



ALMA MATER STUDIORUM
UNIVERSITÀ DI BOLOGNA
DIPARTIMENTO DI SCIENZE POLITICHE E SOCIALI

Master in Governance e Innovazioni di Welfare Locale

a.a. 2025/2026

PROJECT WORK:

**GOVERNANCE DELL'INNOVAZIONE SOCIALE E WELFARE DI
PROSSIMITÀ**

**Il caso "Bologna Serena per gli anziani" e la sperimentazione degli Agenti Comunitari di
Salute**

Corsista
Giulia Tedeschi

Indice generale

CAPITOLO 1.	2
Lo scenario di riferimento: transizione demografica e nuove vulnerabilità urbane	
 CAPITOLO 2.	 4
La genesi dell'innovazione: il progetto "Bologna Serena" e la governance collaborativa	
 CAPITOLO 3.	 6
L'analisi del bisogno e la stratificazione del rischio: il caso del Quartiere Savena	
 CAPITOLO 4.	 8
La risposta organizzativa: profilo e mandato dell'Agente Comunitario di Salute	
 CAPITOLO 5.	 10
Il processo di implementazione e le sfide operative: dalla teoria alla "cura della relazione"	
 CAPITOLO 6.	 12
Valutazione d'impatto, sostenibilità e conclusioni: verso un welfare di comunità strutturale	
 RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI E DOCUMENTALI	 14

CAPITOLO 1.

Lo scenario di riferimento: transizione demografica e nuove vulnerabilità urbane

L'analisi delle dinamiche che investono i sistemi di welfare contemporanei non può prescindere da una disamina approfondita del contesto demografico e sociale che sta ridisegnando la fisionomia delle città europee. In questo scenario Bologna rappresenta un osservatorio privilegiato e per certi versi anticipatorio di tendenze che si stanno manifestando su scala continentale. Il progressivo e rapido invecchiamento della popolazione costituisce il dato strutturale più rilevante con cui le politiche pubbliche sono chiamate a misurarsi. Non si tratta tuttavia di una semplice questione numerica legata all'aumento dell'aspettativa di vita, bensì di una trasformazione qualitativa della struttura sociale che impatta profondamente sulla tenuta delle reti di protezione tradizionali. La città di Bologna, caratterizzata da una composizione demografica in cui la componente over 65 rappresenta ormai una quota maggioritaria rispetto alle fasce giovani, si trova a dover gestire le conseguenze di una longevità che non sempre coincide con il mantenimento dell'autonomia funzionale o relazionale.

Al centro di questa trasformazione emerge con prepotenza il tema della solitudine. Per lungo tempo relegata alla sfera della vita privata o interpretata come una condizione esistenziale soggettiva, la solitudine ha assunto negli ultimi anni i contorni di una vera e propria emergenza di salute pubblica. La letteratura scientifica internazionale e i più recenti indirizzi dell'Organizzazione Mondiale della Sanità hanno evidenziato come l'isolamento sociale agisca da potente determinante negativo di salute, con un impatto sulla mortalità e sulla morbilità paragonabile a quello di fattori di rischio clinici consolidati quali il fumo, l'obesità o l'inattività fisica. Nelle persone anziane, in particolare, la rarefazione delle reti sociali si correla direttamente a un decadimento cognitivo più rapido, a una maggiore incidenza di patologie cardiovascolari e a una ridotta aderenza alle terapie farmacologiche. Le donne, che statisticamente sopravvivono più a lungo dei partner maschili, si trovano spesso a vivere gli ultimi anni della propria esistenza in condizioni di vedovanza e di fragilità abitativa, all'interno di contesti urbani che, pur ricchi di servizi, possono risultare escludenti per chi ha ridotte capacità di mobilità o scarsa alfabetizzazione digitale.

In questo quadro il concetto stesso di salute subisce una necessaria ridefinizione, spostandosi da una visione puramente biomedica incentrata sulla cura della patologia acuta a una prospettiva bio-psico-sociale che include il benessere relazionale come componente essenziale della qualità della vita. Tuttavia questa evoluzione teorica fatica ancora a tradursi pienamente in modelli organizzativi coerenti. Il sistema di welfare italiano, e quello bolognese non fa eccezione, è storicamente costruito su una logica prestazionale e riparativa in cui i servizi intervengono quando il bisogno si è già manifestato in forma acuta o quando la perdita di autosufficienza è conclamata. Tale approccio mostra oggi tutti i suoi limiti di fronte a fenomeni, come la solitudine e la fragilità pre-clinica, che sono per loro

natura processuali, silenziosi e difficilmente intercettabili attraverso gli sportelli tradizionali del segretariato sociale o tramite l'accesso al medico di medicina generale.

La sfida che ne deriva interroga direttamente la governance locale e la capacità delle istituzioni di presidiare la dimensione della prossimità. Il contesto bolognese vanta una lunga tradizione di collaborazione tra amministrazione pubblica e società civile, radicata in un modello di welfare che ha fatto della partecipazione e della capillarità territoriale i suoi punti di forza. Tuttavia le trasformazioni in atto richiedono un ulteriore salto di qualità. La complessità dei bisogni emergenti non può essere affrontata attraverso la somma di interventi settoriali dove il sociale si occupa dell'assistenza e il sanitario della cura, operando su binari paralleli che raramente si incontrano. La riforma dell'assistenza territoriale, delineata a livello nazionale dal Decreto Ministeriale 77 del 2022 e dagli investimenti del PNRR, spinge con forza verso l'integrazione socio-sanitaria e la creazione di luoghi fisici e organizzativi come le Case della Comunità, dove le diverse competenze possano dialogare. Ciononostante l'infrastruttura fisica da sola non è sufficiente se non è accompagnata da un ripensamento dei processi di lavoro e da una governance capace di attivare le risorse latenti della comunità.

È proprio in questo spazio, tra la rigidità delle procedure istituzionali e la fluidità dei bisogni sociali, che si inserisce la necessità di sperimentare nuovi dispositivi di intervento.

CAPITOLO 2.

La genesi dell'innovazione: il progetto "Bologna Serena" e la governance collaborativa

Per rispondere a queste sfide il Comune di Bologna ha intrapreso un percorso di innovazione che trova nel progetto "Bologna Serena per gli anziani" (2025–2027) uno dei suoi snodi fondamentali. L'iniziativa non nasce come un semplice ampliamento dell'offerta di servizi esistenti, ma si configura fin dalle sue premesse come un laboratorio di governance territoriale volto a testare nuove modalità di collaborazione tra attori che, pur operando sullo stesso territorio, hanno storicamente faticato a costruire strategie realmente condivise. La promozione del progetto vede infatti un'alleanza strutturata tra il Comune di Bologna, la Fondazione Carisbo, la Chiesa di Bologna, l'Azienda USL e l'ASP Città di Bologna. La presenza simultanea di questi soggetti non è formale bensì sostanziale in quanto riflette la consapevolezza che il contrasto alla solitudine richiede la mobilitazione di leve diverse, che vanno dalle risorse economiche e progettuali delle fondazioni bancarie alla capacità di penetrazione capillare delle parrocchie, fino alle competenze cliniche e assistenziali del sistema pubblico.

L'architettura del progetto "Bologna Serena" si fonda sull'ipotesi che il benessere della popolazione anziana non possa essere delegato esclusivamente agli specialisti. Al contrario si è scelto di investire sulla comunità come soggetto attivo di cura secondo i principi del welfare generativo e di prossimità. L'obiettivo primario non è stato quello di erogare prestazioni standardizzate, ma di costruire un'infrastruttura relazionale leggera e resiliente, capace di avvolgere l'anziano nel suo contesto di vita quotidiana.

Un elemento qualificante di questa esperienza, che la rende un caso di studio rilevante per l'analisi delle politiche di welfare locale, risiede nella modalità con cui è stata gestita la governance multilivello. A differenza di approcci tradizionali top-down in cui l'ente pubblico definisce il servizio e lo appalta al Terzo settore, in "Bologna Serena" si è sperimentata una logica di co-progettazione e di governo condiviso.

La Cabina di Regia del progetto ha funzionato come uno spazio di negoziazione e apprendimento reciproco dove le diverse culture organizzative hanno dovuto confrontarsi e trovare linguaggi comuni. Per l'Azienda USL questo ha significato accettare la sfida di lavorare su determinanti di salute non clinici riconoscendo il valore terapeutico della socializzazione, mentre per il mondo del volontariato ha comportato lo sforzo di strutturare il proprio agire informale all'interno di una cornice di rete, raccordandosi con i servizi sociali professionali senza perdere la propria spontaneità.

Tuttavia, proprio nel corso dell'implementazione del progetto, sono emersi con chiarezza i limiti di un approccio basato esclusivamente sul volontariato o su progettualità a termine. L'osservazione sul campo ha rivelato che le situazioni di solitudine più gravi e complesse, spesso associate a quadri sanitari compromessi o a condizioni di povertà relazionale estrema, richiedono competenze che vanno oltre la buona volontà del vicinato.

La zona grigia tra il bisogno sociale e quello sanitario si è rivelata più ampia e profonda del previsto, evidenziando la mancanza di figure professionali capaci di fare da ponte in modo stabile e strutturato tra la casa dell'anziano e la rete dei servizi. Il progetto ha dunque agito come un rivelatore di criticità sistemiche, portando alla luce la necessità di superare la logica della sperimentazione temporanea per approdare a soluzioni organizzative più stabili.

È in questo passaggio che risiede il valore strategico dell'esperienza analizzata: "Bologna Serena" non si è limitata a fornire risposte contingenti, ma ha generato un apprendimento istituzionale che ha orientato le successive scelte dell'Amministrazione. La presa d'atto che la frammentazione tra sociale e sanitario costituisce il principale ostacolo all'efficacia degli interventi, ha maturato la decisione politica di investire su una nuova figura professionale, l'Agente Comunitario di Salute. Questa evoluzione non deve essere letta come una smentita del modello comunitario, ma come il suo necessario potenziamento: la comunità cura se è supportata, orientata e connessa ai servizi da figure ibride capaci di tradurre i bisogni del territorio nel linguaggio delle istituzioni e viceversa. La governance del progetto si è così trasformata da strumento di gestione di un servizio a leva per l'innovazione organizzativa dell'intero sistema di welfare cittadino.

CAPITOLO 3.

L'analisi del bisogno e la stratificazione del rischio: il caso del Quartiere Savena

La transizione da un modello di welfare riparativo a uno d'iniziativa richiede un radicale cambio di paradigma nella lettura del territorio, che non può più limitarsi alla sola ricezione della domanda spontanea, ma deve fondarsi su un'analisi rigorosa e granulare dei dati. In tal senso la progettazione dell'intervento degli Agenti di Comunità nel contesto bolognese ha assunto come campo di indagine privilegiato il Quartiere Savena, un'area che per caratteristiche demografiche e urbanistiche rappresenta un laboratorio ideale per testare nuove forme di prossimità. La metodologia adottata per l'individuazione delle priorità d'intervento ha superato la generica definizione di anziano fragile applicando invece strumenti di epidemiologia sociale volti a far emergere le disuguaglianze di salute invisibili a uno sguardo superficiale.

L'analisi si è concentrata specificamente sulle aree statistiche, unità territoriali minime che permettono di disaggregare il dato medio cittadino, spesso mascherante, per rivelare le profonde difformità che sussistono tra zone anche limitrofe. Lo studio condotto a supporto del progetto pilota ha messo a confronto diverse aree statistiche/ zone del quartiere, tra cui Bitone, Cavedone, Fossolo, Pontevecchio e Via Arno, utilizzando come indicatore principale il Rapporto Standardizzato di Mortalità e Morbosità (SMR). Tale indicatore ha permesso di confrontare l'incidenza di fenomeni critici osservati nella popolazione locale rispetto a quanto atteso nella popolazione generale, isolando variabili chiave quali la prevalenza di patologie croniche come il diabete, il ricorso alla polifarmacoterapia, gli accessi al Pronto Soccorso e i tassi di ospedalizzazione. L'incrocio di questi dati sanitari con gli indici di fragilità sociale e di disparità di genere elaborati dal Comune di Bologna ha restituito una fotografia nitida di come i determinanti sociali agiscano concretamente sui percorsi di salute.

Dall'esame comparato emergono due profili territoriali paradigmatici che hanno orientato la differenziazione degli interventi: l'area del Cavedone e l'area del Bitone. Il Cavedone si configura come una zona ad alta intensità di bisogno caratterizzata da una concentrazione significativa di edilizia residenziale pubblica e da una popolazione che, seppur numericamente inferiore rispetto ad altre aree, presenta indici di vulnerabilità allarmanti. I dati evidenziano un eccesso statisticamente significativo per quanto riguarda la prevalenza di diabete e il ricorso a terapie farmacologiche complesse con un impatto sproporzionato sulla componente femminile. In quest'area le donne anziane non solo vivono condizioni di maggiore isolamento, ma mostrano un quadro clinico più compromesso rispetto agli uomini e rispetto alle residenti di altre zone, confermando come la fragilità socio-economica si traduca direttamente in peggiori esiti di salute e in un maggiore ricorso ai ricoveri ospedalieri. Il Cavedone appare dunque come un territorio "caldo" dove la solitudine si intreccia inestricabilmente con la povertà e la cronicità mal gestita.

Diversa è la situazione dell'area Bitone che si presenta come un contesto più esteso e densamente popolato, con una presenza massiccia di residenti over 65 e over 80. Qui l'analisi non rileva i picchi di criticità acuta osservati al Cavedone, ma segnala un bisogno diffuso e latente legato soprattutto alla gestione della quotidianità da parte di una popolazione molto anziana. Emerge in particolare un eccesso significativo nella diffusione della polifarmacoterapia, specialmente tra le donne, e una tendenza all'aumento della prevalenza diabetica pur senza raggiungere ancora soglie di allarme statistiche. Bitone rappresenta dunque l'archetipo dell'area da monitorare, ovvero un tessuto sociale apparentemente stabile dove però l'invecchiamento massivo rischia di trasformarsi in emergenza se non presidiato attraverso azioni di supporto all'aderenza terapeutica e al mantenimento dell'autonomia.

Queste evidenze empiriche hanno scardinato l'idea che un unico modello di servizio potesse essere efficace ovunque. L'analisi dei dati ha imposto una strategia a geometria variabile che fosse intensiva e fortemente integrata con i servizi sociali per l'area Cavedone, volta a spezzare il circolo vizioso tra isolamento e malattia, ed estensiva e orientata al monitoraggio proattivo per l'area Bitone, finalizzata a prevenire lo scivolamento nella non autosufficienza. La lettura integrata dei dati sanitari e sociali ha così fornito la base razionale per definire non solo dove intervenire, ma anche come farlo, legittimando l'introduzione di una figura professionale capace di muoversi flessibilmente tra questi diversi livelli di complessità.

CAPITOLO 4.

La risposta organizzativa: profilo e mandato dell'Agente Comunitario di Salute

La complessità del quadro emerso dall'analisi territoriale ha reso evidente l'insufficienza delle figure professionali tradizionali nel colmare il divario esistente tra i bisogni della popolazione anziana e l'offerta dei servizi istituzionali. In questo spazio vacante si inserisce la figura dell'Agente Comunitario di Salute, introdotta in via sperimentale non come semplice operatore aggiuntivo, ma come dispositivo di connessione sistemica. La sua genesi risponde alla necessità di presidiare l'ultimo miglio del welfare, ovvero quello che separa la porta di casa del cittadino dalla porta dei servizi, operando in quella zona grigia dove le necessità sociali e sanitarie si confondono e dove spesso si annidano le cause dell'inappropriatezza delle cure o dell'abbandono terapeutico.

Il profilo dell'Agente di Comunità delineato nella sperimentazione bolognese si caratterizza per la sua natura ibrida e per un mandato operativo fondato sulla proattività. A differenza dell'Assistente sociale che opera prevalentemente su attivazione dell'utente o su segnalazione formale e diversamente dall'Infermiere di comunità il cui agire è incardinato su prestazioni sanitarie specifiche, l'Agente ha il compito di "andare verso". La sua funzione primaria è l'aggancio relazionale da realizzarsi attraverso una presenza fisica e continuativa nei luoghi di vita delle persone, siano essi il domicilio, i centri aggregativi, le parrocchie o gli spazi pubblici del quartiere (es. Casa di Quartiere). Questo posizionamento di frontiera gli consente di intercettare i segnali deboli di disagio, quali una scarsa aderenza alle terapie farmacologiche evidenziata dai dati su Bitone e Cavedone, una difficoltà nella gestione domestica o un ritiro sociale incipiente, prima che questi evolvano in quadri patologici complessi o in urgenze sociali.

Sul piano operativo le funzioni dell'Agente si articolano su tre livelli d'intervento interconnessi. Il primo è quello del monitoraggio e dell'osservazione: grazie alla relazione di fiducia instaurata l'Agente è in grado di raccogliere informazioni preziose sullo stile di vita, sulla qualità dell'ambiente domestico e sulla presenza o assenza di reti familiari di supporto. Il secondo livello riguarda l'orientamento e l'accompagnamento leggero: di fronte alla frammentazione dell'offerta evidenziata nei capitoli precedenti l'Agente funge da bussola aiutando l'anziano a districarsi nella burocrazia, facilitando l'accesso alle prestazioni sanitarie come la prenotazione di visite o il ritiro di referti e promuovendo l'alfabetizzazione digitale necessaria per fruire dei servizi moderni. Il terzo livello, forse il più strategico in ottica di governance, è quello della connessione: l'Agente non trattiene il bisogno, ma lo decodifica e lo indirizza verso il nodo della rete più appropriato, attivando di volta in volta il Medico di Medicina Generale, il Servizio Sociale Territoriale o le risorse del Terzo settore e/o del volontariato.

L'introduzione di questa figura ha richiesto un attento lavoro di design organizzativo per evitarne l'isolamento o la sovrapposizione con ruoli esistenti. Nella sperimentazione condotta nel Quartiere Savena, l'Agente è stato inserito all'interno di un'équipe multiprofessionale operando in stretto raccordo con la futura Casa della Comunità e con i presidi sociali territoriali. La sua azione è guidata dai dati: le liste dei potenziali beneficiari non sono casuali, ma derivano dalla stratificazione del rischio analizzata in precedenza, permettendo di concentrare le risorse sulle situazioni di maggiore vulnerabilità come le donne anziane residenti nelle aree ERP del Cavedone o i grandi anziani politrattati del Bitone. In questo senso l'Agente diventa il braccio operativo di quella medicina d'iniziativa che senza una figura di prossimità capace di entrare nelle case e costruire relazioni rischierebbe di rimanere una mera enunciazione teorica.

Dal punto di vista della governance, l'Agente Comunitario di Salute rappresenta dunque l'anello mancante che trasforma la collaborazione interistituzionale in pratica quotidiana. La sua capacità di leggere il contesto e di riportare ai tavoli decisionali le istanze reali del territorio contribuisce a chiudere il cerchio della programmazione fornendo un feedback continuo dell'efficacia delle politiche messe in atto. Non si tratta solo di erogare un servizio, ma di costruire un'infrastruttura sociale resiliente dove la cura non è più un atto puntuale bensì un processo continuo e partecipato che vede nella comunità non solo l'oggetto dell'intervento ma il luogo stesso in cui si genera salute.

CAPITOLO 5.

Il processo di implementazione e le sfide operative: dalla teoria alla "cura della relazione"

L'introduzione della figura dell'Agente Comunitario di Salute nel tessuto vivo dei quartieri bolognesi non è stata un'operazione priva di attriti o resistenze. Passare dalla definizione teorica del modello, per quanto supportata da solide evidenze statistiche, alla sua applicazione pratica ha comportato il confronto con la complessità del reale. Una delle prime sfide operative è quella di pensare a come superare la prevedibile e naturale diffidenza della popolazione anziana spesso ripiegata su se stessa. L'epidemia della solitudine, come ben evidenziato dalla recente letteratura scientifica e da osservatori come la IBSA Foundation, genera infatti una sorta di fragilità collettiva che si manifesta anche come sfiducia verso l'esterno. L'anziano isolato, abituato a difendere il proprio spazio domestico come ultimo baluardo di identità, tende a percepire l'intrusione di un operatore sconosciuto non come un aiuto, ma come una minaccia alla propria autonomia o privacy.

Per scardinare questo meccanismo difensivo l'Agente di Salute dovrebbe operare una mediazione culturale fine. L'accesso al domicilio non avverrebbe a freddo, ma sarebbe mediato da figure ponte già riconosciute dall'anziano, quali l'Infermiere di comunità, l'Assistente Sociale o, laddove presente, il Medico di base. In questo senso la governance collaborativa descritta nei capitoli precedenti troverebbe la sua prova del nove: l'alleanza istituzionale non servirebbe soltanto a finanziare il progetto ma a conferire quella patente di fiducia necessaria per aprire le porte delle case.

Un'altra criticità significativa riguarderebbe il raccordo con la componente sanitaria *stricto sensu*.

Nonostante la volontà politica dell'Azienda USL, l'inserimento di una figura ibrida, non del tutto sanitaria, né del tutto sociale, potrebbe inizialmente disorientare alcuni professionisti. I Medici di Medicina Generale, già oberati da carichi burocratici crescenti, potrebbero faticare a riconoscere nell'Agente una risorsa per la gestione dei pazienti cronici, temendo piuttosto un aumento delle richieste improprie. Sarebbe pertanto necessario un intenso lavoro di manutenzione delle relazioni professionali per dimostrare, dati alla mano, che l'intervento dell'Agente ridurrebbe e non aumenterebbe il carico di lavoro del medico.

Intercettare precocemente un errore nell'assunzione dei farmaci o organizzare un trasporto sociale per una visita specialistica significherebbe infatti prevenire una crisi acuta che richiederebbe interventi medici d'urgenza ben più onerosi.

La formazione degli Agenti rappresenterebbe dunque un tassello cruciale. Non si tratterebbe di trasmettere nozioni su come misurare la pressione o orientarsi nel portale dei servizi comunali, ma di costruire competenze relazionali avanzate, quali la capacità di ascolto attivo, la gestione dei conflitti familiari e la resilienza emotiva di fronte a situazioni di

dolore e abbandono. L'Agente si troverebbe infatti a operare in quella terra di nessuno dove la solitudine può diventare patogena, aumentando il rischio di demenza, malattie cardiovascolari e depressione. Agire in questo contesto significherebbe farsi carico di una sofferenza che non trova un farmaco specifico come risposta, ma richiede quella che potremmo definire una terapia della presenza.

CAPITOLO 6.

Valutazione d'impatto, sostenibilità e conclusioni: verso un welfare di comunità strutturale

Giunti al termine di questa analisi è possibile trarre alcune conclusioni sistemiche che guardano al futuro delle politiche di welfare urbano. L'esperienza di "Bologna Serena per gli anziani" e la successiva istituzione sperimentale degli Agenti Comunitari di Salute dimostrano che è possibile invertire la rotta rispetto alla frammentazione dei servizi a patto di accettare la sfida della complessità. I primi risultati qualitativi e quantitativi raccolti nelle aree target confermano la validità dell'ipotesi iniziale secondo la quale laddove si attiva una presa in carico comunitaria e proattiva si osserva una riduzione del senso di isolamento percepito e un miglioramento nell'aderenza ai percorsi di cura.

Tuttavia il valore di questa esperienza trascende i numeri locali per assumere una rilevanza politica più ampia. Siamo di fronte alla necessità di riconoscere che la solitudine non è un incidente di percorso, ma un costo sociale insostenibile. Se, come affermano studi recenti, l'isolamento prolungato ha effetti sulla mortalità equiparabili a quelli del fumo o dell'obesità, investire in figure di prossimità non rappresenta una spesa assistenziale a fondo perduto, ma un investimento preventivo ad alto rendimento. Ogni ricovero evitato grazie al monitoraggio di un Agente di Salute e ogni accesso improprio al Pronto Soccorso scongiurato grazie al supporto nella gestione terapeutica, rappresentano un risparmio netto per il Sistema Sanitario Nazionale, liberando risorse che possono essere reinvestite per garantire la sostenibilità del sistema stesso.

La vera sfida per il futuro riguarda dunque la scalabilità e la stabilità del modello. Finita la fase sperimentale il Comune di Bologna e l'Azienda USL sono chiamati a trasformare l'Agente Comunitario da progetto pilota a livello essenziale delle prestazioni territoriali. Ciò richiede non solo risorse economiche strutturali, ma un ripensamento delle piante organiche e dei modelli contrattuali. Non è pensabile affidare una funzione così delicata e strategica al precariato. La professionalizzazione della cura di comunità è la strada obbligata per garantire equità e qualità dell'assistenza in una società che invecchia.

In conclusione, il caso studio analizzato ci insegna che la governance dell'innovazione sociale non si fa a tavolino, ma si costruisce nell'attraversamento dei confini tra istituzioni diverse, tra professioni diverse e tra pubblico e privato.

L'Agente Comunitario di Salute è la metafora vivente di questo attraversamento. Egli è il tessitore sociale che ricuce gli strappi di una comunità frammentata ricordandoci che in un'epoca di fragilità collettiva nessuno si salva da solo.

Il benessere di una città come Bologna non si misura solo dal PIL o dall'efficienza delle sue infrastrutture, ma dalla capacità di non lasciare indietro chi, nel silenzio delle proprie mura domestiche, rischia di diventare invisibile.

Ripensare il welfare a partire dalla solitudine significa in ultima analisi rifondare il patto di cittadinanza su basi di reciprocità e prossimità restituendo al termine salute il suo significato più pieno e umano.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI E DOCUMENTALI

Fonti Primarie e Documentazione Interna

La presente sezione raccoglie i documenti interni, le analisi statistiche e gli atti amministrativi che hanno costituito la base empirica per l'elaborazione del caso di studio "Bologna Serena".

-Comune di Bologna, Area Programmazione, Statistica e Presidio Sistemi di Controlli Interni (2024). *La fragilità individuale e disparità di genere nelle aree statistiche del comune di Bologna - Edizione 2024*. Documento di analisi statistica territoriale.

-Gruppo di Lavoro "Bologna Serena" / AUSL Bologna (2025). *Analisi dati sanitari aree oggetto del progetto Pilota «Agente di Salute»*. Report interno di monitoraggio epidemiologico (Luglio 2025).

-Gruppo di Lavoro "Bologna Serena" (2025). *Analisi aree statistiche per Agenti di Salute: focus su SMR (Standardized Mortality Ratio) e indicatori di cronicità*. Documento tecnico di stratificazione del rischio.

-Ministero della Salute (2022). *Decreto Ministeriale n. 77 del 23 maggio 2022*. "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale". Roma: Gazzetta Ufficiale.

Letteratura su Governance, Welfare e Lavoro di Comunità

Testi di riferimento teorico utilizzati per l'inquadramento dei concetti di governance multilivello, welfare di prossimità e innovazione sociale.

-Bifulco, L. (2015). *Il welfare locale: processi e pratiche*. Roma: Carocci Editore. (Analisi fondamentale sulle trasformazioni del welfare a livello territoriale).

-Polizzi, E. (2020). *Costruire comunità. La partecipazione dei cittadini nelle politiche pubbliche*. Milano: FrancoAngeli. (Riferimento per la parte relativa all'attivazione della cittadinanza e al ruolo del Terzo settore).

-Ranci, C., & Pavolini, E. (2015). *Le politiche di welfare*. Bologna: Il Mulino. (Manuale essenziale per l'analisi comparata delle politiche sociali).

-Tognetti Bordogna, M. (2014). *Il welfare di prossimità: esperienze e prospettive*. Milano: FrancoAngeli. (Specifico sul tema della vicinanza e della cura domiciliare).

Rapporti di Ricerca, Articoli e Sitografia

Pubblicazioni recenti focalizzate sulle nuove vulnerabilità, l'invecchiamento attivo e l'impatto della solitudine sulla salute pubblica.

-IBSA Foundation for Scientific Research (2023). *Epidemia della solitudine: una fragilità collettiva*. Disponibile online su ibsafoundation.org. (Fonte citata nel testo per la definizione della solitudine come emergenza sanitaria).

-ISTAT (2023). *Rapporto annuale 2023 - Focus sulle condizioni degli anziani e l'isolamento sociale*. Roma: ISTAT.

-Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) (2021). *Decade of Healthy Ageing: Baseline Report*. Geneva: World Health Organization.

-World Health Organization (2023). *Commission on Social Connection*. (Iniziativa globale che riconosce la solitudine come minaccia pressante per la salute).

Articoli e contributi da [Vita.it](https://www.vita.it):

- *Bello vivere a lungo! Ma... vivere come?*, Vita.it

Discute il ruolo di welfare di prossimità, reti sociali e politiche territoriali per una longevità attiva accessibile a tutti.

-*Incontrarsi, apprendere, fare e insegnare: arriva il Piano per l'invecchiamento attivo*, Vita.it
Approfondisce il concetto di invecchiamento attivo secondo l'OMS e le strategie di promozione di salute, partecipazione e sicurezza.