo.
Il tema della qualità costituisce per entrambi i piani un orizzonte di senso, che permette di intravedere

un'alleanza tra questi due strumenti. Dal punto di vista urbanistico, il tema della qualità riguarda da vicino quello dei servizi pubblici, di cui il PdS fornisce un'accezione non più quantitativa ma prestazionale. Infatti, il PdS definisce in modo nuovo la sfera dei servizi, attribuendo una grande enfasi al concetto della loro qualità,sia riferendosi a nuovi parametri di qualità introdotti dalle singole amministrazioni, all'introduzione di servizi non localizzati, alla progettazione di nuove tipologie di servizi in funzione dei nuovi stili di vita e di uso della città, alla riflessione riguardo la declinazione del concetto di qualità rispetto alle caratteristiche della loro accessibilità e fruibilità, allargando anche lo sguardo dal funzionamento del singolo servizio al livello più ampio del territorio e della scala urbana.
La declinazione della qualità può avvenire quindi in termini spazio-temporali, riconoscendo il valore dell'esperienza quotidiana degli abitanti, in quanto integra sul territorio gli ambiti della vita "famigliare" con quelli del lavoro, mettendo in relazione la scala minuta delle azioni quotidiane con la scala più grande della mobilità. Per tali motivi, la qualità temporale dei servizi è data dall'adeguamento delgi orari dei servizi rispetto al profilo temporale della domanda; dall'incremento delle possibilità di scelta dei servizi sul territorio al fine di migliorare l'organizzazione quotidiana degli individui, delle famiglie e delle imprese, andando ad impattare sulla conciliazione dei tempi di vita, di lavoro e personali; il miglioramento dell'accessibilità ai servizi per residenti e non, il miglioramento della mobilità delle persone, oltre alla connessione spaziale e temporale alle diverse scale.
In particolar modo, il tema dell'accessibilità assume un ruolo centrale, assunto anche dalla L.R. della Lombardia come fattore di riferimento per la valutazione de "l'insieme delle attrezzature al servizio delle funzioni insediate nel territorio comunale". L'accessibilità spazio-temporale ai servizi si può interpretare sia come fruibilità oraria in rapporto alle diverse tipologie di utenti e ai vincoli temporali che ognuno possiede, sia come un tema maggiormente legato alla mobilità sostenibile, riguardo soprattutto la connessione degli spostamenti alla piccola scala, la dimensione sociale di questi spostamenti, la mobilità delle imprese e dei loro lavoratori, la modalità pedonale e la riqualificazione e sicurezza degli spai pubblici
Tale approccio spaziotemporale descrive il funzionamento della città e del territorio come esito della regolazione di relazioni spaziali e relazioni temporali animate dalle pratiche individuali e collettive di vita e lavoro. Alla scala urban l'attività, la localizzazione e l'orario di apertura di ogni singolo servizi zio giocano un ruolo corale nel definire il complesso organizzativo. Il passaggio dall'attenzione al funzionamento del singolo servizio alla qualità complessiva del funzionamento della città può essere descritto come il passaggio dal concetto di accessibilità alla scala locale del servizio a quello di accessibilità alla scala urbana.
In questo senso, gli aspetti relativi ai servizi che possono permettere un collegamento con il PTO riguardano la qualità anche oraria dei singoli servizi la rilevanza della componente temporale ai fini del buon funzionamento della città

I tempi della cura, alcune riflessioni

La lettura dell'esperienza bergamasca del suo PTO rivela numerosi elementi di interesse rispetto all'oggetto della ricerca, ovvero le dimensioni territoriali della cura.

In primo luogo, la matrice "di genere" da cui il piano origina condiziona fortemente l'intero documento, fin dalla sua elaborazione, mettendo sul tavolo diversi fattori che sono strettamente collegati con il tema della cura: l'accento sulla gestione dei tempi di lavoro e personali, il ruolo riconosciuto della corporeità ed alle sue mutevoli caratteristiche al passare del tempo, l'attenzione posta all'*intorno* dei servizi, rivela un'impronta riconoscibile nell'azione che le donne, per il loro diretto coinvolgimento nelle dinamiche di cura, hanno avuto rispetto all'introduzione di questi temi all'interno di questo strumento di pianificazione dei tempi.

In secondo luogo appare rilevante l'identificazione, all'interno dell'elaborazione del piano, di diversi soggetti che abitano la città, ognuno avente un diverso profilo

temporale, che varia a seconda dei diversi carichi di cura posseduti e delle modalità di gestione tra i tempi di lavoro, di cura o personali. Questa identificazione dei diversi profili consente di modulare il PTO sia rispetto a questi soggetti, così diversamente identificati, sia rispetto alle caratteristiche che assumono diverse tipologie di aree urbane, identificate nei *progetti pilota*.

Un ultimo aspetto di interesse, è il continuo riferimento alla qualità come obiettivo da raggiungere nella fornitura e razionalizzazione dei servizi, e non solo dal punto di vista del loro calendario. Questo focus sulla qualità non rimane solo un riferimento retorico all'interno del testo, bensì viene declinato in diverse sue definizioni, che risultano essere di indubbio interesse rispetto alla ricerca. Esse testimoniano infatti una particolare attenzione, cura verso la progettazione dei servizi e degli spazi in cui essi vengono erogati. In particolare, tale questione viene sollevata di fronte alla constatazione che pari importanza deve essere data anche agli spazi pubblici circostanti il servizio, considerando come rilevanti la sua manutenzione, la sua accessibilità anche da parte dei soggetti deboli, la chiarezza nelle indicazioni di accesso, la sicurezza e la qualità nella sua progettazione architettonica.

4. Conclusioni: per una città con *cura*

"*Ciò che è comune alla massima quantità di individui riceve la minima cura*"[1]

Il percorso di ricerca raccontato nel corso di questo tesi ha disegnato un cammino zigzagante tra diverse discipline, temi e approcci, ed ha costruito una rassegna di esperienze, sperimentazioni e modi di affrontare il tema della cura alla scala urbana. La strutturazione di questa ricerca, tradizionale nell'impostazione di una revisione della letteratura e nella decostruzione del concetto di "cura"nelle componenti individuate, ha consentito, nel suo riempimento argomentativo, di comporre, pezzo dopo pezzo, le conclusioni dell'intero lavoro. Lo scopo di questo capitolo, quello conclusivo, è quello di riprendere le principali questioni emerse dalla rassegna della letteratura e dall'operazione di decostruzione della cura, mediante la lettura critica di alcune esperienze italiane: mettendole a sistema, si proverà poi ad avanzare alcune considerazioni riguardo le modalità con cui questi esempi hanno affrontato, sebbene non esplicitamente, il tema della cura.

Ripercorrendo la revisione della letteratura nel corso del secondo capitolo, ciò che emerge dalle diverse letture riportate è uno sguardo predominante rispetto al tema della cura, sia nelle discipline più sociali come in quelle maggiormente vicine al mondo degli *urban studies,* come ancora legato ad una visione della società composta al suo interno da elementi tradizionali, i cui bisogni si trasformano molto rapidamente. A dominare questo panorama, un paradigma che considera ancora forti le logiche della *produzione* in ambito sociale, mentre in quello privato si ripercuote la separazione dei ruoli di *produzione* e *riproduzione*. Sebbene la lettura della realtà ci mostri un panorama del tutto dissimile da quello che hanno in mente invece i soggetti pubblici, le basi da cui si muovono gli approcci al tema della *cura* che ho affrontato nella prima parte della ricerca rimangono le medesime, andando incontro a notevoli frustrazioni nell'operare. Soprattutto nel campo del *planning*, le soluzioni apportate si configurano come un rapporto univoco di produzione di spazi, definiti entro un set specifico di soluzioni, spesso fuori dal tempo. I bisogni delle popolazioni che abitano le città contemporanee non possono essere più soddisfatti solamente all'interno di un elenco di spazi

[1] Aristotele, Politica, Libro II cap.3, cit. in (Ostrom, 1990:13) cit in Stefano Munarin, Maria Chiara Tosi (Munarin & Tosi, 2010)

storicamente deputati a svolgere un determinato set di funzioni. Ciò che questi domandano ai territori che vivono sono spazi accoglienti, in grado di rispondere alle esigenze di mobilità, di sosta, di uso prolungato, spazi in cui sentirsi a proprio agio, progettati e posti all'interno di un territorio che si prende cura dei suoi abitanti. La dimensione spaziale quindi assume un ruolo fondamentale, insieme a quella temporale, che disegna sul territorio l'accessibilità agli spazi urbani, mediante la combinazione dei calendari giornalieri o periodici.

Il percorso della ricerca continua nel capitolo dedicato all'analisi delle dimensioni territoriali della cura attraverso la lettura critica di alcuni documenti che hanno incrociato l'oggetto della ricerca. Talvolta la dimensione spaziale emerge nell'analisi di questi documenti, e messa al lavoro come nel caso di Udine, che usa la dotazione di spazi verdi pubblici che possiede per farli diventare un luogo dove poter fare sport senza necessariamente recarsi in uno spazio privato, regolamentato da un accesso a pagamento. Nel caso di Fano, le dimensioni della cura emergono soprattutto nell'introduzione del parametro "bambino" all'interno di alcune scelte del soggetto pubblico. Inoltre, il focus sugli spazi urbani conosciuti dai bambini nella loro quotidianità e il loro esercizio di progettazione che li riguarda sono una delle sfaccettature attraverso le quali la cura emerge nel discorso urbano: spazi in cui potersi muovere sicuri, anche senza la presenza di adulti nei dintorni, sono la prova di una città in grado di prendersi cura di chi la vive, anche se spesso considerato come un'utenza debole, oltre a non avere voce a livello elettorale. Passando al caso che riguarda la lettura del PdS di Dalmine, la cura emerge solo nelle sue enunciazioni retoriche, come una generica attenzione verso le componenti deboli della popolazione, non passando poi alla successiva fase di identificazione di una serie di spazi o servizi in grado di rispondere ai bisogni di questi segmenti di popolazione. L'ultimo caso, quello del PTO di Bergamo, rivela invece una lettura molto articolata rispetto al tema della cura, proponendo un'attenta analisi dei profili temporali degli abitanti della città, ed identificando una serie di elementi strategici ed aree chiave in cui mettere a punto degli interventi in grado di intervenire sulla gestione quotidiana dei diversi carichi di cura in capo agli abitanti. In questo aspetto, rivela la sua matrice di strumento nato dall'iniziativa dell'associazionismo femminile della città di Bergamo, in grado di intercettare gli elementi di difficoltà nelle catene di azioni quotidiane che le vedono coinvolte in prima linea. Questa panoramica riguardante i documenti letti criticamente all'interno della ricerca consente di fare emergere un'immagine della cura, nelle sue molteplici sfaccettature emerse nel corso della tesi, piuttosto appiattita sui temi della tutela verso le categorie considerate deboli, senza una reale messa al lavoro delle componenti territoriali nelle diverse politiche considerate.

Per concludere, ritengo che sia coerente con la visione che propongo questo concetto di Martha Nusbaum, espresso riguardo alle politiche sociali, ma estendibile anche alla pianificazione territoriale, ripreso da Balbo (2008): *" La "cura" va definita come valore fondamentale per il benessere ma anche per la dignità delle persone; e come criterio per ridefinire la cultura politica delle nostre società. Partire dai bisogni e dai diritti alla "cura" per impostare le politiche sociali, ma di più: fare della dimensione della cura un riferimento radicalmente nuovo per definire obiettivi di equità e di giustizia sociale."*

Appendice

Tabella 1 – Speranza di vita alla nascita per anno e genere ai censimenti 1981-2001 (1974 e 2009 dati anagrafici). (Fonte: http://demo.istat.it, Tavole Mortalità)

Anno	Speranza di vita	
	Maschi	Femmine
1974	69.7	75.9
1981	71.1	77.8
1981	73.8	80.3
2001	76.9	82.8
2009	79.1	84.1

Grafico 1 – Andamento dei tassi di natalità[1] ai censimenti 1961-2001 (2009 dati anagrafici). (Fonte: elaborazione propria su banche dati Istat, http://dati.istat.it/)

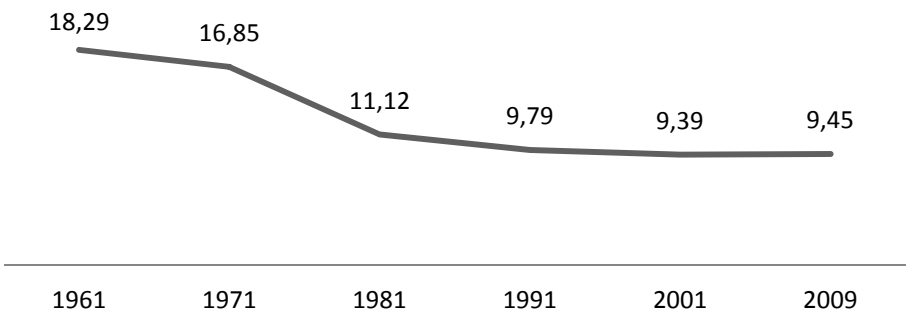
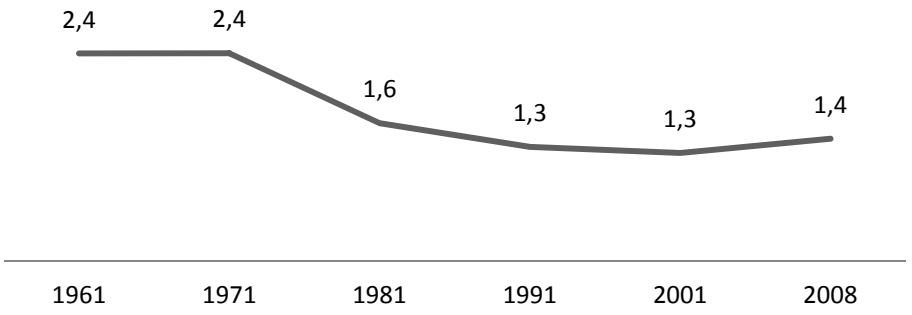


Grafico 2 - Tassi di fecondità per anno[2] ai censimenti 1961-2001 (2008 dati anagrafici). (Fonte: elaborazione propria su banche dati Istat, http://dati.istat.it/)



[1] Rapporto tra il numero di nati vivi dell'anno e l'ammontare medio della popolazione residente.

[2] Somma dei quozienti specifici di fecondità calcolati rapportando, per ogni età feconda (15-49 anni), il numero di nati vivi all'ammontare medio annuo della popolazione femminile, esprime in un dato anno di calendario il numero medio di figli per donna).

Grafico 3 - Composizioni percentuali famiglie residenti per ampiezza ai censimenti 1961- 2001. (Fonte: elaborazione propria su banche dati Istat, http://dati.istat.it/)

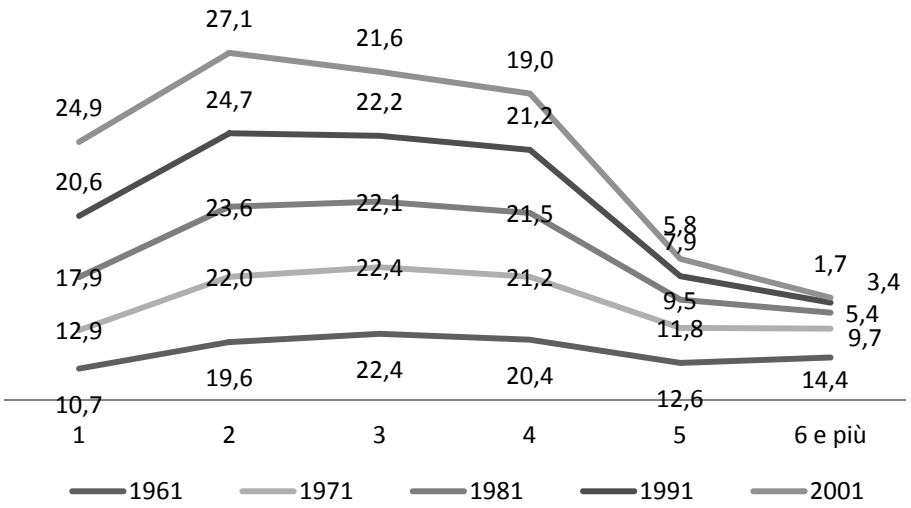


Tabella 2 – Numero famiglie residenti e numero medio di componenti per famiglia (rapporto tra la popolazione residente e il numero di famiglie) ai censimenti 1961-2001. (Fonte: elaborazione propria su banche dati Istat, http://dati.istat.it/)

ANNI	Numero famiglie	Numero medio di componenti per famiglia
1961	13.746.929	3,6
1971	15.981.177	3,3
1981	18.632.337	3,0
1991	19.909.003	2,8
2001	21.810.676	2,6

Tabella 3 - Famiglie per tipologia - Medie dal 2000-2002 al 2010-2012 (Fonte, Istat, Indagine annuale "Aspetti della vita quotidiana")

TIPOLOGIA	2000-2002	2001-2003	2002-2004	2003-2006	2005-2007	2006-2008	2007-2009	2008-2010	2009-2011	2010-2012
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
FAMIGLIE SENZA NUCLEI	25,8	26,9	27,2	27,8	28,1	28,4	29,3	30,1	30,3	31,3
Una persona sola	24,0	25,0	25,4	25,9	26,1	26,4	27,3	28,1	28,4	29,4
FAMIGLIE CON UN NUCLEO	72,9	71,9	71,5	70,9	70,7	70,4	69,5	68,8	68,5	67,4
Un nucleo senza altre persone	69,1	67,9	67,5	67,1	67,0	66,8	66,0	65,3	65,0	63,9
Coppie senza figli	18,9	19,0	19,2	19,8	20,0	20,2	20,1	19,9	20,2	19,8
Coppie con figli	42,4	41,2	40,8	39,5	39,0	38,6	37,9	37,2	36,6	35,5
Un solo genitore con figli	7,8	7,7	7,6	7,8	8,0	8,0	8,1	8,1	8,3	8,6
Un nucleo con altre persone	3,8	4,0	4,0	3,8	3,6	3,6	3,5	3,5	3,5	3,5
Coppie senza figli	1,1	1,2	1,3	1,3	1,1	1,1	1,1	1,1	1,2	1,1
Coppie con figli	2,1	2,2	2,0	1,9	1,9	1,8	1,8	1,8	1,7	1,7
Un solo genitore con figli	0,6	0,7	0,7	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,7
FAMIGLIE CON DUE O PIÙ NUCLEI	1,2	1,2	1,3	1,3	1,0	1,2	1,2	1,1	1,2	1,3
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Tabella 6 - Famiglie, nuclei familiari e persone per tipologia, regione, ripartizione geografica e tipo di comune - Media 2010-2011 - (Fonte, Istat, Indagine annuale "Aspetti della vita quotidiana")

RIPARTIZIONI GEOGRAFICHE TIPI DI COMUNE	Persone sole	Persone sole di 60 anni e più			Famiglie di 5 componenti e più	Famiglie con aggregati o più nuclei	Nuclei familiari			Figli celibi o nubili 18-30 anni	Numero medio di componenti familiari
		Maschi	Femmine	Totale			Coppie con figli	Coppie senza figli	Monogenitori		
Nord-ovest	31,6	31,1	66,2	51,1	3,9	3,6	51,1	35,0	13,9	67,4	2,3
Nord-est	30,1	33,1	65,3	51,8	4,9	5,3	52,1	35,2	12,8	66,3	2,4
Centro	30,6	35,6	66,0	53,2	4,6	6,1	51,1	32,6	16,2	72,7	2,4
Sud	25,4	36,9	71,6	58,3	9,0	5,4	60,7	25,1	14,2	76,5	2,7
Isole	27,7	36,2	70,1	56,8	6,9	3,4	60,0	26,4	13,6	75,8	2,6
Comune centro dell'area metropolitana	35,3	30,5	57,9	46,6	4,2	4,0	48,2	34,2	17,7	71,3	2,2
Periferia dell'area metropolitana	24,9	30,4	65,6	50,7	5,9	5,0	56,6	30,7	12,8	69,8	2,5
Fino a 2.000 abitanti	33,1	41,1	72,8	59,3	5,4	5,6	51,9	34,4	13,7	66,7	2,3
Da 2.001 a 10.000 abitanti	27,6	38,4	72,2	57,9	6,0	4,9	56,6	30,8	12,5	73,3	2,5
Da 10.001 a 50.000 abitanti	26,9	32,2	69,3	53,9	6,2	4,9	57,2	29,3	13,5	72,1	2,5
50.001 abitanti e più	31,5	33,7	68,5	54,9	5,7	4,9	51,6	32,7	15,7	72,4	2,4
Italia	29,4	33,9	67,4	53,6	5,6	4,8	54,4	31,4	14,2	71,8	2,4

Tabella 7 – Indicatori di vecchiaia e di dipendenza strutturale ai censimenti 1961-2001 (2009 dati anagrafici). (Fonte: http://seriestoriche.istat.it/)

Anni	Indice di vecchiaia Rapporto percentuale tra la popolazione di 65 anni e oltre e la popolazione di età 0-14 anni			Indice di dipendenza strutturale Rapporto percentuale tra la popolazione in età non attiva (0-14 anni e 65 anni e oltre) e la popolazione in età attiva (15-64 anni)		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
1961	32,2	46,0	38,9	51,1	52,1	51,6
1971	37,6	55,1	46,1	54,4	56,6	55,5
1981	49,4	74,7	61,7	51,0	55,1	53,1
1991	76,3	117,9	96,6	42,0	48,6	45,3
2001	105,4	158,8	131,4	44,9	53,1	49,0
2009	117,9	171,6	144,0	48,0	56,3	52,2

Grafico 4– Percentuale popolazione per genere e macro fasce d'età ai censimenti 1961-2001 (2009 dati anagrafici). – (Fonte: : elaborazione propria su banche dati Istat, http://dati.istat.it/)

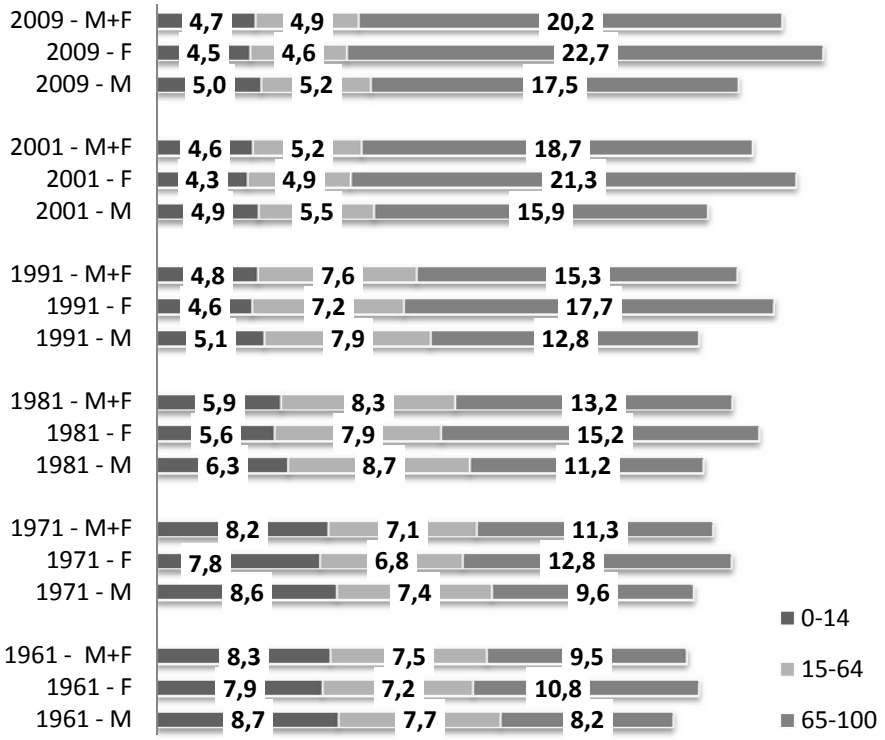


Grafico 5 – Percentuale popolazione per genere e fasce d'età dal 1951 al 2009 (Fonte: elaborazione propria su banche dati Istat, http://dati.istat.it/)

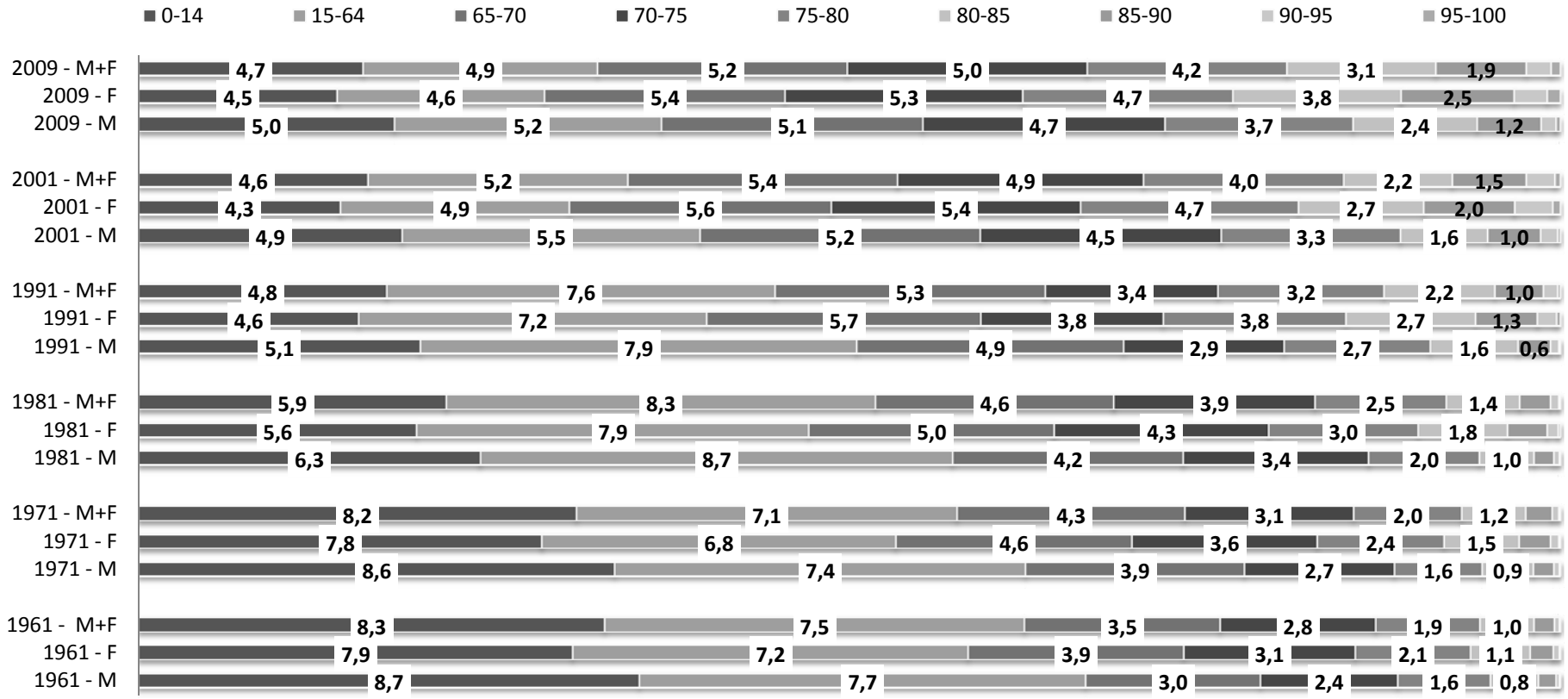


Grafico 6 – Tasso occupazione per genere e anno della popolazione ai censimenti 1981-2011. (Fonte: elaborazione propria su banche dati Istat, http://dati.istat.it/)

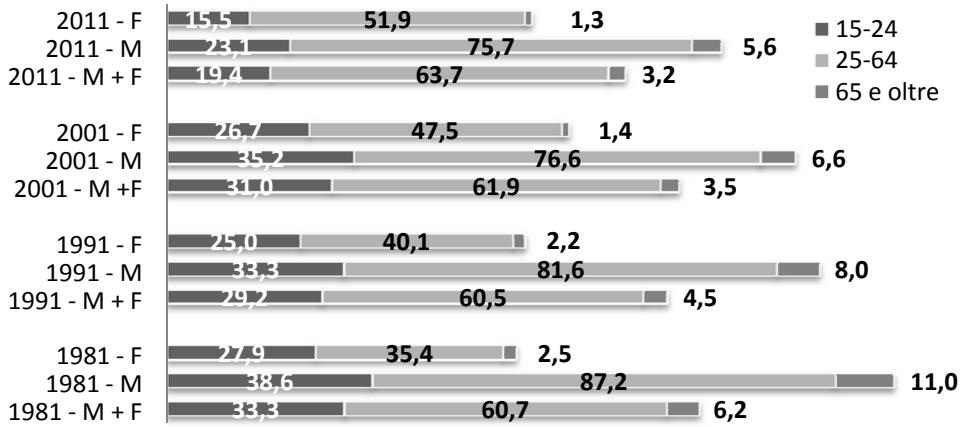


Grafico 7 – Tasso di disoccupazione per genere e anno della popolazione ai censimenti 1981-2011. (Fonte: elaborazione propria su banche dati Istat, http://dati.istat.it/)

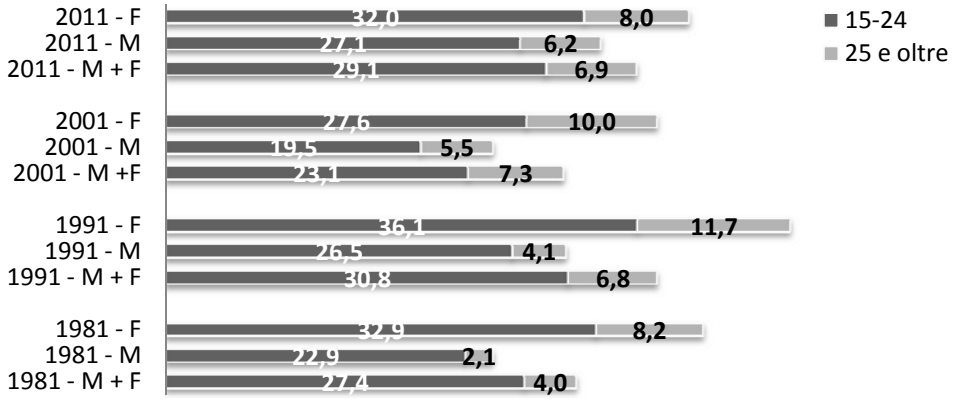


Grafico 8 – Tasso di occupazione per classi d'età e area geografica della popolazione ai censimenti 1981-2011. (Fonte: elaborazione propria su banche dati Istat, http://dati.istat.it/)

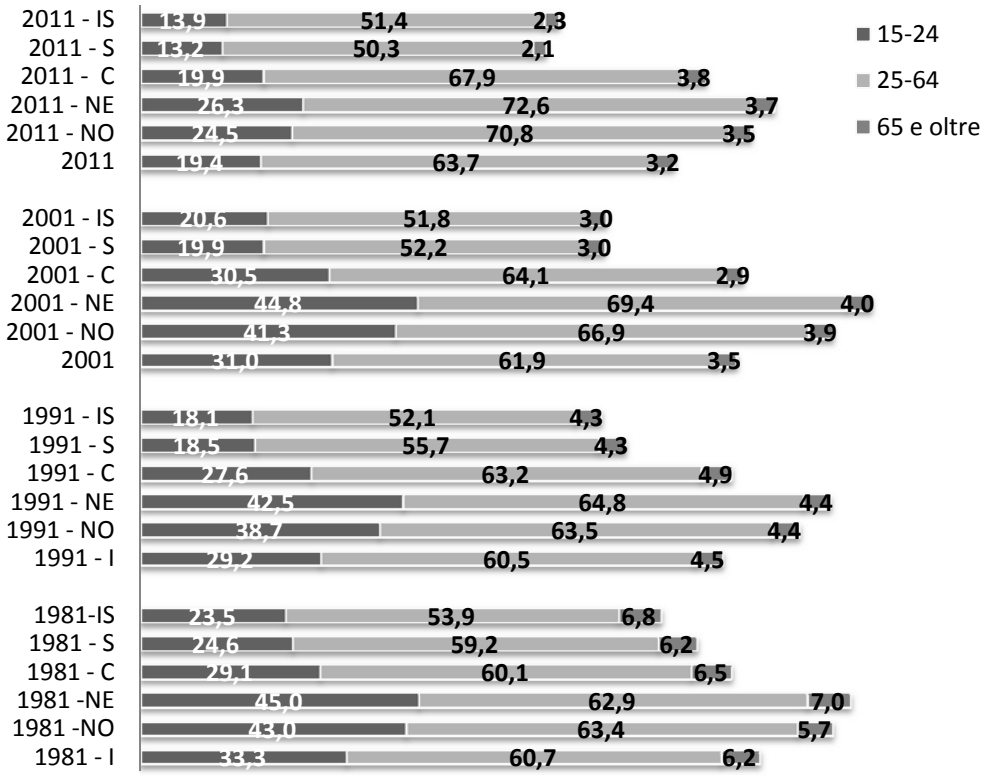


Grafico 9 – Tasso di occupazione per area geografica della popolazione ai censimenti 1981-2011. (Fonte: elaborazione propria su banche dati Istat, http://dati.istat.it/)

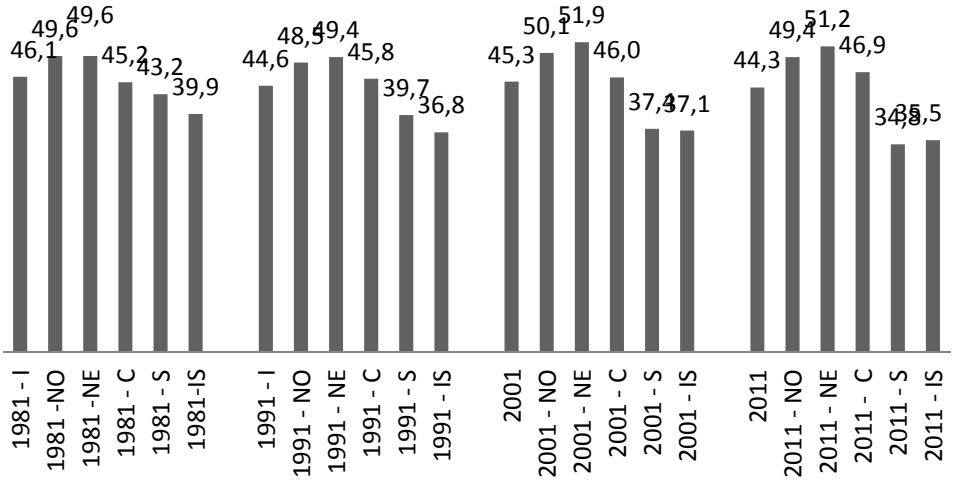


Tabella 6 – Voci di spesa per l'area minori e anziani. (Fonte: Istat, 2007)

Voci di spesa	Tipologia	Area Minori	Area anziani
Interventi e servizi	Attività di servizio sociale professionale	Servizio sociale professionale Intermediazione abitativa e/o assegnazione alloggi Servizio per l'affido minori Servizio per l'adozione minori	Servizio sociale professionale Intermediazione abitativa e/o assegnazione alloggi
	Integrazione sociale	Interventi per integrazione sociale dei soggetti deboli o a rischio Attività ricreative, sociali, culturali	Interventi per integrazione sociale dei soggetti deboli o a rischio Attività ricreative, sociali, culturali
	Interventi e servizi educativo-assistenziali e per l'inserimento lavorativo dei minori	Sostegno socio-educativo scolastico Sostegno socio-educativo territoriale e/o domiciliare Sostegno all'inserimento lavorativo	
	Assistenza domiciliare	Assistenza domiciliare a famiglie con minori Assistenza domiciliare socio-assistenziale Voucher, assegno di cura, buono socio-sanitario Distribuzione pasti e/o lavanderia a domicilio	Assistenza domiciliare socio-assistenziale Assistenza domiciliare integrata con servizi sanitari Servizi di prossimità (buonvicinato) Telesoccorso e teleassistenza Voucher, assegno di cura, buono socio-sanitario Distribuzione pasti e/o lavanderia a domicilio
	Servizi di supporto	Mensa Trasporto sociale	Mensa Trasporto sociale
Trasferimenti in denaro	Trasferimenti in denaro per il pagamento di interventi e servizi:	Contributi economici per cura o prestazioni sanitarie Retta per asili nido Retta per servizi integrativi o innovativi per la prima infanzia Retta per prestazioni residenziali Contributi economici per i servizi scolastici Contributi economici erogati a titolo di prestito Contributi economici per alloggio Contributi economici per l'inserimento lavorativo Contributi economici ad integrazione del reddito familiare Contributi economici per affido familiare	Buoni spesa o buoni pasto Contributi per servizi alla persona Contributi economici per cure o prestazioni sanitarie Retta per centri diurni Retta per altre prestazioni semi-residenziali Retta per prestazioni residenziali Contributi economici per servizio trasporti Contributi economici erogati a titolo di prestito (prestiti d'onore)

		Contributi generici ad associazioni sociali Trasferimenti ad aziende municipalizzate per agevolazioni tariffarie sui trasport	Contributi economici per alloggio Contributi economici ad integrazione del reddito familiare Contributi economici per affido familiare Contributi generici ad associazioni sociali Trasferimenti ad aziende municipalizzate per agevolazioni tariffarie sui trasporti
Strutture	A ciclo diurno o semi-residenziale	Asili nido Servizi integrativi o innovativi per la prima infanzia Centri diurni Centri diurni estivi Ludoteche/laboratori Centri di aggregazione/sociali	Centri diurni Centri di aggregazione/sociali
	Comunitarie e residenziali	Strutture residenziali Centri estivi o invernali	Strutture residenziali Centri estivi o invernali

–

Tabella 7 - Spesa in valori percentuali dei Comuni singoli e associati per area di utenza e per macro-area di interventi e servizi sociali - Anno 2007. (Fonte: Istat, 2007)

AREA DI UTENZA	MACRO-AREA DI INTERVENTI E SERVIZI SOCIALI		
	Interventi e servizi	Trasferimenti in denaro	Strutture
Famiglie e minori	19,3	23,1	57,6
Disabili	51,6	21,3	27,1
Dipendenze	46,9	28,2	24,9
Anziani	50,1	22,8	27,1
Immigrati e nomadi	35,9	26,4	37,7
Povertà, disagio adulti e SFD	32,0	54,2	13,8
Multiutenza	100,0	0,0	0,0
Totale	39,8	23,7	36,5

Tabella 8 – Spesa nell'area minori in valore assoluto e percentuale. Anno 2007. (Fonte Istat, 2007)

Voci di Spesa	Spesa in € (valore assoluto)	Spesa (valore percentuale sul totale)
Interventi e servizi	83548806	11,6 %
Trasferimenti in denaro	84323516	11,7%
Strutture	551.628.235	76,7%
Di cui Asili nido	366277336	50,9%

Tabella 9 – Indicatori territoriali per gli asili nido – Anno 2007. (Fonte: Istat, 2007)

RIPARTIZIONI GEOGRAFICHE	Percentuale di comuni coperti dal servizio	Indice di copertura territoriale del servizio *(per 100 bambini 0-2 anni residenti)*	Indicatore di presa in carico degli utenti *(per 100 residenti 0-2 anni)*
Nord-ovest	42,2	81,4	12,4
Nord-est	61,9	86,9	15,0
Centro	43,4	84,4	13,0
Sud	17,2	45,4	2,8
Isole	23,5	66,3	5,5
ITALIA	38,3	72,3	9,9

Tabella 10 - Spesa nell'area anziani in valore assoluto e percentuale. Anno 2007. (Fonte Istat, 2007)

Voci di Spesa	Spesa in € (valore assoluto)	Spesa (valore percentuale sul totale)
Interventi e servizi	702392303	50,1%
Di cui assistenza domiciliare socio-assistenziale	358283301	25,6%
Trasferimenti in denaro	320165303	22,8%
Di cui rette per prestazioni residenziali	188360506	13,4%
Strutture	379551921	27,1%
Di cui strutture residenziali	274437059	19,6%

Tabella 11 – Leggi regionali in materia socio-assistenziale. (Fonte: Costa, 2009)

Leggi regionali in materia socio-assistenziale
L.r. Valle D'Aosta, n.18/01, "Approvazione del piano socio-sanitario regionale per il triennio 2002-2004"
L.r. Emilia Romagna, n.2/03, "Norme per la promozione della cittadinanza sociale e per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali"
L.r. Puglia, n.17/03, " Sistema integrato di interventi e servizi sociali in Puglia".
L.r. Piemonte, n. 1/04, "Norme per la realizzazione del sistema regionale integrato di interventi e servizi sociali e riordino della legislazione di riferimento"
L.R. Toscana, n.41/05, "Sistema integrato di interventi e servizi per la tutela dei diritti di cittadinanza sociale"
L.r. Sardegna, n.23/05, "Sistema integrato dei servizi alla persona. Abrogazione della L.r. 4/98 Riordino delle funzioni socio-assistenziali"
L.r. Friuli Venezia Giulia, n.6/06, "Sistema integrato di interventi e servizi per la promozione e la tutela dei diritti di cittadinaza sociale"
L.r. Liguria, n. 12/06, "promozione del sistema integrato dei servizi sociali e sociosanitari"
L.r. Puglia, n.19/06, "Disciplina del sistema integrato di servizi sociali per la dignità e il benessere delle donne e degli umoni in Puglia"
L.r. Basilicata, n.4/07, "Rete regionale integrata dei servizi di cittadinanza sociale"
L.r. Campania, n.11/07, "Legge per la dignità e la cittadinanza sociale. Attuazione della legge 8 novembre 2000, n.328"
l.r. Lombardia, n.3/08, "Governo della rete degli interventi e dei servizi alla persona in ambito sociale e sociosanitario".

Tabella 12 – Riparto delle competenze in base alla Legge n.328 del 2000 (Fonte: Cesari, 2005)

Stato	Regione	Provincia	Comune
Poteri di indirizzo e coordinamento e di regolazione delle PS per i seguenti aspetti (art.9): Definizione del Piano Nazionale deis servizi ed interventi sociali e ripartizione FNPS (art.4) Def. dei Livelli Essenziali ed uniformi di assistenza sociale ; Requisiti minimi dei servizi e strutture residenzailei e semiresidenziali (art.11); Profili delle professioni sociali (art.12); Esercizio dei poteri sostituitivi; Rapporto EE.LL. e Terzo Settore (art.5) (Dpcm 30 Marzo 2001, Atto di indirizzo e coordinamento sui sistemi di affidamento dei servizi alla persona ai sensi dell'art.5 L.328/2000); Riordino delle IPAB (DL 207/2001, Riordino del sistema delle istituzioni pubbliche di assistenza e beneficienza, a norma dell'art.10 L.328/2000); Carta dei Servizi Sociali (art.13); Condizioni della NA (art. 14 e 15); Reddito minimo di inserimento (art. 23); Fondi povertà e senza fissa dimora (art. 28);	Ripartizione dei finanziamenti assegnati dallo Stato (art.4); Emanazione di atti di indirizzo per regolamentare rapporti tra EE.LL e Terzo Settore (art.5); Disciplina delle modalità per valorizzare l'apporto del volontariato nell'erogazione dei serivizi (art.5); Disciplina del ruolo delle Province (art.7); Programmazione degli interventi sociali (art.8); Consultazione dei soggetti di cui agli art.1 e 10; Determinazione degli ambiti territoiali, delle modalità e degli strumenti per la gestione unitaria del sistema locale dei servizi sociali a rete (art.8); Definizione dei criteri per l'autorizzazione, l'accreditamento e la vigilanza di strutture e servizi (art.8); Istituzione di registri dei soggetti autorizzati all'esercizio delle attività sociali (art.8); Definizione dei requisiti di qualità per la gestione dei servizi e per l'erogazione delle prestazioni (art.8); Definizione dei criteri per la concessione dei titoli per l'acquisto di	Le province concorrono alla programmazione del sisitema integrato di interventi e servizi sociali secondo le modalità definite dalle Regioni che disciplinano il ruolo delle Province in ordine: Alla raccolta delle conoscenze e dei dati sui bisogni e sulle risorse rese diponibili dai Comuni e da altri soggetti istituionali presenti in ambito provinciale per concorrere all'attuazione del sistema informativo dei servizi sociali; All'alisi dell'offerta assistenziale per promuovere approfondimenti mirati sui fenomeni sociali più rilevanti in ambito provinciale fornendo, su richiesta dei comuni e degli Enti Locali interessati, il supporto necessario per il coordinamento degli interventi territoriali; Alla promozione, d'intesa con i Comuni, di iniziative di formazione, con particolare riguardo alla formazione professionale di base e all'aggiornamento; Alla partecipazione alla definizione e all'attuazione dei piani di zona (art.7). Lo Stato, le Regioni, le	Titolari delle funzioni amministrative; Concorrono alla programmazione regionale; Programmzione, progettazione e realizzazione del sistema locale dei servizi sociali a rete; Erogazione servizi e prestazioni; Autorizzazione, accreditamento e vigilanza di servizi e strutture; Partecipazione all'individuazione degli ambiti territoriali; Definizione delle condizioni dell'accesso prioritario a servizi e prestazioni (Isee); Elaborazione del piano di zona e stipulazione dell'accordo di programma (art.19); Applicazione dell'atto di indirizzo per i sistemi di affidamento servizi persona DPCM 30 Marzo 2001; Erogazione servizi e titoli d'acquisto e servizi trasferiti da province; Elaborazione progetti individulizzati per persone disabili (art.14); Applicazione del sistema di autorizzazione e accreditamento (art.11); Concessione dei prestiti

D.P.C.M. Piano sociale nazionale (art.18); Commissione sist. Informativo e Comm. Esclusione sociale (art. 21 e 27) D.P.C.M. Atto costitutivo della Commissione di indagine sull'esclusione sociale di durata triennale; Ripartizione del FNPS (art.20).	servizi sociali da parte dei comuni (art.8); Definizione dei criteri per la determinazione del concorso da parte degli utenti al costo delle prestazioni (art.8); Formazione e aggiornamento del personale addetto alle attività sociali (art.8); Livelli essenziali per le prestazioni in ambiti territoriali (art.22).	Province e i Comuni isitiuiscono un sistema informativo dei servizi sociali per assicurare una compiuta conoscenza dei bisogni sociali, del sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali e poter disporre tempestivamente di dati ed informazioni necessari alla programmazione, alla gestione e alla valutazione delle PS, per la promozione e l'attivazione di progetti europei, per il coordinamento con le strutture sanitarie, formative, con le politiche del lavoro e dell'occupazione.	sull'onore (art.16) Previsione della concessione, su richiesta dell'interessato, di titoli validi per l'acqusito di servizi sociali dai soggetti accreditati del sistema integrato di interventi e servizi sociali; Istituzione di un sistema informativo dei servizi sociali (art. 21).

Tabella 8 – Prestazioni rientranti nei Livelli Essenziali delle Prestazioni. (Fonte Cesari, 2005)

Area servizi e interventi		
Prestazione		Azioni
Accesso	Porta sociale	Informazione e orientamento
	Segretariato sociale/servizio sociale professionale	Lettura del bisogno, definizione del probelma e accompagnamento nell'attivazione dei successivi percorsi di assistenza. Rapporto con le istituzioni formative e occupazionali Definizione del progetto individuale di assistenza
	Consultorio familiare	Sostegno alle responsabilità genitoiali
	Servizio gestione informativa	Gestione delle cartelle sociali aperte a ciascun contatto dell'utenza con l'ente erogatore
Adi	Assistenza domiciliare minori	Sostegno socio-educativo
	Assistenza domiciliare anziani	Assistenza e cura della persona Cura delle condizioni abitative per il mantenimento della

		persona nel domicilio
		Cura delle altre esigenze individuali
	Assitenza domiciliare disabili	Assistenza e cura della persona
		Sostegno al percorso socio-riabilitativo
Area socio – educativa	Servizi socio-educativi	Asili nido e micronidi
		Servizi integrativi prima infanzia
		Servizi innovativi prima infanzia
		Sostegno socio-educativo scolastico
		Sostegno socio-educativo terrtiroiale
		Intervento per l'integrazione sociale dei soggetti deboli o a rischio
		Misure di integrazione sociale per detenuti ed ex-detenuti, nomadi e cittadini stranieri
	Servizio affido/adozione	Misure di sostegno per affido familiare e adozione
Residenza	Strutture residenzaili (minori)	Comunità di pronta accoglienza
		Comunità di accoglienza
		Comunità familiare
	Strutture residenziali (anziani)	Residenze protette per anziani autosufficienti
		Residenze protette per anziani non autosufficienti
		Case di riposo
	Strutture residenziali (disabili)	Centro socio-riabilitativo
		Gruppo appartamento
		Dopo di noi (handicap grave senza sostegno familiare)
Semiresidenza	Strutture semi-residenzaili – minori	Centri diurni
		Centri di aggregazione
		Centri sociali genitori-figli
	Strutture semi-residenziali – anziani	Centri sociali per anziani
	Strutture residenziali – disabili	Laboratori sociali
		Centro socio-riabilitiativo diurno

Altri serrvizi reali	Servizio di ristorazione o mensa
	Servizio trasporto sociale
	Buono spesa o buono pasto
Servizio alloggio	Misure di sostegno all'affitto
Teleassistenza	Attivazione numeri verdi
	Attivazione postazioni di teleassistenza presso il domicilio
Pronto intervento sociale	Comunità di pronta accoglienza
	Strutture di accoglienza per donne vittime di violenza
	Strutture di accoglienza notturna collegate all'emergenza freddo
	Unità di strada per tossicodipendenze e alcooldipendenze
Misure di sotegno al reddito	Reddito di ultima istanza

Tabella 14 - Spesa in valori percentuali per interventi e servizi sociali dei comuni singoli o associati per fonte di finanziamento e ripartizione geografica - Anno 2007. (Fonte: Istat, 2007)

Fonte di finanziamento	Nord-ovest	Nord-est	Centro	Sud	Isole	Italia
Fondo indistinto per le politiche sociali	12,2	16,8	13,4	16,8	29,7	15,3
Fondi regionali vincolati per le politiche sociali	10,6	17,3	10,3	15,7	32,9	14,5
Fondi vincolati per le politiche sociali dallo Stato o da Unione europea	1,1	1,3	1,7	6,4	2,8	1,9
Trasferimenti da Comuni	8,1	16,9	10,9	6,8	0,8	10,6
Altri trasferimenti da Enti pubblici	2,3	1,4	1,8	1,7	1,1	1,8
Trasferimento fondi da privati	1,2	2,4	1,3	0,2	2,0	1,5
Risorse proprie dell'Ente	64,5	43,9	60,6	52,4	30,7	54,4
Quota di spesa esclusa dal calcolo delle percentuali	16,3	23,2	51,0	42,0	53,7	32,3

Tabella 15 – Risorse destinate alle Regioni, riparto del Fondo Nazionale delle Politiche Sociali. (Fonte: elaborazione propria su dati contenuti nei Decreti di riparto del FNPS, anni 2006-2011)

Regioni e Province autonome	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Abruzzo	18.996.574,43	18.261.223,16	16.090.739,50	12.702.618,09	9.315.462,05	4.375.309,10
Basilicata	9.535.895,85	9.166.764,39	8.077.225,53	6.376.457,16	4.676.742,17	2.196.583,75
Calabria	31.870.422,11	30.636.728,35	26.995.322,85	21.311.094,90	15.627.162,88	7.339.804,25
Campania	77.367.581,12	74.372.707,01	65.532.951,62	51.734.108,12	37.961.458,43	17.822.687,69
Emilia R.	54.666.949,83	52.550.809,84	46.304.750,99	36.554.663,50	26.934.993,14	12.643.750,39
Friuli V.G.	16.999.239,88	16.341.204,79	14.398.929,74	11.367.041,61	8.334.486,87	3.919.990,58
Lazio	66.653.284,72	64.073.157,57	56.457.581,07	44.569.678,78	32.699.172,93	15.358.227,87
Liguria	23.398.753,47	22.492.995,27	19.819.533,67	15.646.264,55	11.482.732,82	5.393.238,16
Lombardia	109.660.267,67	105.415.354,09	92.885.946,70	73.327.562,56	53.801.546,15	25.269.642,37
Marche	20.734.490,83	19.931.865,38	17.562.813,32	13.864.726,99	10.075.907,94	4.732.477,19
Molise	6.181.900,10	5.942.600,74	5.236.277,97	4.133.709,28	3.041.783,53	1.428.672,36
Bolzano	6.383.246,84	6.136.153,42	5.406.825,45	4.268.345,70	3.117.828,12	1.464.389,17
Trento	6.542.382,36	6.289.128,85	5.541,618,61	4.374.756,35	3.193.872,70	1.500.105,98
Piemonte	55.653.993,26	53.499.645,13	47.140.810,08	37.214.679,11	27.300.007,16	12.822.334,43
Puglia	54.071.068,73	51.977.995,10	45.800.019,59	36.156.210,08	26.539.561,28	12.465.166,34
Sardegna	22.943.144,18	22.055.022,47	19,433.617,23	15.341.608,00	11.254.599,05	5.286.087,73
Sicilia	71.187.148,17	68.431.516,63	60.297.916,38	47.601.379,89	34.942.488,28	16.411.873,74
Toscana	50.798.116,30	48.831.737,60	43.027.718,45	33.967.654,19	24.904.602,64	11.715.113,35
Umbria	12.723.258,58	12.230.745,35	10.777.029,31	8.507.780,98	6.235.656,23	2.928.778,34
Valle D'A.	2.236.750,47	2.150.166,59	1.894.603,12	1.495.668,98	1.102.646,53	517.893,73
Veneto	56.395.531,07	54.212.478,25	47.768.917,62	37.710.530,17	27.680.230,10	13.000.918,48
Totale	775.000.000,00	745.000.000,00	656.451.148,80	518.226.539,00	380.222.941,00	178.584.045,00
Differenza perfentuale rispetto all'anno precedente		-3,9%	-11,9%	-21,1%	-26,7%	-53,0%

Tabella 16 - Indice di asimmetria del lavoro familiare nelle coppie con donna di 25-44 anni per condizione della donna, tipologia della coppia e alcune caratteristiche della coppia - Anni 1988-1989, 2002-2003 e 2008-2009 (indice di asimmetria in percentuale). (Fonte: Istat, 2010)

CARATTERISTICHE	Totale coppie						In coppia con figli					
	1988-1989		2002-2003		2008-2009		1988-1989		2002-2003		2008-2009	
RIPARTIZIONE GEOGRAFICA												
Nord	76,8	88,5	71,6	79,9	69,3	78,9	77,4	88,5	72,0	80,3	69,9	78,8
Centro	80,0	87,0	73,5	81,4	73,4	82,3	81,1	86,9	75,4	81,3	71,9	82,2
Mezzogiorno	85,0	91,0	77,9	85,6	74,8	85,5	85,2	90,9	78,2	85,7	74,8	85,6
NUMERO DI FIGLI												
Nessun figlio	75,1	90,9	70,3	81,4	71,0	82,8	-	-	-	-	-	-
1 figlio	77,9	87,1	73,3	82,6	70,6	81,0	77,9	87,1	73,3	82,6	70,6	81,0
2 figli o più	82,3	90,2	75,0	83,7	72,2	83,9	82,3	90,2	75,0	83,7	72,2	83,9
ETÀ DEL FIGLIO PIÙ PICCCOLO												
0-2	78,4	87,7	72,2	80,7	71,2	79,5	78,4	87,7	72,2	80,7	71,2	79,5
3-5	77,7	89,2	72,7	83,4	69,2	82,5	77,7	89,2	72,7	83,4	69,2	82,5

6-10	79,9	90,2	75,1	84,6	72,5	84,0	79,9	90,2	75,1	84,6	72,5	84,0
11-13	83,8	90,0	74,9	86,3	73,0	84,9	83,8	90,0	74,9	86,3	73,0	84,9
14 e più	84,9	90,2	78,2	83,4	73,9	87,6	84,9	90,2	78,2	83,4	73,9	87,6
TITOLO DI STUDIO DELLA DONNA												
Laurea	75,6	91,8	71,3	78,1	67,6	78,3	76,9	87,1	72,5	78,2	69,3	78,9
Diploma	78,1	88,9	72,7	81,4	72,0	83,3	79,0	88,3	73,4	81,8	71,8	82,6
Licenza elementare o media	81,6	89,5	75,6	84,5	72,9	83,5	82,0	89,6	76,3	84,6	72,4	83,8
Totale	79,7	89,4	73,4	83,2	71,4	83,0	80,4	89,3	74,2	83,4	71,5	83,0

Coppie con lei occupata	Coppie con lei non occupata

Bibliografia

Presidenza del Consiglio dei Ministri. Dipartimento per le politiche della famiglia, 2012. *Programma Nazionale di Lavoro. Per un invecchiamento attivo, vitale e dignitoso in una società solidale,* s.l.: s.n.

Anci, 2003. *Progetto Welfare - Esperienze di gestione dei servizi sociali ,* Roma: Anci.

Anon., s.d. s.l.: s.n.

Antonnen, A., Baldcok, J. & SIPILÄ, J. a cura di, 2003. *The Young, The Old And The State. Social Care System In Five Industrial Nations.* s.l.:EDWARD EDWIN PUBLISHING INC.

Anttosen, A. & Sipilän, J., 1996. European social care services: it is possible to identify models?. *Journal o European Social Policy,* 5(2), pp. 87-100.

B.Borlini & F., F. M., 29 Settembre 2011. *Mobilità, accessibilità ed equità sociale.* Milano, s.n.

Balbo, L., 1978. La doppia presenza. *Inchiesta,* Marzo-Aprile, Issue 32, pp. 3-6.

Balbo, L., 1982. *???.* ???: ???.

Balbo, L., 1987. *Una cultura dei diritti quotidiani.* Milano: Franco Angeli.

Balbo, L., 1993. *Friendly. Almanacco Della Societa Italiana.* Milano : Edizioni Anabasi.

Balbo, L., 2008. *Il Lavoro E La Cura – Imparare A Cambiare.* Torino : Einaudi.

Balbo, L. & Bianchi, M. a cura di, 1982. *Ricomposizioni : il lavoro di servizio nella società della crisi.* Milano: Franco Angeli.

Baraldi, C. & Maggioni, G., 1999. *I diritti dei bambini alla partecipazione: la promozione delle attività progettuali e decisionali.* [Online]
Available at: http://www3.cirsfid.unibo.it/murst40-97/index2.html
[Consultato il giorno Marzo 2013].

Bartolini, S., 2011. *Genere e pianificazione - La prospettiva di genere nelle politiche urbane in Europa, il caso della città di Vienna.* Milano, s.n.

Bellaviti, P., 2008. Benessere urbano. approcci, metodi e pratiche per sostenere la capacità di 'stare bene' nello spazio urbano. *Territorio,* Volume 47, pp. 9-55.

Bellaviti, P., 2008. Stare bene in città. Dalla qualità dello spazio al benessere degli abitanti. *Territorio*, Issue 47, pp. 12-18.

Bifulco, L., 2003. *I genius loci del welfare. Strutture e processi della qualità sociale.* Roma: Officina Edizioni.

Bimbi, F., 1985. La doppia presenza: diffusione di un modelli e trasformazioni dell'identità. In: G. Axia, F. Bimbi & F. Pristinger, a cura di *Profili sovrapposti.* Milano: Angeli.
Bonfiglioli, S. & Mareggi, M., 2004. *Nuovi Tempi Della Citta' Per La Qualita' Della Vita. Esperienze lombarde in Europa,* Milano: Ed. Guerini e Associati.
Borlini, B. & Memo, F., 2009. *Ripensare l'accessibilità urbana,* Roma: Cittalia – Fondazione Anci Ricerche.
Caceres, E. et al. a cura di, 2003. *Servizi pubblici e città.Gli standard urbanistici nelle legislazioni regionali e nella pianificazione locale.* Roma: Officina Edizioni.
Carlstein, T., 1978. *Human activity and time geography.* London: Edward Arnold.
Casa dei Nonni, s.d. *http://www.comune.roma.it/wps/portal/pcr?contentId=NEW360052&jp_pagecode=newsview.wp&ahew=contentId:jp_pagecode.* [Online]
[Consultato il giorno Dicembre 2012].
Caterina, G., 2005. Strategia per la conservazione e gestione in qualità del costruito. In: *La manutenzione edilizia e urbana. Linee guida e prassi operativa.* Napoli: Esselibri.
Cesari, M., 2005. *I servizi sociali. Il nuovo ruolo dei Comuni nella organizzazione e gestione del sistema integrato di welfare.* Santarcangelo di Romagna (RN): Maggioli Editore.
Cioni, E., 1999. *Solidarietà Tra Generazioni – Anziani E Famiglie In Italia.* Milano: Franco Angeli.
City for Children, 2012. *Documentation 2012. Child-friendly Neighbourhood-Planning,* Stuttgart: Cities for Children Coordination Office.
CNR Città dei Bambini, s.d. *http://www.lacittadeibambini.org.* [Online]
[Consultato il giorno Marzo 2013].
CNR, 2012. *Indipendent Mobility as a Critical aspect of Children's Development and quality of life,* s.l.: s.n.
Comune di Bergamo - Politecnico di Milano, 2006. Studi per il Piano Territoriale degli orari. In: *Piano Territoriale degli Orari della Città di Bergamo.* s.l.:s.n.
Comune di Bergamo, 2006. Il Piano territoriale degli Orari. Documento direttore. In: *Piano Territoriale degli orari della Città di Bergamo.* Bergamo: s.n.
Comune di Bergamo, 2006. L'origine delle politiche temporali a Bergamo. In: *Studi per il Piano territoriale degli Orari.* Bergamo: s.n., pp. 21-23.
Comune di Bergamo, 2006. Un patrimonio di coscienza civile da valorizzare nel piano dei tempi della città. In: *Piano Territoriale degli orari della Città di Bergamo.* Bergamo: s.n.
Comune di Dalmine, 2011. *Piano di Governo del territorio. Piano dei Servizi e delle Regole. Relazione,* Dalmine: Comune di Dalmine.
Comune di Udine - Dip. Gestione del Territorio, delle Infrastrutture e dell'Ambiente - Servizio Pianificazione Territoriale, 2012. *Nuovo Piano Regolatore Generale - Relazione generale,* s.l.: s.n.
Comune di Udine, Az. Serv. San. 4 "Medio Friuli", Fond. "E. Zancan", 2003. *Piano di Salute della Città di Udine,* Udine: s.n.

Comune di Udine, 2009. *Il progetto Città Sane a Udine.* [Online]
Available at:
http://www.comune.udine.it/opencms/opencms/release/ComuneUdine/cittavicina/territorio/cittasane/homepagecittasane.html?style=1
[Consultato il giorno Febbraio 2013].
Comune di Udine, 2009. *Progetto "Città Sane" a Udine.* [Online]
Available at:
http://www.comune.udine.it/opencms/opencms/release/ComuneUdine/cittavicina/territorio/cittasane/homepagecittasane.html?style=1
[Consultato il giorno Febbraio 2013].
Comune di Udine, 2012. *Linee Guida per la concessione e l'uso di orti pubblici urbani. Approvate con Delibera di G.C. n. 442 d'ord. del 18 dicembre 2012,* Udine: s.n.
Comune di Udine, 2012. No alla Solit'Udine: costante il numero di richieste. *Udninè. E-magazine del Comune di Udine*, 1 febbraio.
Comune di Udine, 2013. *creative social inclusion. Programmes for older people in Udine or how to turn a bunch of keywords into concrete practices.* Belfast, s.n.
Comune di Udine, 2013. *Relazione generale al Piano Regolatore Generale,* s.l.: s.n.
Contardi, L., 1999. Cinque questioni per tornare a ragionare sugli standard. *Urbanistica Dossier.*
Corsi, M., 2002. *L'iniziativa Città amiche dei bambini in Italia,* Firenze: UNICEF Innocenti Research Centre (IRC).
Costa, G., 2007. *Politiche per la non autosufficenza in età anziana. Attori, risorse e logiche a partire dal caso lombardo.* Roma: Carocci Faber.
Costa, G., 2007. *Quando qualcuno dipende da te. Per una sociologia della cura.* Roma: Carocci Editore.
Costa, G., a cura di, 2009. *La solidarietà frammentata. Le leggi regionali sul welfare a confornto.* Milano: Bruno Mondadori.
Costa, G., 2009. Quale giustizia in un welfare frammentato? Tra ricerca di uguaglianza e attenzione al territorio. In: G. Costa, a cura di *La solidarietà frammentata. Le leggi regionali sul welfare a confronto.* Milano: Bruno Mondadori.
Council of the European Union, 2012. *Council Declaration on the European Year for Active Ageing and Solidarity between Generations (2012): The Way Forward.* Brussels: s.n.
Crompton, R., 2006. *Employememnt and the Family. Reconfiguration of Work and Family Life in Contemporary Societies.* Cambridge: Cambridge University Press.
Decreto 25 novembre 2009. Riparto del Fondo Nazionale per le Politiche Sociali. Anno 2009 (2009) Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali.
dell'Ambiente, M., s.d. *http://www.cittasostenibili.minori.it/*. [Online]
[Consultato il giorno Marzo 2013].
Department for Communities and Local Government, 2012. *National Planning Policy Framework,* London: s.n.

Di Giovanni, A., 2010. *Spazi comuni - Progetto urbanistico e vita in pubblico nella città contemporanea.* Roma: Carocci Editore.
Dipartimento di Architettura e Pianificazione, 2006. OMS - Città Sane e Healthy Urban Planning a Milano. Politiche urbane per la salute della città. *Politecnico,* Volume 6, pp. 20-23.
Disposizioni per il sostegno della maternità e della paternità, per il ditritto alla cura e alla formazione e per il coordinamento dei tempi della città" (Legge 53 del 2000).
Donaggio, E. & Melloni, E., 2010. *Migliorare o innovare: una riflessione a partire dall'esperienza delle politiche temporali in Lombardia.* Roma, Planum - The European Journal of Planning on-line.
Donaggio, E. & Zorzi, A., 2011. *Spazi per lo sport e città:politiche e pratiche per ripensare il welfare materiale.* 29 Settembre 2011 Milano, s.n.
Dovigo, F., 2007. *Strategie Di Sopravvivenza – Donne Tra Famiglia, Professione E Cura Di Se.* Milano: Bruno Mondadori Ricerca.
England, P., 2001. Gender and Feminist studies. In: *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences.* s.l.:Elsevier, pp. 5910 - 15.
England, P., 2001. Gender and Feminist Studies. *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences,* pp. 5910-5915.
Esping-Andersen, G., 2011. *La rivoluzione incompiuta. Donne, famiglie, welfare..* Bologna: Il Mulino Saggi.
European Commission, 2013. *Horizon 2020 - The framework programme for research and innovation.* [Online]
Available at: http://ec.europa.eu/research/horizon2020
[Consultato il giorno Febbraio 2013].
European Innovation Partenership on Active and Helathy Ageing , 2012. *Action Plan on Innovation for Age-friendly buildings, cities & environments,* Brussels: s.n.
European Union, 2011. *Toolbox of tested solutions promoting Active Ageing at Local Level,* Brussels: s.n.
Eurostat, 2006. *8 March 2006:International Women's Day: A statistical view of the women and men in EU25,* s.l.: s.n.
Fainstein, S. S. & Servon, L. J., 2005. *Gender and Planning: A reader.* s.l.:Rutgers University Press.
Falco, L., 1976. *"Standards" urbanistici: note storiche, tecniche, critiche.* Torino: CELID.
Falco, L., 1978. *Gli standard urbanistici.* Seconda edizione a cura di Roma: Edizioni delle Autonomie.
Falco, L., 1999. Attualità ed efficacia degli standard. *Urbanistica Dossier*, Issue 21.
Fano, C. d., s.d. *http://oldsite.comune.fano.ps.it/cittadeibambini/attivita/prog.htm.* [Online]
[Consultato il giorno Marzo 2013].
Ferioli, E., 2003. *Diritti e servizi sociali nel passaggio dal welfare statale al welfare municipale.* Torino: G. Giappicchielli Editore.
Ferrera, M., 2006. *Le politiche sociali.* Bologna: Il Mulino Manuali.

Finch, J. & Grovie, D., 1983. *A Labour of Love: Women, Work, and Caring.* s.l.:Routledge.
Fiore, V., 2005. Procedure di manutenzione edilizia e urbana. In: *La manutenzione edilizia e urbana. Linee guida e prassi operativa.* Napoli: Esselibri.
Flora, P. & Heidenheimer, A. a cura di, 1983. *Lo sviluppo del welfare state in Europa e America.* Bologna: Il Mulino.
Fontana, G., 2003. Intorduzione. In: F. Karrer & M. Ricci, a cura di *Città e nuovo welfare. L'apporto dell'urbanistica nella costruzione di un nuovo stato sociale.* Roma: Officina Edizioni.
Fua, G., 1980. *Problemi dello Sviluppo Tardivo in Europa.* Bologna: Il Mulino.
Gerstel, N., 2008. Gender Gap. *Encyclopedia of Social Problems,* pp. 393- 95.
Giau, B. & Novelli, S. a cura di, 2010. *Agricoltura e servii di manutenzione del terrtiorio.* Asti: Diffusione Immagine.
Giner, S., 1985. Political economy, legitimation and the state in Southern Europe. In: R. Hudson & J.Lewis, a cura di *Uneven Development in Southern Europe.* London / New York: Maethuen.
Ist. di Scienze e Tecnologie della Cognizione – CNR, 2011. *Children's Independent Mobility in Italy,* Roma: draft for circulation.
Istat , 2008. *Conciliare lavoro e famiglia – Una sfida quotidiana,* Roma: Istat.
Istat, 2007. *Interventi e servizi sociali dei Comuni,* Roma: Istat.
Istat, 2010. *Famiglia in cifre.* Milano, Istat.
Istat, 2010. *La divisione dei ruoli nelle coppie. Anno 2008-2009,* Roma: Istat.
Istat, 2010. *La vita quotidiana nel 2009,* Roma: Istat.
Istat, 2011. *Cambiamenti Nei Tempi Di Vita E Attività Del Tempo Libero,* Roma: Istat.
Istat, 2011. *Natalità e fecondità della popolazione residente,* Roma: s.n.
Istat, 2011. *Statistiche Report "Infanzia e vita quotidiana",* Roma: Istat.
Istat, 2012. *http://dati.istat.it/*. [Online]
[Consultato il giorno Luglio 2012].
Istituto nazionale di Statistica, 2012. *www.istat.it.* [Online]
[Consultato il giorno Dicembre 2012].
Karrer, F., 1999. Metri e misure, valori e valutazioni. *Urbanistica Dossier*, Issue 21.
Karrer, F., 2002. Pianificazione sociale, standard, politiche urbane. *Urbanistica Dossier*, Issue 44.
Karrer, F. & Ricci, M., 2003. *Città e nuovo welfare. L'apporto dell'urbanistica nella costruzione di un nuovo stato sociale.* Roma: Officina Edizioni.
Karrer, F. & Ricci, M., 2003. Nota dei curatori. In: *Città e nuovo welfare. L'apporto dell'urbanistica nella costruzione di un nuovo stato sociale.* Roma: Officina Edizioni.
Kazepov, Y., 2009. La sussidiarizzazione delle politiche sociali in Italia . In: *La diemsnione territoriale delle politihe sociali in Italia.* Roma: Carocci.
L.53/2000 - Disposizioni per il sostegno della maternità e della paternità, per il diritto alla cura e alla formazione e per il coordinamento dei tempi delle città (2000).

Le Donne del PCI, 1990. *Le donne cambiano i tempi: una legge per rendere più umani i tempi del lavoro, gli orari della città, il ritmo della vita.* Roma: PCI.
Legge 285/1997. Disposizioni per la promozione di diritti e di opportunità per l'infanzia e l'adolescenza (1997).
Legge 328/2000. Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali (2000).
Legge 8 Giugno 1990, n. 142 e successive modificazioni.Ordinamento delle province e dei comuni con le modifiche apportate dalla legge 3 agosto 1999 n. 265 (8 Giugno 1990, modificata 3 agosto 1999).
Leira, A., 2009. Care, social citizenship and conflict: gender matters. In: P. K. S. P. G. a. C. R. Baert, a cura di *Conflict, Citizenship and Civil Society.* London/New York: Routledge.
Lewis, J., 1992. Gender and the development of Welfare regimes. *Journal of European Social Policy*, 2(3), pp. 159-173.
Lewis, J. & Ostner, I., 1994. *Gender and evolution of European social policies,* Bremen: s.n.
Lister, R., 2003. *Citizenship: Feminist Perspectives.* New York: NYU Press.
Mareggi, M., 1999. *Le politiche temporali urbane in un contesto disciplinare aperto e problematico. Riflessioni da giovani pratiche pubbliche locali,* Milano: s.n.
Mareggi, M., 2002. Innovation in Urban Policy: The Experience of Italian Urban Time Policies. *Planning Theory & Practicie*, 3(2), pp. 173-94.
Mareggi, M., 2004. Bergamo. Un Piano territoriale degli orari voluto dalla società civile. In: S. Bonfiglioli & M. Mareggi, a cura di *Nuovi tempi della città per la qualità della vita. Esperienze lombarde in Europa.* Milano: Edizione Guarini ed associati.
Martinotti, G., 1993. *Metropoli. La nuova morfologia sociale delle città.* Bologna: Il Mulino.
McLaughlin, E. & Glendinning, C., 1994. Paying for care in Europe: is there a feminist approach?. In: L. Hantrais & S. Mangen, a cura di *Family Policy and the Welfare of Women.* Loughborough: European Research Centre.
Micheli, G., 2002. *La Nave Di Teseo. La Condizione Anziana E L'identità Nel Cambiamento.* Milano: Franco Angeli.
Micheli, G., 2004. *La Questione Anziana. Ridisegnare Le Coordinate Di Una Società Che Invecchia.* Milano: Franco Angeli.
Miligan, C. & Wiles, J., 2010. Landscapes of care. *Progress Human Geography*, 23 Aprile.
Ministero delle Politiche Sociali, 2004. *I Livelli Essenziali delle Prestazioni nel settore dell'assistenza,* Roma: s.n.
Ministero per la Solidarietà Sociale. Direzione generale per la gestione del Fondo Nazionale per le Politiche Sociali, 2006. *Rapporto monitoraggio politiche sociali. I servizi territoriali.* Roma: s.n.
Munarin, S. & Tosi, M. C., 2010. *Welfare space e diritto alla città.* Roma, 25-27 Febbraio 2010, Planum - The European Journal of Planning on-line.
Naldini, M., 2002. Le politiche sociali e la famiglia nei paesi mediterranei. Quale prospettiva per un'analisi comparata?. *Stato e Mercato,* 1(64), pp. 73-99.

Nobile, P. & Pagano, F. a cura di, 2006. *Lombardia. Legge per il governo del territorio L.R. 11 marzo 2005, n.12.* Milano: Il Sole 24 Ore.
O'Connor, J., 1993. Gender, Class and Citizenship in the Comparative Analysis of Welfare states Regimes: Theoretical and methodological Issues. *British Journal of Sociology*, 44(3), pp. 501-518.
OECD, 1994. *Caring for frail elderly people : new directions in care.* Paris: s.n.
Oliker, S. J., 2008. Caregiving.. *Encyclopedia of Gender and Society*, pp. 110-15.
Oliva, F., 1999. L'innovazione degli standard nella pianificazione comunale. *Urbanistica Dossier*, Issue 21.
Olivieri, A., 2002. *Bambini e spazio pubblico. I temi emergenti delle esperienze di coinvolgimento dei minori.* Milano: Tesi di Dottorato in Pianificazione Urbana Territoriale e Ambientale. Dip. di Architettura e Pianificazione del Politecnico di Milano.
Ostner, I., 1998. The welfare mix of care in modern welfare states. In: T. Knijn & S. Selma, a cura di *Care, Citizenship and Social Cohesion, Towards a Gender-perspective.* Utrech: Netherlands School for Social and Economic Policy Research.
Paolillo, P. L., 2007. La questione degli standard comunali: dal vincolo di carta all'avvio della programmazione attiva. In: P. L. Paolillo, a cura di *Fare il piano dei servizi. Dal vincolo di carta al programma delle attrezzature urbane.* Milano: Franco Angeli.
Pasqui, G., 2008. *Città, Popolazioni, Politiche.* Milano: Jaca Book.
Pellegrino, M., 2004. Imposta sul tempo: un servizio civile per il tempo di cura. In: G. A. Micheli, a cura di *La questione anziana. Ridisegnare le coordinate di una società che invecchia.* Milano: Franco Angeli.
Peroni, G., 2006. *Il Laboratorio Cittaà dei bambini di Fano come strumento di educazione allo sviluppo sostenibile.* Comune di Fano: s.n.
Peroni, G., 2013. *Documentazione Città dei Bambini* [Intervista] (Marzo 2013).
Policies Studies Institute, 2012. *Children's indipendent mobility: a comparative study in England and germany (1971-2010),* London: Policies Studies Institute.
Provincia di Milano, Dipartimento Architettura e Pianificazione Politecnico di Milano, 2006. *Piano strategico "Città di Città".* Milano: Provincia di Milano.
Q Ageing, s.d. *http://www.q-ageing.eu/*. [Online]
[Consultato il giorno Dicembre 2012].
Ranci, C., 2002. *Le nuove diseguaglianze sociali in Italia.* Bologna: Il Mulino Studi e Ricerche.
Rapari, S., 2000. Costruire la Città dei Bambini: un Laboratorio. In: C. Baaldi & G. Maggioli, a cura di *Una città con i bambini. Progetti ed esperienze del Laboratorio di Fano.* Roma: Donizelli Editore.
Rauch, D., 2007. Is There Really a Scandinavian Social Service Model? : A Comparison of Childcare and Elderlycare in Six European Countries. *Acta Sociologica*, Agosto, 50(3), pp. 249-269.
Regione Lombardia. Territorio e Urbanistica, 2005. *Piano dei servizi. Linee guida alla redazione,* Milano: s.e..

Ricci, M., 1999. Ragionare su una città che cambia: standard e "medietà" fuori tempo. *Urbanistica Dossier*, Issue 21.
Ricci, M., 2002. Il servizio istruzione tra welfare e riqualificazione. *Urbanistica Dossier*, Issue 44.
Roit, B. D., 2007. Changing Intergenerational Solidarities within Families in a Mediterranean Welfare State : Elderly Care in Italy. *Current Sociology*, 55(2), pp. 251-69.
Sabatinelli, S., 2009. Trasformazioni socio-demografiche ed evoluzione dei bisogni sociali. In: Y. Kazepov, a cura di *La dimensione territoriale delle politiche sociali in Italia.* Roma: Carocci.
Sainsbury, D., a cura di, 1994. *Gender and Welfare State Regimes.* London: Sage Pubblications.
Sainsbury, D., 1999. *Gender and Welfare State Regimes.* Oxford: Oxford University Press.
Santangelo, S., 2003. Contesto e cultura urbanistica prima del decreto del 1968. In: F. Karrer & M. Ricci, a cura di *Città e nuovo welfare.* Roma: Officina Edizioni, pp. 41-61.
Sapelli, G., 1995. *Southern Europe since 1945.* London / New York: Longman.
Saraceno, C., 1998. *Mutamenti della famiglia e politiche sociali in Italia.* Bologna: Il Mulino.
Saraceno, C., 2002. *Mutamenti della famiglia e politiche sociali in Italia.* Bologna: Il Mulino.
Saraceno, C. & Naldini, M., 2007. *Sociologia della famiglia.* Bologna: Il Mulino - Manuali.
Secchi, B., 2005. *La città del ventesimo secolo.* Roma - Bari: Laterza.
Sforza, G., 2009. Il tempo delle donne. In: *Tempo comune. Conciliazione di vita e lavoro e armonizzazione dei tempi della città.* Milano: Franco Angeli.
Taccani, P., a cura di, 1994. Dentro la cura. Famiglie e anziani non autosufficienti. In: Milano: Franco Angeli.
Taccani, P., 1994. *Dentro la cura. Famiglie e anziani non autosufficienti.* Milano: Franco Angeli.
Takano, T., Nakamura, K. & Watanabe, M., 2002. Urban residential environments and senior citizens' longevity in megacity areas: the importance of walkable green spaces. *Journal of Epidemiology Community Health*, Issue 56, p. 913–918.
The Academy Village, s.d. *http://theacademyvillage.com/*. [Online]
[Consultato il giorno Dicembre 2012].
Tonucci, F., 2002. *Se i bambini dicono: adesso basta!.* Bari-Roma: Laterza.
Tonucci, F., 2005. *La città dei bambini. Un nuovo modo di pensare la città.* Roma-Bari: La Terza .
Tosi, A., 1994. *Abitanti. Le nuove strategie dell'azione abitativa.* Bologna : Il Mulino.
Tosi, M. C., 2009. La fatica di abitare: per una città confortevole, sana, sicura. *Urbanistica,* Issue 139, pp. 88-92.
Tosi, M. C. a cura di, 2009. Lo spazio del welfare in Europa. *Urbanistica*, Issue 139, pp. 88-112.
Tosi, M. C., 2011. Welfare e paesaggio. In: *Paesaggio e benessere.* Milano: Franco Angeli.
Touraine, A., 2008. *La globalizzazione e la fine del sociale.* Milano: Il Saggiatore.

Ufficio di Progetto OMS - Città sane, 2002. *Udine. Il profilo di salute della popolazione anziana,* Udine: s.n.
Unicef, 2012. *Figli delle città. La condizione dell'infanzia nel mondo,* Roma: Unicef.
Unione Europea - Europa 2020, s.d. *http://ec.europa.eu/europe2020/index_it.htm.* [Online]
[Consultato il giorno Dicembre 2012].
Unione Europea. Innovation Union, s.d. [Online]
Available at: http://ec.europa.eu/research/innovation-union/index_en.cfm?section=active-healthy-ageing
[Consultato il giorno Dicembre 2012].
Unione Europea, 2012. *Il contributo dell'UE all'invecchiamento attivo e alla solidarietà tra le generazioni,* Brussels: s.n.
Unione Europea, s.d. *http://europa.eu/ey2012/ey2012.jsp?langId=en.* [Online]
[Consultato il giorno Novembre 2012].
Unione Europea, s.d. *http://urbact.eu/*. [Online]
[Consultato il giorno Dicembre 2012].
Urbact - Active A.G.E., s.d. *http://urbact.eu/en/projects/active-inclusion/active-age/homepage/*. [Online]
[Consultato il giorno Dicembre 2012].
Urbact Activ Age, 2011. *http://urbact.eu/en/projects/active-inclusion/active-age/homepage/*. [Online]
[Consultato il giorno 2012 Dicembre].
VV., A., 2003. *Il Vocabolario Treccani – Il Treccan.* Roma: Istituto della Enciclopedia Italiana fondata da Giovanni Treccani.
WHO Age-Friendly Environment Programme, s.d. *http://www.who.int/ageing/projects/age_friendly_cities_programme/en/index.html.* [Online]
[Consultato il giorno Dicembre 2012].
Wikipedia - Universal Design, 2013. *Wikipedia.* [Online]
Available at: https://en.wikipedia.org/wiki/Universal_design
[Consultato il giorno Febbraio 2013].
World Healh Organization, 2007. *Global Age-friendly Cities: a Guide.* Geneve: s.n.
World Health Organization, 2002. *Active Ageing: A Policy Framework,* ginevra: s.n.
World Health Organization, 2002. *Active Ageing: A Policy Framework,* Ginevra: s.n.
Zulli, F., 2008. *Badare al futuro : verso la costruzione di politiche di cura nella società italiana del terzo millennio.* Milano: Franco Angeli.