



GLOSSARIO E APPENDICE BIBLIOGRAFICA

A SUPPORTO DELLE RACCOMANDAZIONI ITALIANE SULLA PRESCRIZIONE SOCIALE E LE COMUNITÀ PROATTIVE



GLOSSARIO E APPENDICE BIBLIOGRAFICA

**a supporto delle *Raccomandazioni Italiani sulla
Prescrizione Sociale e le Comunità Proattive***

Release di lavoro per il Board Scientifico

11 marzo 2026

Nota: questo documento integra i testi originali prodotti dai ricercatori della Sapienza Università di Roma, nell'ambito del Progetto CSS "Comunità, Solitudini e Salute".

L'assemblaggio e le aggiunte editoriali sono a cura di A. Rossi Mori, con il supporto di Claude AI opus 4.6 (Anthropic), riguardano la formattazione in stili uniformi e le note redazionali tra parentesi quadre.

Gruppo di lavoro composto da: Laura Franceschetti (*coordinatore*), Annette Corraro, Marco Ingrosso, Giulia Lang, Francesco Mantia, Martina Nuti, Francesca Rossi.

Table of Contents

| | |
|--|-----------|
| INTRODUZIONE METODOLOGICA..... | 1 |
| 1. Genesi e finalità del glossario..... | 5 |
| 2. Metodologia di costruzione | 5 |
| 2.1 Fasi del processo lessicografico..... | 5 |
| 2.2 Criteri di selezione dei termini | 6 |
| 2.3 Processo di definizione | 6 |
| 3. Struttura del glossario..... | 7 |
| 3.1 I tre livelli gerarchici | 7 |
| 3.2 I gruppi tematici..... | 7 |
| 4. Gerarchia delle fonti | 8 |
| 4.1 Fonti di livello A (riferimento — priorità assoluta)..... | 8 |
| 4.2 Fonti di livello B (elaborazioni di progetto) | 8 |
| 4.3 Fonti bibliografiche esterne | 8 |
| 5. Convenzioni tipografiche e di formato..... | 9 |
| 5.1 Formato delle voci | 9 |
| 5.2 Segnalazione dell’origine delle definizioni | 9 |
| 5.3 Codici bibliografici..... | 9 |
| 5.4 Rimandi incrociati..... | 9 |
| 6. Avvertenze per il lettore | 9 |
| GLOSSARIO UNIFICATO, PARTE A, gruppi 1-4 | 11 |
| Introduzione..... | 11 |
| GRUPPO 1. DETERMINANTI, FONDAMENTI DELLA SALUTE E SOLITUDINE..... | 11 |
| 1.1 Benessere (6 voci)..... | 11 |
| 1.2 Programmazione/Determinanti (7 voci)..... | 12 |
| 1.3 One Health (2 voci) | 14 |
| 1.4 Coesione sociale (1 voce)..... | 15 |
| 1.5 Solitudine (2 voci + 3 sotto-voci) | 15 |
| GRUPPO 2. SERVIZI TERRITORIALI E PROSSIMITÀ..... | 16 |
| 2.1 Prossimità e strutture territoriali (14 voci)..... | 16 |
| 2.2 Accesso alle cure (2 voci) | 19 |
| 2.3 Presa in carico (2 voci) | 20 |
| 2.4 Continuità assistenziale (1 voce) | 20 |
| 2.5 Cure primarie (1 voce)..... | 21 |
| GRUPPO 3. RELAZIONI, CONNESSIONI E PARTECIPAZIONE..... | 21 |
| 3.1 Comunità e capitale sociale (7 voci) | 21 |
| 3.2 Empowerment delle comunità (2 voci) | 22 |

| | |
|---|-----------|
| 3.3 Inclusione (2 voci)..... | 23 |
| 3.4 Solitudine e isolamento (1 voce)..... | 23 |
| 3.5 Comunità di pratica (1 voce)..... | 24 |
| GRUPPO 4. EMPOWERMENT, ALFABETIZZAZIONE E PROMOZIONE DELLA SALUTE | 24 |
| 4.1 Empowerment e capacitazione (7 voci)..... | 24 |
| 4.2 Comunicazione (1 voce)..... | 26 |
| 4.3 Promozione della salute (1 voce)..... | 26 |
| 4.4 Presa in carico (1 voce)..... | 26 |
| Riepilogo quantitativo — Gruppi 1-4..... | 27 |
| Note metodologiche..... | 27 |
| GLOSSARIO UNIFICATO, PARTE B, gruppi 5-8 | 29 |
| GRUPPO 5. PROGRAMMAZIONE, VALUTAZIONE E INTEGRAZIONE DI SISTEMA | 29 |
| 5.1 – PROGRAMMAZIONE SANITARIA | 29 |
| 5.2 – CONTINUITÀ DELLE CURE | 30 |
| 5.3 – QUALITÀ E RISORSE | 31 |
| 5.4 – PRESA IN CARICO | 32 |
| 5.5 – SOSTENIBILITÀ ECONOMICA | 33 |
| 5.6 – PROFILI E CO-PROGETTAZIONE | 34 |
| 5.7 – MODELLI DI CURA INTEGRATA..... | 35 |
| GRUPPO 6. ATTORI E RETI SOCIALI | 36 |
| 6.1 – COMUNITÀ E ATTORI | 36 |
| 6.2 – FIGURE PROFESSIONALI | 38 |
| 6.3 – CONTINUITÀ E CONNESSIONE | 40 |
| 6.4 – CAREGIVER..... | 40 |
| 6.5 – SILVER ECONOMY..... | 41 |
| 6.6 – SEGRETARIATO SOCIALE..... | 41 |
| GRUPPO 7. STRATIFICAZIONE DEL RISCHIO E POPULATION HEALTH MANAGEMENT | 42 |
| 7.1 – MODELLI E CONCETTI FONDATIVI..... | 42 |
| 7.2 – STRUMENTI E ALGORITMI | 44 |
| 7.3 – DATI GRANULARI E SDOH..... | 45 |
| 7.4 – MODELLI REGIONALI ITALIANI | 46 |
| GRUPPO 8. SCREENING, VALUTAZIONE E SCALE CLINICHE | 47 |
| 8.1 – SCREENING SDOH | 47 |
| 8.2 – SCALE CLINICHE E FRAGILITÀ | 48 |
| 8.3 – PATIENT-REPORTED OUTCOMES (PROMs) E PATIENT-REPORTED EXPERIENCE MEASURES (PREMs) | 51 |
| INDICE DEI FILE INTERNI UTILIZZATI | 51 |

| | |
|--|-----------|
| GLOSSARIO UNIFICATO, PARTE C, gruppi 9, 10, 11 e riepilogo strutturale..... | 53 |
| 9. Tecnologie digitali, standard e sistemi informativi..... | 53 |
| 9.1. Telemedicina e servizi a distanza | 53 |
| 9.2. Intelligenza artificiale ed estrazione dati | 54 |
| 9.3. Standard terminologici e interoperabilità | 55 |
| 9.4. Piattaforme e modelli informativi..... | 56 |
| 9.5. Fonti dati e sistemi informativi nazionali | 57 |
| 10. Modelli internazionali di integrated care | 58 |
| 10.1. Modelli con schede strutturate (SSC-01)..... | 58 |
| 10.2. Modelli da implementazione a più livelli..... | 60 |
| 10.3. Framework di valutazione e maturity..... | 61 |
| 11. Governance, programmazione operativa e strumenti..... | 61 |
| 11.1. Governance e approcci strategici | 61 |
| 11.2. Strumenti operativi di programmazione e coordinamento | 62 |
| 11.3. Modelli di finanziamento e territorio..... | 63 |
| Riepilogo quantitativo dei tre gruppi..... | 64 |
| Cross-reference per termini che attraversano più gruppi..... | 64 |
| Note di navigazione intra-glossario..... | 66 |
| Fonti citate nel capitolo | 66 |
| APPENDICE BIBLIOGRAFICA | 67 |
| 1. Introduzione all'appendice bibliografica..... | 67 |
| 2. N — Normativa e atti ufficiali | 67 |
| 2.1 Legislazione nazionale | 67 |
| 2.2 Legislazione regionale..... | 68 |
| 2.3 Legislazione e regolamenti europei..... | 68 |
| 2.4 Programmazione nazionale | 68 |
| 3. G — Linee guida e documenti istituzionali | 69 |
| 3.1 Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO/OMS) | 69 |
| 3.2 WHO — Life Course e invecchiamento attivo | 70 |
| 3.3 Agenzie e istituzioni italiane..... | 70 |
| 3.4 Istituzioni europee e progetti | 71 |
| 3.5 Ministeri e programmazione sanitaria nazionale..... | 71 |
| 4. S — Consenso e posizioni di società scientifiche..... | 71 |
| 6. R — Ricerca peer-reviewed..... | 72 |
| 6.1 Fondamenti teorici e determinanti della salute..... | 72 |
| 6.2 Capitale sociale, reti e connessione | 73 |
| 6.3 Sistemi sanitari territoriali e organizzazione..... | 73 |

| | | |
|--------------|--|-----------|
| 6.4 | Qualità, efficacia, modelli di cura | 74 |
| 6.5 | Salute comunitaria e promozione | 75 |
| 6.6 | Stratificazione del rischio e dati sanitari | 75 |
| 6.7 | Scale cliniche e strumenti di misurazione | 76 |
| 7. P | — Rapporti e buone pratiche..... | 76 |
| 7.1 | Promozione della salute e benessere..... | 76 |
| 7.2 | Organizzazione territoriale e servizi..... | 77 |
| 7.3 | Lavoro di comunità e partecipazione | 77 |
| 7.4 | Figure professionali e ruoli | 78 |
| 7.5 | Programmazione, valutazione e performance | 79 |
| 7.6 | Stratificazione del rischio e modelli operativi | 79 |
| 7.7 | Scale e strumenti — documentazione operativa..... | 80 |
| 8. T | — Strumenti e toolkit operativi | 80 |
| 8.1 | Classificazioni e standard internazionali | 81 |
| 8.2 | Scale di valutazione clinica | 81 |
| 8.3 | Framework operativi e piattaforme | 81 |
| 8.4 | Risorse digitali e piattaforme informative | 82 |
| 9. GL | — Glossari di lavoro del progetto CSS | 83 |
| 10. | Riepilogo dell'appendice bibliografica, per categoria | 83 |

INTRODUZIONE METODOLOGICA

1. Genesi e finalità del glossario

Il glossario CSS nasce dalla consapevolezza che il lavoro interdisciplinare sulla salute di comunità, sulla prevenzione della solitudine e sulla promozione del benessere relazionale richiede un linguaggio condiviso. Le professioni sanitarie, i servizi sociali, il terzo settore, la ricerca accademica e le istituzioni politiche utilizzano spesso gli stessi termini con significati diversi, oppure termini diversi per indicare concetti analoghi. Questa ambiguità terminologica ostacola la comunicazione tra gli attori della rete di prossimità, rallenta la co-progettazione dei servizi e genera incomprensioni nell'applicazione delle politiche pubbliche. Il glossario CSS si propone di ridurre questa ambiguità offrendo definizioni condivise, fondate su fonti autorevoli e organizzate in una struttura navigabile.

Il progetto lessicografico ha avuto inizio nel dicembre 2025, quando un gruppo di esperti del progetto “Comunità, Solitudini e Salute” ha proposto una prima raccolta di termini rilevanti per il glossario condiviso su comunità e salute. Hanno contribuito diversi revisori — tra cui Lang, Acquadro, Mantia, Ingrosso — ciascuno con annotazioni, commenti e suggerimenti sulla selezione e sulla priorità dei termini. Questa fase iniziale ha prodotto quindici documenti fondativi (codificati GL01-GL15), che costituiscono il nucleo originario del progetto e la fonte di massima autorevolezza per le definizioni.

A partire da questa base, il glossario è stato progressivamente ampliato attraverso quindici sessioni di lavoro collaborative, nelle quali sono state integrate voci provenienti da fonti istituzionali (WHO, AGENAS, ISS, ISTAT), da glossari di riferimento (Petrazzuoli, Sanità 24 Ore), da documenti di progetto (rapporti su modelli e strumenti, schede Kaiser-Hofdijk, ebook di implementazione ai livelli macro, meso e micro) e dalla letteratura scientifica internazionale. Il risultato è un glossario unificato che raccoglie 187 voci principali e 9 sotto-voci formali, organizzate in 11 gruppi tematici e un gruppo trasversale.

La finalità del glossario è triplice. In primo luogo, esso serve come strumento di consenso terminologico per il gruppo di lavoro CSS, garantendo che tutti i partecipanti condividano lo stesso significato dei termini chiave. In secondo luogo, costituisce una componente editoriale del progetto, destinata a essere pubblicata come appendice dell'ebook CSS o come documento autonomo. In terzo luogo, rappresenta un contributo alla cultura lessicografica della sanità territoriale italiana, in un momento in cui la riforma del DM 77/2022 e il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza stanno ridisegnando il vocabolario dei servizi di prossimità.

2. Metodologia di costruzione

2.1 Fasi del processo lessicografico

La costruzione del glossario ha attraversato cinque fasi distinte, ciascuna documentata nel file di storia e roadmap (disponibile a richiesta, GLS-44):

La prima fase, il censimento e il raggruppamento iniziale (sessioni 1-3, dicembre 2025), ha prodotto la raccolta di circa 150 voci estratte dal foglio di lavoro iniziale (GL11/GCS01) e la loro organizzazione in sei macrogruppi tematici. In questa fase sono state scritte le prime definizioni estese, distribuite in cinque file progressivi (GLS-10 a GLS-14) che coprono l'intero spettro dei gruppi originari. Sono state inoltre proposte 14 voci di completamento (GLS-15) e 39 voci aggiuntive su temi specifici come telemedicina, indicatori di solitudine e silver economy (GLS-16 e GLS-17).

La seconda fase, dedicata all'approfondimento e all'integrazione (sessioni 4-7, dicembre 2025), ha prodotto monografie tematiche sui tipi di solitudine (GLS-21) e sui bisogni del long-term care (GLS-22), mappature delle figure professionali e comunitarie (GLS-20, GLS-23, GLS-24b/c), la catalogazione dei fattori di vulnerabilità (GLS-27) e un primo glossario integrato con 140 voci orientate alla prescrizione sociale (GLS-29).

La terza fase, di ampliamento sistematico (sessioni 8-10, febbraio 2026), ha aggiunto 72 voci nuove (GLS-33) estratte dai documenti di implementazione del progetto CSS (rapporti su modelli e strumenti, ebook ai livelli macro, meso e micro, schede Kaiser-Hofdijk). Questo ampliamento ha reso necessaria l'espansione della tassonomia da 6 a 11 gruppi tematici.

La quarta fase, di unificazione e ricerca bibliografica (sessioni 11-14, febbraio 2026), ha prodotto il glossario unificato a tre livelli (GLS-40 a/b/c), la ricerca sistematica delle fonti bibliografiche (GLS-42 a/b, con il supporto di Google Gemini per una ricognizione preliminare e di Claude per il completamento e la verifica), e il completamento delle definizioni mancanti e delle sotto-voci formali.

La quinta fase, di consolidamento bibliografico (sessione 15, febbraio 2026), ha prodotto l'appendice bibliografica classificata (GLS-40-d a/b) con 359 fonti uniche de-duplicate e classificate in sette categorie, e ha aggiornato tutte le 191 voci del glossario con i nuovi codici bibliografici.

2.2 Criteri di selezione dei termini

La selezione dei termini ha seguito cinque criteri complementari, applicati in modo cumulativo piuttosto che alternativo:

Il criterio di rilevanza per il progetto CSS richiede che ogni termine sia direttamente pertinente ai temi del progetto: salute di comunità, prevenzione della solitudine, promozione del benessere relazionale, prescrizione sociale, organizzazione dei servizi territoriali, tecnologie per la salute e determinanti sociali della salute. I termini puramente clinici o iperspecialistici che non hanno una connessione diretta con l'azione comunitaria sono stati esclusi.

Il criterio di trasversalità richiede che il termine sia utilizzato da almeno due delle categorie professionali coinvolte nel progetto (operatori sanitari, operatori sociali, terzo settore, decisori politici, ricercatori), in modo da giustificare l'inclusione in un glossario condiviso e interdisciplinare piuttosto che in un glossario settoriale.

Il criterio di ambiguità terminologica dà priorità ai termini il cui significato varia significativamente a seconda del contesto d'uso o della disciplina di riferimento. Per esempio, "prossimità" ha un significato diverso in geografia sanitaria, in sociologia delle relazioni e nella programmazione del DM 77/2022; "empowerment" ha accezioni individuali, organizzative e comunitarie che possono generare confusione se non esplicitate.

Il criterio di novità normativa o concettuale dà priorità ai termini introdotti o ridefiniti da riforme recenti (DM 77/2022, Codice del Terzo Settore, Piano Nazionale della Cronicità, Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza), da nuovi framework internazionali (WHO Commission on Social Connection, ICOPE, SCIROCCO) o da innovazioni tecnologiche (telemedicina, stratificazione algoritmica, EHDS).

Il criterio di operatività richiede che il termine abbia un uso concreto nella programmazione, nell'erogazione o nella valutazione dei servizi di salute di comunità, in modo che il glossario sia utilizzabile non solo come riferimento culturale ma anche come strumento di lavoro.

2.3 Processo di definizione

Ogni definizione del glossario è stata costruita attraverso un processo in tre passaggi. Il primo passaggio consiste nel reperimento delle fonti: per ogni termine sono state cercate le definizioni nelle fonti di livello A (glossari degli esperti GL01-GL15, documenti istituzionali WHO/AGENAS/ISS, glossari di riferimento come Petrazzuoli e Sanità 24 Ore) e nella letteratura scientifica internazionale. Il secondo passaggio consiste nella stesura della definizione: quando una fonte autorevole fornisce una definizione chiara e completa, essa è stata adottata con eventuali adattamenti minimi di stile; quando nessuna fonte singola è sufficiente, la definizione è stata composta integrando più fonti e segnalando la natura composita. Il terzo passaggio consiste nella verifica: ogni definizione è stata confrontata sistematicamente con le fonti di livello A per verificare la coerenza, e le eventuali divergenze sono state segnalate.

3. Struttura del glossario

3.1 I tre livelli gerarchici

Il glossario è organizzato su tre livelli gerarchici che consentono una lettura sia sequenziale sia mirata.

Il primo livello è costituito dai gruppi tematici, che rappresentano le grandi aree concettuali del progetto CSS. I gruppi sono numerati da 1 a 11, più un gruppo trasversale. Ogni gruppo corrisponde a un dominio coerente di significato: dai determinanti e fondamenti della salute (Gruppo 1) ai modelli internazionali e framework di implementazione (Gruppo 11).

Il secondo livello è costituito dai sottogruppi, che suddividono ciascun gruppo in sotto-aree più specifiche. Per esempio, il Gruppo 1 (“Determinanti, fondamenti della salute e solitudine”) comprende i sottogruppi: 1.1 Benessere, 1.2 Programmazione/Determinanti, 1.3 Fragilità, 1.4 Disabilità e disuguaglianza, 1.5 Solitudine, 1.6 Ambiente e salute, 1.7 Coesione sociale. I sottogruppi facilitano la navigazione tematica e rendono esplicite le relazioni tra termini affini.

Il terzo livello è costituito dalle singole voci, ciascuna identificata da un numero progressivo globale (da 1 a 187), dal lemma in italiano, dal termine inglese corrispondente (quando applicabile), dalla riga delle fonti bibliografiche con codici che rimandano all’appendice (GLS-40-d), dall’indicazione del gruppo e sottogruppo primario, dai rimandi ad altre voci correlate, e dalla definizione discorsiva.

A questi tre livelli si aggiungono le sotto-voci formali, introdotte nella sessione 14 per dare visibilità a concetti che erano originariamente trattati all’interno di una voce madre ma che meritano una definizione autonoma. Le sotto-voci sono identificate da un numero composto (ad esempio 12a, 17a, 17b, 17c, 161a, 161b, 161c) e mantengono il legame gerarchico con la voce madre attraverso l’intestazione “Sotto-voce di:”. Il glossario contiene attualmente 9 sotto-voci formali.

3.2 I gruppi tematici

I gruppi tematici sono i seguenti, con indicazione del numero di voci (incluse le sotto-voci) contenute in ciascuno:

Il Gruppo 1 (Determinanti, fondamenti della salute e solitudine) raccoglie 18 voci principali e 6 sotto-voci, e copre i concetti fondativi: benessere, cronicità, determinanti sociali, fragilità, disabilità, solitudine, ambiente e salute, coesione sociale. È il gruppo più articolato perché stabilisce il quadro concettuale di partenza per l’intero progetto.

Il Gruppo 2 (Servizi territoriali e prossimità) raccoglie 20 voci e copre l’organizzazione dei servizi: ADI, casa della comunità, COT, medico di medicina generale, primary health care, distretto, territorio, telemedicina, continuità assistenziale, punto unico di accesso.

Il Gruppo 3 (Relazioni, connessioni e partecipazione) raccoglie 13 voci e copre la dimensione relazionale: capitale sociale, reti informali, lavoro di comunità, connessione sociale, prescrizione sociale, fiducia sociale, governance, sviluppo di comunità, comunità di pratica.

Il Gruppo 4 (Empowerment, alfabetizzazione e promozione della salute) raccoglie 12 voci e copre le capacità individuali e collettive: alfabetizzazione alla salute, empowerment, educazione alla salute, life skills, lifelong learning, comunicazione per la salute, promozione della salute, prevenzione, medicina narrativa, stili di vita.

Il Gruppo 5 (Programmazione, pianificazione e governance sanitaria) raccoglie 21 voci e copre la dimensione organizzativa e gestionale: programmazione sanitaria, LEA, sistema informativo, investimenti in salute, valutazione della performance, integrazione sociosanitaria, long-term care, efficacia, efficienza, appropriatezza, case management, VMD, PAI, bilancio sociale, costi sociali, modelli Donabedian, CCM, ECCM, co-progettazione.

Il Gruppo 6 (Attori, ruoli e reti sociali) raccoglie 22 voci e copre le figure professionali e comunitarie: comunità online, comunità proattiva, comunità territoriale, community capacity building, partecipazione comunitaria, supporto comunitario, terzo settore, disability manager, community connectors, case manager, infermiere di famiglia e comunità, peer educator, peer support, operatore socio-sanitario, paziente esperto, caregiver familiare, silver economy, segretariato sociale, équipe multiprofessionale, infermiere case manager, care manager, capitation.

Il Gruppo 7 (Stratificazione del rischio e population health management) raccoglie 17 voci e copre i modelli e gli strumenti di stratificazione: piramide Kaiser, PHM, Patient Need Classification, ACG System, modello 2D-6P, stratificazione algoritmica, PsRS, flussi amministrativi, indice composito di rischio, valore predittivo positivo, dati granulari, SDOH nella stratificazione, Risk-ER, Sistema SOLE, DEMETRA, budget di salute.

Il Gruppo 8 (Screening, valutazione e strumenti di misura) raccoglie 15 voci e 3 sotto-voci e copre gli strumenti clinici e sociali: EveryONE, 10-item SDOH screening tool, YCLS, Thrive Local, SDoH Wheel, Rockwood Frailty Index, GALI, Zarit Burden Interview, Mini-Cog, MoCA, EQ-5D, PHQ-9/GAD-7, UCLA Loneliness Scale (con le sotto-voci De Jong Gierveld, LSNS e T-ILS), PROMs, PREM.s.

Il Gruppo 9 (Telemedicina e tecnologie digitali) raccoglie le voci specifiche sulle prestazioni di telemedicina definite dalla Piattaforma Nazionale di Telemedicina: televisita, teleconsulto, teleassistenza, telemonitoraggio, telecontrollo.

Il Gruppo 10 (Fattori di vulnerabilità) raccoglie le voci sui fattori di rischio organizzati per dominio: biologico, psicologico, sociale, ambientale, economico, relazionale, nonché il digital social prescribing e il DMIC.

Il Gruppo 11 (Modelli internazionali e framework) raccoglie i framework di riferimento: EHDS, interoperabilità semantica, SCIROCCO Maturity Model, PASSI, e altri standard internazionali.

4. Gerarchia delle fonti

4.1 Fonti di livello A (riferimento — priorità assoluta)

Le fonti di livello A costituiscono il patrimonio documentale fondante del progetto. Comprendono i quindici glossari di lavoro del gruppo CSS (codificati GL01-GL15), che includono le proposte originali dei termini, le revisioni degli esperti (Lang, Acquadro, Mantia, Ingrosso), le note sui glossari SIQUAS 2012, il foglio di lavoro iniziale con la selezione delle parole candidate, e le linee guida per la compilazione. Quando una definizione del glossario unificato è coerente con il contenuto delle fonti GL, essa viene presentata senza parentesi quadre e con l'indicazione del codice GL nella riga delle fonti.

4.2 Fonti di livello B (elaborazioni di progetto)

Le fonti di livello B comprendono le elaborazioni intermedie prodotte dal progetto CSS nelle diverse sessioni di lavoro: i file GLS-09 a GLS-17 (censimenti, definizioni progressive, proposte di completamento), i file GLS-20 a GLS-29 (approfondimenti su figure, solitudine, bisogni, vulnerabilità, glossario integrato), i file GLS-33 (72 voci nuove da fonti ebook e rapporti) e i documenti di progetto SSC-01, CSS-12 e i quattro ebook di implementazione. Queste fonti hanno un valore documentale ma devono essere verificate caso per caso; le definizioni che provengono esclusivamente da elaborazioni di livello B senza riscontro in fonti A sono segnalate tipograficamente.

4.3 Fonti bibliografiche esterne

Le fonti bibliografiche esterne sono classificate in sei categorie, ciascuna identificata da una lettera e da un numero progressivo che rimandano all'appendice bibliografica (GLS-40-d):

Le fonti normative (codice N) comprendono 19 atti tra leggi, decreti legislativi, decreti ministeriali, accordi Stato-Regioni, delibere regionali e regolamenti europei. Le fonti istituzionali (codice G) comprendono 51 documenti di indirizzo pubblicati da WHO, AGENAS, ISS, ISTAT, ministeri e commissioni europee. Le posizioni di società scientifiche (codice S) comprendono 11 documenti tra position statement, standard professionali e raccomandazioni. La ricerca peer-reviewed (codice R) comprende 97 articoli scientifici, revisioni sistematiche, meta-analisi e monografie accademiche. I rapporti e la grey literature qualificata (codice P) comprendono 111 fonti tra report istituzionali, documenti di think tank, esperienze regionali e materiali formativi. Gli strumenti e toolkit (codice T) comprendono 55 fonti tra scale validate, classificazioni internazionali, piattaforme digitali e framework applicativi.

5. Convenzioni tipografiche e di formato

5.1 Formato delle voci

Ogni voce del glossario segue uno schema uniforme che comprende sei elementi. Il lemma in italiano è presentato in grassetto come intestazione di terzo livello, seguito dal termine inglese corrispondente separato da una barra verticale. La riga delle fonti bibliografiche riporta i codici che rimandano all'appendice GLS-40-d (ad esempio [G10, R02, GL02]), seguiti dopo un separatore verticale dall'indicazione della provenienza interna (i codici originali dei file di progetto da cui il termine è stato inizialmente catalogato). La riga del gruppo primario indica il sottogruppo di appartenenza e i rimandi ad altre voci correlate. La definizione discorsiva ha una lunghezza compresa tra 80 e 200 parole, con un tono enciclopedico e informativo. Le sotto-voci aggiungono un'intestazione "Sotto-voce di:" che indica la voce madre e una riga "Fonte:" con il riferimento bibliografico specifico.

5.2 Segnalazione dell'origine delle definizioni

Il glossario utilizza tre convenzioni tipografiche per rendere trasparente l'origine di ogni definizione.

Una definizione presentata senza parentesi quadre indica che il contenuto proviene da o è coerente con una fonte di livello A (glossari degli esperti, fonti istituzionali o letteratura autorevole citata nell'appendice). Il codice-fonte nella riga bibliografica indica la provenienza specifica.

Una definizione racchiusa tra parentesi quadre [come questa] indica che si tratta di una definizione elaborata dal progetto CSS, non presente nelle fonti di livello A. Le definizioni proprie del progetto sono attualmente sette: voce 5 (Good Life / Teorie della buona vita), voce 41 (Civic Engagement / Impegno civico), voce 57 (Life skills), voce 58 (Lifelong Learning), voce 142 (Dati granulari), voce 144 (SDOH nella stratificazione del rischio) e voce 148 (Budget di Salute). Queste definizioni sono state formulate sulla base della letteratura disponibile ma non hanno un riscontro diretto in una fonte GL.

Una nota racchiusa in parentesi quadre con corsivo [*come questa*] segnala un problema, un dubbio o una scelta non ovvia nella definizione, con eventuale citazione di una fonte autorevole a supporto della scelta adottata.

5.3 Codici bibliografici

Ogni fonte citata nel glossario è identificata da un codice composto da una lettera maiuscola (che indica la categoria) e da un numero progressivo (che indica la posizione nella lista della rispettiva categoria all'interno dell'appendice GLS-40-d). I codici sono elencati nella riga "Fonti:" di ogni voce e consentono al lettore di risalire alla citazione completa consultando l'appendice bibliografica. I codici delle sette categorie sono: N (normativa), G (linee guida istituzionali), S (società scientifiche), R (ricerca peer-reviewed), P (rapporti e grey literature), T (strumenti e toolkit), GL (glossari di lavoro del progetto).

5.4 Rimandi incrociati

Ogni voce può contenere rimandi ad altre voci correlate, indicati nella riga "Rimandi:" con il numero del sottogruppo di destinazione (ad esempio "3.1 comunità, 5.6 co-produzione"). I rimandi facilitano la navigazione tematica e rendono esplicite le relazioni concettuali tra i termini. Non sono stati utilizzati rimandi diretti al numero della voce per evitare fragilità in caso di rinumerazione.

6. Avvertenze per il lettore

Il glossario CSS è un documento di lavoro in evoluzione, non uno standard normativo. Le definizioni proposte rappresentano il consenso del gruppo di lavoro al momento della pubblicazione e possono essere aggiornate alla luce di nuove evidenze, nuovi documenti istituzionali o decisioni del gruppo stesso.

La classificazione in 11 gruppi tematici è stata adottata per ragioni di navigabilità e non implica una gerarchia di importanza tra le aree. Molti termini sono intrinsecamente trasversali e potrebbero essere collocati in più di un gruppo; la scelta del gruppo primario riflette l'uso prevalente nel contesto del progetto CSS, mentre i rimandi incrociati segnalano le connessioni con altri gruppi.

Le fonti bibliografiche citate non pretendono di essere esaustive: per ogni termine sono state selezionate da 2 a 4 fonti ritenute le più autorevoli e rappresentative, privilegiando le fonti istituzionali (WHO, AGENAS, ISS) e la ricerca peer-reviewed rispetto alla grey literature. Le 359 fonti complessive coprono un arco temporale che va dagli anni '70 (Weiss 1973 sulla solitudine, Berkman-Syme 1979 sulle reti sociali, Donabedian 1966 sulla qualità) fino al 2026, con una concentrazione significativa nel periodo 2020-2026 che riflette la rapida evoluzione del campo dopo la pandemia di COVID-19 e le riforme del PNRR.

Il lettore è invitato a utilizzare il glossario come punto di partenza per l'approfondimento, consultando le fonti citate per una comprensione più completa dei singoli concetti, e a segnalare eventuali imprecisioni, lacune o proposte di integrazione al gruppo di lavoro CSS.

Introduzione

Questo capitolo costituisce la parte A (GLS-40-a) di un glossario unificato a tre livelli gerarchici che organizza tutte le voci del progetto CSS in una struttura coerente. Copre i Gruppi 1-4 (circa 80-100 termini):

1. Determinanti, fondamenti della salute e solitudine
2. Servizi territoriali e prossimità
3. Relazioni, connessioni e partecipazione
4. Empowerment, alfabetizzazione e promozione della salute

Per ogni termine è indicato: il lemma, il termine inglese (dove applicabile), le fonti storiche di provenienza (codici file), il gruppo e sottogruppo di appartenenza primaria, eventuali rimandi ad altri termini, e la definizione integrale.

GRUPPO 1. DETERMINANTI, FONDAMENTI DELLA SALUTE E SOLITUDINE

1.1 Benessere (6 voci)

1. Benessere | Well-being

Fonti: [G31, G32, R1] | *Provenienza*: GL11 Gruppo primario: 1.1 | Rimandi: 1.2, 1.3 (ambiente), 1.5 (solitudine)

Stato positivo della persona e della collettività, caratterizzato dalla percezione soggettiva di soddisfazione dei propri bisogni fisici, psicologici e sociali, dalla capacità di contribuire alla vita comunitaria con senso di scopo, e dalla disponibilità di risorse adeguate per affrontare le sfide quotidiane. Si distingue dalla mera assenza di malattia in quanto include dimensioni relazionali, ambientali e di realizzazione personale.

2. Benessere digitale | Digital Well-being

Fonti: [P1, T1] | *Provenienza*: GL11 Gruppo primario: 1.1 | Rimandi: 3.1 (comunità online)

Condizione di equilibrio nell'uso delle tecnologie digitali, caratterizzata dalla capacità dell'individuo di gestire consapevolmente il tempo trascorso online, di proteggere la propria privacy, di distinguere informazioni affidabili da quelle fuorvianti, e di utilizzare gli strumenti digitali come risorsa per la salute e le relazioni sociali anziché come fonte di stress, dipendenza o isolamento.

3. Benessere relazionale (Social health) | Social Health

Fonti: [S11, G11, P2] | *Provenienza*: GL11 Gruppo primario: 1.1 | Rimandi: 3.1 (capitale sociale), 3.4 (isolamento)

Dimensione della salute riferita alla qualità e alla soddisfazione delle relazioni interpersonali, alla capacità di instaurare e mantenere legami significativi, e al senso di appartenenza a una comunità. Si distingue dal benessere fisico e psicologico in quanto dipende primariamente dalla rete sociale dell'individuo e dalla reciprocità degli scambi affettivi e di supporto.



MORE INFO:

[HTTPS://DISSE.WEB.UNIROMA1.IT/IT/CONVEGNO-PRESENTAZIONE-RACCOMANDAZIONI](https://disse.web.uniroma1.it/it/convegno-presentazione-raccomandazioni)