



## IL PERCORSO DEL NETWORK COMUNITÀ, SOLITUDINI E SALUTE

<b>Genesi e motivazioni del Network CSS</b> .....	1
<b>Il metodo di lavoro: dal confronto collegiale alle raccomandazioni</b> .....	2
I tavoli tematici e il comitato scientifico .....	2
Il ciclo delle raccomandazioni: dalle 177 alle 20 .....	10
La logica dei quattro livelli istituzionali .....	10
<b>Dove siamo oggi e dove vogliamo arrivare</b> .....	11
Le radici: la Raccomandazione SIQuAS 2012 .....	11
Il nuovo contesto normativo e istituzionale .....	11
Lo stato attuale e la roadmap .....	12

### Genesi e motivazioni del Network CSS

La solitudine è diventata, nell'arco di un decennio, uno dei temi più studiati e meno affrontati della sanità pubblica contemporanea. La letteratura epidemiologica ha accumulato evidenze convergenti: la disconnessione sociale aumenta il rischio di mortalità in misura comparabile ai principali fattori di rischio tradizionali, con un incremento del 29% del rischio coronarico e del 32% del rischio di ictus nelle persone socialmente isolate.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità, nel suo rapporto del 2025 sulla disconnessione sociale, ha definito la solitudine una "minaccia urgente per la salute pubblica" che attraversa tutte le fasce d'età, tutte le geografie e tutte le condizioni socioeconomiche.

In Italia, il fenomeno assume dimensioni particolari. L'indice di vecchiaia — il rapporto tra popolazione sopra i 65 anni e popolazione sotto i 15 — è pari al 157,7%, il secondo più alto d'Europa dopo la Germania. Circa 4,1 milioni di anziani vivono soli, e il dato è in crescita strutturale. Ma la solitudine non riguarda solo gli anziani: la pandemia da COVID-19 ha reso visibile una fragilità relazionale diffusa che tocca i giovani, le famiglie monoparentali, le persone con disabilità, i caregiver, i migranti e chiunque si trovi al di fuori delle reti di protezione tradizionali.

Il Network “Comunità, solitudini e salute” nasce in questo contesto, all’intersezione tra due traiettorie convergenti. La prima è la traiettoria scientifica: la maturazione delle evidenze sulla solitudine come determinante di salute e l’emergere del social prescribing come modello operativo per connettere i servizi sanitari con le risorse comunitarie. La seconda è la traiettoria istituzionale: la riforma dell’assistenza territoriale avviata con il DM 77/2022, il PNRR Missione 6 e il DDL 1825, che avrebbero dovuto creare le condizioni normative e finanziarie per ripensare l’organizzazione dei servizi di prossimità in base alla “vision” del PNRR stesso e in particolare della M6.

Il progetto trae le sue radici anche nella Raccomandazione SIQuAS-VRQ del 2012 “La qualità nell’integrazione tra sociale e sanitario”, (Franco Angeli Editore) un documento che aveva già identificato i nodi critici dell’integrazione sociosanitaria in Italia: la frammentazione dei servizi, la separazione tra programmazione sanitaria e sociale, l’assenza di strumenti condivisi di valutazione multidimensionale, la debolezza della cultura della valutazione.

Quattordici anni dopo, molti di quei nodi restano irrisolti, ma il contesto è profondamente cambiato: il DM 77 ha ridisegnato l’architettura territoriale, il PNRR ha messo a disposizione risorse straordinarie, e la società civile ha sviluppato una capacità di auto-organizzazione — dai patti di comunità al volontariato strutturato — che nel 2012 era appena agli inizi.

Il Network CSS ha raccolto l’eredità del lavoro precedente e l’ha proiettata in avanti, coinvolgendo progressivamente un panel ampio e diversificato di partecipanti: clinici, epidemiologi, sociologi, esperti di organizzazione sanitaria, rappresentanti del Terzo Settore, amministratori locali, giovani ricercatori universitari. La partnership ha incluso collaborazioni con l’Ufficio Europeo dell’OMS a Venezia, WONCA, Alleanza per la Riforma delle Cure Primarie, APRIRE, ASQUAS, CARD, Cittadinanzattiva, FIASO, Federsanità ANCI, l’Istituto Mario Negri e l’Università “Sapienza” di Roma, tra gli altri.

L’obiettivo non era produrre un altro documento accademico sulla solitudine, ma costruire uno strumento operativo: un insieme di raccomandazioni sufficientemente specifiche da poter essere tradotte in azioni territoriali, sufficientemente flessibili da poter essere adattate ai diversi contesti locali, e sufficientemente fondate da poter resistere al confronto con le evidenze scientifiche e con la realtà dei servizi.

---

## Il metodo di lavoro: dal confronto collegiale alle raccomandazioni

Il percorso di lavoro del Network CSS si è sviluppato tra il 2024 e il 2026 attraverso un metodo partecipato che ha combinato analisi della letteratura, raccolta di esperienze dal territorio, confronto strutturato tra esperti e revisione iterativa dei documenti.

### I tavoli tematici e il comitato scientifico

Il lavoro si è organizzato intorno a cinque tavoli tematici, ciascuno dedicato a un’area specifica:

- One health;
- Comunità proattive solitudini, fragilità, cronicità e diseguaglianze di salute;
- Integrazione tra sanità e sociale e inclusione sociale;
- Comunità proattive, modelli di community care e social prescribing, competenze professionali;
- Digitalizzazione.

I tavoli hanno operato in modo parallelo e interconnesso, alimentandosi reciprocamente e convergendo periodicamente in sessioni plenarie. Un Comitato Scientifico ha garantito la coerenza complessiva del lavoro e la qualità metodologica dei documenti prodotti.

Al Comitato Scientifico hanno partecipato:

Ente/Associazione	Nominativo
WHO Europa	Cristina Brown
WHO Europa	Luigi Bertinato
WONCA Europa	Ferdinando Petrazzuoli
DISSE Univ. "Sapienza"	Laura Franceschetti
Università di Genève, CH	Bernardino Fantini
ASQUAS - Master MIAS	Giorgio Banchieri
ASQUAS	Silvia Scelsi
ASQUAS	Andrea Vannucci
ASQUAS	Silvia Boni
APRIRE	Fulvio Lonati
Cittadinanzattiva	Francesca Moccia
AUSL Bologna	Monica Minelli
Regione Emilia Romagna	Vanessa Vivoli
Centro Studi CARD Italia	Antonino Trimarchi
Centro Studi CARD Italia	Luciano Pletti
Slow Medicine	Sandra Venero
Istituto "Mario Negri" MI	Alessandro Nobili
Istituto "Mario Negri" MI	Alberto Parabiaghi
ASL Roma 2, Distretto 3	Massimo Bonforti
Federsanità ANCI, Asl Salerno	Gennaro Sosto
FIASO, AUOP Verona	Paolo Petralia
Sanitova	Michele Fanello
Distretto Jesi Marche - ASQUAS	Franco Pesaresi
CSV Emilia Romagna	Simona Tedeschi
CSV Emilia Romagna	Francesca Bigliardi
CSV Lazio	Paola Capoleva
CSV Lazio	Enzo Morricone
Alleanza per la riforma delle Cure Primarie - PHC	Marco Ingrosso
L'Altrasanità, Roma	Marinella D'Innocenzo

In particolare, sono stati organizzati un Convegno a Roma, presso il Centro Congressi della Sapienza Università di Roma, come da programma a seguire, il 19 giugno 2025, e un webinar sui Modelli internazionali, come da programma allegato, il 16 dicembre 2025.

È previsto un Convegno il 22 aprile 2026, sempre presso il Centro Congressi della Sapienza Università di Roma, come da allegato a seguire per condividere i materiali prodotti.

Dopo il Convegno di giugno 2025 sono stati organizzati dei gruppi di lavoro per elaborare le **Appendici** a supporto delle **Raccomandazioni**, come segue:

Gruppo “Glossario”	Gruppo “Scheda di autovalutazione”	Gruppo “Modelli e strumenti per comunità che curano”
Laura Franceschetti	Andrea Vannucci	Giorgio Banchieri
Marco Ingrosso	Silvia Boni	Emanuele Di Simone
Annette Corrado	Sandra Venero	Alessandra Improta
Martina Nuti	Barbara D'Avanzo	Nicolò Panattoni
Francesco Mantia	Michele Fanello	
Giulia Lang	Massimo Bonforti	
Francesca Rossi	Susanna Sodo	

Tutti i gruppi di lavoro sono stati supportati da Angelo Rossi Mori, CNR, nella interlocuzione con *Claude.it*.

Ogni incontro ha prodotto materiale scritto — minute, note di sintesi, proposte di revisione — che è confluito nel database documentale del Network. Questo approccio ha permesso di costruire una base conoscitiva condivisa e tracciabile, riducendo il rischio di perdere contributi e di sovrapporre lavori paralleli.

Sono stati creati nell'ambito del percorso anche:

- **Un data base dei progetti, delle linee guida, dei glossari, dei documenti** programmatici internazionali, nazionali, regionali e locali raccolti e analizzati accessibile su piattaforma “free access”;
- **Un prontuario delle possibili tipologie di “prescrizioni sociali”** agibili con riferimento al database documentale e progettuale realizzato;
- **Un prontuario dei profili professionali e delle competenze degli attori delle progettualità agite e censite.**

DIPARTIMENTO DI SCIENZE SOCIALI  
ED ECONOMICHE



SAPIENZA  
UNIVERSITÀ DI ROMA



Master in  
Management e Innovazione  
nelle Aziende Sanitarie



ALLEANZA  
LA RIFORMA  
CURE PRIMARIE



Giornata di confronto

# LE COMUNITÀ COME ALTERNATIVA ALLA SOLITUDINE E PER SUPPORTARE LA SALUTE

Con il patrocinio di:



9:00 **Accoglienza**

9:15 **Saluti istituzionali**

Emma Galli, Dipartimento DiSSE  
Laura Franceschetti, Master MIAS, DiSSE  
Giorgio Banchieri, ASIQUAS

9:45 **Esperienze internazionali**

Christine Brown (WHO European Office for Investment for Health and Development), *Le esperienze in Europa*  
Jenny Hartnoll, (UK), Helen Kingston (UK), *From Medical Practice*  
Ferdinando Petrazzuoli (WONCA-EU), *I progetti europei della rete*  
Domenico Pompili (CEI) *Solitudini e comunità*

11:15 **Coffee break**

11:45 **Overview dall'Italia**

Cristina Tamburini, Ministero della Salute, Dipartimento One Health  
Giovanni M. Pirone, AGENAS, Comitato di Medicina Sociale  
Marco Ingresso, Alleanza per la Riforma delle Cure Primarie in Italia  
Paolo Petralia, FIASO  
Silvia Scelsi, ASIQUAS  
Francesca Moccia, Cittadinanzattiva  
Ignazio Grattagliano, SIMG, Società Italiana MMG e Cure Primarie  
Barbara Funari, Roma Capitale, Assessorato alle Politiche Sociali e alla Salute

13:00 **Light Lunch**

14:00 **Tavoli di lavoro**

comunità | solitudini | inclusione | one health | tecnologie

16:00 **Tea break**

16:30 **Presentazione in plenaria dei risultati dei Tavoli**

In collaborazione con:



Iscrizione all'evento



**Giovedì 19.06.2025**



Centro Congressi  
via Salaria 113 - Roma

Per partecipare all'evento  
da remoto  
clicca oppure  
scansiona  
il QRcode





Giornata di confronto

# LE COMUNITÀ COME ALTERNATIVA ALLA SOLITUDINE E PER SUPPORTARE LA SALUTE



**Giovedì**  
**19.06.2025**



Centro Congressi  
via Salaria 113  
Roma

Per partecipare all'evento  
da remoto  
clicca oppure  
scansiona  
il QRcode



Iscrizione all'evento



## Razionale

### Solitudini e salute: un'urgenza sociale e sanitaria

La solitudine è oggi una delle più gravi fragilità emergenti. Non si tratta solo di una condizione individuale, ma di un fenomeno che mina la salute psicologica, sociale e fisica delle persone. Eppure esiste un antidoto potente: la comunità. Stare insieme è parte della cura, e ogni contesto relazionale — dal quartiere all'ambulatorio — può diventare presidio di benessere.

### Il potere generativo delle comunità

Le comunità non sono solo luoghi, ma risorse vive. Quando sono coese e proattive, generano prossimità, contrastano l'isolamento, sostengono i servizi. Diventano alleate nei percorsi di cura, capaci di dare senso di appartenenza e risposte concrete alle fragilità, in particolare nei giovani e nei più anziani. In sanità, è tempo di riscoprire una dimensione ecosistemica: la salute nasce e si sostiene nella relazione.

### Una chiamata all'azione condivisa

Questo evento non è solo un momento di ascolto, ma un'occasione per costruire insieme nuove alleanze tra cittadini, professionisti, istituzioni, volontariato e terzo settore. La prospettiva europea e i tavoli di lavoro offriranno strumenti e visioni per dare corpo a un modello di sanità territoriale più giusta, inclusiva ed efficace. È il momento giusto per agire: non possiamo più permetterci una sanità senza comunità.

Per visionare le esperienze che parteciperanno  
ai Tavoli di lavoro della sessione pomeridiana, cliccare sul link:

<https://disse.web.uniroma1.it/it/convegno-comunita-solitudini-salute>



Associazione Italiana per la  
Qualità dell'Assistenza Sanitaria e Sociale

# ASIQUAS Review

Newsletter della Associazione Italiana per la Qualità  
dell'Assistenza Sanitaria e Sociale.

*"Per una sanità pubblica ... anche dopo la pandemia"*

**Monografia sul Convegno 16 giugno 2025**

Supplemento al numero 27/2025



DIPARTIMENTO DI SCIENZE SOCIALI  
ED ECONOMICHE

 **SAPIENZA**  
UNIVERSITÀ DI ROMA

  
**MIAS**  
Master in  
Management e Innovazione  
nelle Aziende Sanitarie

  
**Wonca**  
curator

  
Associazione Italiana per la  
Qualità dell'Assistenza Sanitaria e Sociale

**ALLEANZA  
LA RIFORMA  
CURE PRIMARIE**

 Social Prescribing and  
Community Orientation  
Special Interest Group

**Giornata di confronto**

**LE COMUNITÀ COME ALTERNATIVA ALLA SOLITUDINE  
E PER SUPPORTARE LA SALUTE**

DIPARTIMENTO DI SCIENZE SOCIALI  
ED ECONOMICHE



SAPIENZA  
UNIVERSITÀ DI ROMA



Master in  
Management e Innovazione  
nelle Aziende Sanitarie



ALLEANZA  
LA RIFORMA  
CURE PRIMARIE

Social Prescribing and  
Community Orientation  
Special Interest Group



Webinar

# COMUNITÀ PROATTIVE E SOCIAL PRESCRIBING

In collaborazione con:



Per partecipare all'evento  
clicca oppure scansiona  
il QRcode



ZOOM

ID riunione: 859 547 7653



- 10:00 Presentazione del seminario per conto della rete italiana su "Comunità proattive e prescrizione sociale"**  
Laura Franceschetti, Master MIAS, DISSE  
Giorgio Banchieri, ASIQUAS  
Christine Brown, WHO European Office for Investment for Health and Development
- 10:20 The Whole Community Approach to Social Prescribing in Frome, Somerset (U.K.)**  
Jenny Hartnoll, GP in the NHS and consultant in community development, social prescribing, and the health/community interface
- 10:40 Social Prescribing: Experiences in Wales (U.K.)**  
Nicola Evans, Head of Health Inequalities and Healthy Communities, Wales Government (U.K.)
- 11:00 Community Orientation and Health Resources in the Primary Care Model in Spain**  
Ana Gil Luciano, Deputy Directorate for Health Promotion, Prevention, and Equity, Directorate-General for Public Health and Health Equity, Ministry of Health (Spain)
- 11:20 Primary Care Centers and Social Prescription: An Experience from Catalonia**  
Juan Manuel Mendive, Catalan Institut of Health, Training Unit of Family Medicine, University of Barcelona, Spain
- 11:40 Innovazione sociale e salute di prossimità: l'esperienza "Community LAB" in Emilia-Romagna**  
Elisa Adami, Anna N. Ciannone, Vanessa Vivoli, Innovation in Health and Social Services Sector, Directorate-General for Personal Care, Health, and Welfare, Emilia-Romagna Region
- 12:00 Social Prescribing: stato dell'arte sui principali progetti europei**  
Ferdinando Petrazzuoli, WONCA EU Executive Board
- 12:20 Dibattito**
- 13:00 Chiusura lavori**



**Martedì 16.12.2025**

Segreteria organizzativa:

[maziormiazdirezio@uniroma1.it](mailto:maziormiazdirezio@uniroma1.it)

[www.http://pcr/rlsso.web.uniroma1.it/nodo/7146](http://pcr/rlsso.web.uniroma1.it/nodo/7146)

DIPARTIMENTO DI SCIENZE SOCIALI  
ED ECONOMICHE



Associazione Italiana per la  
Qualità dell'Assistenza Sanitaria e Sociale



Master in  
Management e Innovazione  
nelle Aziende Sanitarie



# COMUNITA', SOLITUDINI E PRESCRIZIONE SOCIALE

CONVEGNO DI PRESENTAZIONE E CONDIVISIONE DELLE

## "RACCOMANDAZIONI ITALIANE SULLA PRESCRIZIONE SOCIALE E LE COMUNITÀ PROATTIVE"



**Mercoledì**  
**22.04.2026**  
**ore 9:30 - 14:00**



**Centro Congressi**  
**via Salaria 113**  
**Roma**

Per partecipare all'evento  
da remoto clicca oppure  
scansiona il QRcode



Iscrizione all'evento



### PROGRAMMA PROVVISORIO

#### ore 10:00 - 11:30 PRESENTAZIONI

Il percorso "Comunità, solitudini e prescrizione sociale"  
Le Raccomandazioni Italiane su "Prescrizione sociale e comunità proattive".  
Gli Allegati tecnici alle Raccomandazioni.

#### ore 11:30 - 12:00 Coffee break

#### ore 12:00 - 14:00 PANEL PER LA CONDIVISIONE

##### I° Panel di discussione

"Il contributo delle esperienze internazionali  
alle Raccomandazioni italiane "

##### II° Panel di discussione

"Le Raccomandazioni rivolte alle  
organizzazioni aziendali e professionali  
della sanità"

##### III° Panel di discussione

"Il ruolo del sociale, del terzo settore e  
della partecipazione civica nella  
costruzione di comunità proattive"

##### IV° Panel di discussione

"Dalla sanità alla salute di comunità:  
cambio di paradigma e centralità della  
persona"

#### PROMOTORI DELL'EVENTO

- WONCA Europe Special Interest Group on Social Prescribing and Community Orientation.
- WONCA Europe
- ASIQUAS, Associazione Italiana per la Qualità dell'Assistenza Sanitaria e Sociale, Roma.
- Master MIAS, Management e Innovazione nelle Aziende Sanitarie -Sapienza Università di Roma.
- Alleanza per la Riforma delle Cure Primarie/Libro Azzurro.
- CSVnet associazione nazionale dei Centri di servizio per il volontariato
- Cittadinanzattiva.
- Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri IRCCS, Milano.
- CARD – Confederazione delle Associazioni Regionali di Distretto.
- Regione Toscana

#### NETWORK EUROPEO E ITALIANO DELLE BUONE PRATICHE DAI TERRITORI

I rappresentanti di Istituzioni internazionali, Regioni e Comuni, Istituti e Centri di Ricerca, Università, Enti del Terzo Settore, Associazioni, Società Scientifiche che hanno condiviso progetti, documenti, materiali istituzionali.

Si ringraziano i componenti dei **Gruppi di Lavoro** che hanno elaborato gli **allegati tecnici** delle Raccomandazioni:

*Glossario, Review di letteratura, Scheda di autovalutazione dei progetti.*

## Il ciclo delle raccomandazioni: dalle 177 alle 20

Il processo di formulazione delle raccomandazioni è stato deliberatamente lungo e iterativo. La prima fase ha prodotto un elenco di 177 raccomandazioni, generate dai diversi tavoli tematici sulla base della letteratura, delle esperienze censite e del confronto tra i partecipanti. Si trattava di un elenco volutamente ampio, che documentava la ricchezza e la complessità dei temi affrontati ma che non poteva funzionare come strumento operativo.

La seconda fase ha applicato una matrice di prioritizzazione basata su otto criteri — rilevanza per la salute pubblica, fattibilità organizzativa, costo-efficacia attesa, coerenza con il quadro normativo, impatto sull'equità, sostenibilità nel tempo, evidenze disponibili, consenso tra i partecipanti — per selezionare 27 raccomandazioni prioritarie. Ciascuna raccomandazione è stata pesata rispetto a ciascun criterio, e il panel ha discusso collegialmente i risultati della prioritizzazione prima di procedere alla selezione.

La terza fase ha consolidato le 27 raccomandazioni prioritarie in 20 raccomandazioni definitive (Rev. 8.0, marzo 2026), accorpando le proposte sovrapponibili e armonizzando il linguaggio. Ogni raccomandazione consolidata conserva un rimando alle raccomandazioni originarie da cui deriva, consentendo al lettore di risalire al percorso di sintesi.

### Box 3 — Il percorso di selezione delle raccomandazioni

**Fase 1 — Raccolta (2023-2024).** Dai tavoli tematici emergono 177 raccomandazioni, organizzate per livello istituzionale (Macro, Meso, Micro-1, Micro-2), ciascuna accompagnata da una scheda descrittiva con fonti, evidenze e indicazioni operative.

**Fase 2 — Prioritizzazione (2024-2025).** Una matrice a 8 criteri, compilata collegialmente dal panel, riduce le 177 raccomandazioni a 27 prioritarie. I criteri: rilevanza, fattibilità, costo-efficacia, coerenza normativa, equità, sostenibilità, evidenze, consenso.

**Fase 3 — Consolidamento (2025-2026).** Le 27 prioritarie vengono accorpate e armonizzate in 20 raccomandazioni consolidate (Rev. 8.0, marzo 2026), distribuite su 4 livelli: 5 MACRO, 5 MESO, 4 MICRO-1, 6 MICRO-2.

## La logica dei quattro livelli istituzionali

L'architettura delle raccomandazioni si basa sul Modello di Sir Marmor e si articola in una distinzione che riflette la struttura del sistema di welfare italiano e che consente a ciascun attore di identificare immediatamente le raccomandazioni pertinenti al proprio livello di responsabilità.

Il **livello MACRO** si rivolge al Parlamento e al Governo nazionale: si tratta di raccomandazioni di policy che richiedono atti normativi, regolamentari o programmatici. Il riconoscimento della solitudine come determinante di salute, la coincidenza geografica tra distretti sociosanitari e ambiti territoriali sociali, la definizione dei LEA e dei LEPS per la salute di comunità sono esempi di azioni che solo il livello nazionale può attivare.

Il **livello MESO** si rivolge alle Regioni e alle Aziende Sanitarie: si tratta di raccomandazioni per la programmazione, l'organizzazione e il finanziamento dei servizi territoriali. L'implementazione dello screening della solitudine, il consolidamento dell'Infermiere di Famiglia e di Comunità, i tavoli misti permanenti sanità-sociale-Terzo Settore operano a questo livello.

Il **livello MICRO-1** si rivolge ai Comuni, alle Case della Comunità e alle organizzazioni del Terzo Settore: si tratta di raccomandazioni per l'attivazione delle risorse comunitarie. La mappatura delle risorse, i patti di comunità, i laboratori multifunzionali, le attività tra pari sono azioni che nascono e vivono nel territorio.

Il **livello MICRO-2** si rivolge agli operatori sanitari e sociali, ai volontari e ai cittadini: si tratta di raccomandazioni per la pratica professionale e la partecipazione civica. Le équipes di prossimità, le visite domiciliari proattive, la prescrizione sociale nella pratica quotidiana, il coinvolgimento dei giovani attraverso le scuole sono azioni che dipendono dalle competenze e dalla motivazione delle persone.

Questa articolazione non è gerarchica in senso stretto: ciascun livello può attivarsi indipendentemente dagli altri, anche se l'efficacia complessiva aumenta quando i livelli operano in modo coordinato. Un Comune può attivare patti di comunità anche in assenza di una strategia nazionale sulla solitudine; un'Azienda Sanitaria può implementare lo screening anche prima che il DDL 1825 venga approvato. Le raccomandazioni CSS offrono una mappa, non una catena di comando.

---

## Dove siamo oggi e dove vogliamo arrivare

### Le radici: la Raccomandazione SIQuAS 2012

Il Network CSS non nasce dal nulla. La sua matrice scientifica e metodologica sono tra le altre fonti censite le Raccomandazioni SIQuAS del 2012 "La qualità nell'integrazione tra sociale e sanitario", (Franco Angeli Editore), un documento che ha anticipato di un decennio molti dei temi oggi centrali nella riforma dell'assistenza territoriale.

La Raccomandazione 2012 era il frutto di un gruppo di lavoro multidisciplinare che, tra il 2009 e il 2012, aveva analizzato oltre duemila esperienze di integrazione sociosanitaria raccolte nell'Osservatorio della Salute (Osservatoriosanita.it), producendo 32 raccomandazioni organizzate su tre livelli (politico-istituzionale, organizzativo-gestionale, professionale). Il documento aveva definito un glossario dell'integrazione — oltre 50 termini chiave — e una scheda di autovalutazione dei progetti integrati.

I principi fondamentali della Raccomandazione 2012 restano validi: la centralità della persona, l'accesso equo, la continuità dell'assistenza, il superamento della medicalizzazione della fragilità sociale, la trasparenza informativa, l'empowerment del cittadino, la collaborazione interistituzionale verticale e orizzontale. Ciò che è cambiato profondamente è il contesto.

### Il nuovo contesto normativo e istituzionale

Tra il 2012 e il 2026, una serie di riforme ha ridisegnato il quadro dell'assistenza territoriale in Italia.

Il **DM 77/2022** ha definito i tre pilastri della riforma: la Casa della Comunità (hub per 40-50.000 abitanti; spoke per 5-15.000), la Centrale Operativa Territoriale (COT) per il coordinamento dei percorsi e la gestione delle transizioni ospedale-territorio, e l'Ospedale di Comunità per le cure intermedie. Per la prima volta, il sistema sanitario italiano dispone di un'architettura territoriale esplicita e finanziata.

Il **PNRR Missione 6** ha allocato risorse straordinarie per la realizzazione di queste strutture: 1.038 Case della Comunità, 307 Centrali Operative Territoriali, 308 Ospedali di Comunità entro giugno 2026. Tuttavia, la realizzazione delle infrastrutture fisiche è condizione necessaria ma non sufficiente: senza modelli organizzativi, competenze professionali e connessioni con il tessuto comunitario, le Case della Comunità rischiano di restare edifici vuoti o, peggio, ambulatori tradizionali con un nome nuovo.

Quindi, nonostante un progressivo ridimensionamento degli obiettivi della M6 del PNRR siamo a rischio completamento delle strutture previste. Essenzialmente manca il personale e la capacità di connessione/integrazione con Comuni, ATS, ETS etc.

Il **DDL 1825** sulla solitudine, in discussione parlamentare, rappresenta il primo tentativo di tradurre in norma il riconoscimento della solitudine come problema di salute pubblica. Se approvato, fornirebbe la cornice legislativa per molte delle raccomandazioni MACRO del Network CSS.

Il **D.Lgs. 117/2017** (Codice del Terzo Settore) ha ridefinito il rapporto tra pubblica amministrazione e organizzazioni non profit, introducendo gli strumenti della co-programmazione e della co-progettazione. Questo passaggio è fondamentale: la salute di comunità non può essere “erogata” dal servizio pubblico come un farmaco; deve essere “co-prodotta” con i cittadini e con le loro organizzazioni.

## Lo stato attuale e la roadmap

Il Network CSS ha oggi a disposizione un patrimonio documentale e analitico significativo: le 20 raccomandazioni consolidate con le guide operative per l’implementazione, un glossario unificato, un repertorio di strumenti di valutazione, una nomenclatura delle attività sociali prescrivibili, un database di iniziative censite e classificate, una review scientifica comparativa di 20 modelli di integrated care, e una scheda di autovalutazione. Questo patrimonio è organizzato nella collana editoriale di cui questo volume costituisce la sintesi complessiva.

La roadmap prevede tre direttrici parallele:

- La pubblicazione e la diffusione dei materiali prodotti (questo e-book e i volumi della collana);
- La presentazione alle istituzioni competenti (Ministero della sanità, Ministero del lavoro e delle politiche sociali, Ministero delle disabilità, AGENAS, ISS, Conferenza Stato-Regioni, Regioni, ANCI, Comuni e loro articolazioni, Terzo Settore, Volontariato e ETS);
- L’avvio di sperimentazioni territoriali in collaborazione con Distretti, Ambiti Territoriali Sociali e organizzazioni del Terzo Settore disponibili a testare le Raccomandazioni sul campo.



IN COLLABORAZIONE CON:



MORE INFO:

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