



RACCOMANDAZIONI ITALIANE

SULLA PRESCRIZIONE SOCIALE E LE COMUNITÀ PROATTIVE





Raccomandazioni: Proposta consolidata

Network "Comunità, solitudini e salute"

**Release di lavoro per il convegno
di presentazione e condivisione
Roma, 22 aprile 2026**

<https://disse.web.uniroma1.it/it/convegno-presentazione-raccomandazioni>

Nota: la presente Release delle Raccomandazioni tiene conto delle osservazioni metodologiche, dei contributi specifici e delle proposte di implementazione pervenuti dai membri del Board Scientifico del network e da esperti impegnati nei Gruppi di lavoro per gli Allegati delle Raccomandazioni. Il testo come sempre è emendabile.

Contributi pervenuti da: Luigi Bertinato, Silvia Boni, Marinella D’Innocenzo, Michele Fanello, Laura Franceschetti, Marco Ingrosso, Fulvio Lonati, Francesca Moccia, Alessandro Nobili, Paola Capoleva, Ferdinando Petrazzuoli, Silvia Scelsi, Luciano Pletti, Milena Vainieri.



SOMMARIO

PREMESSA	1
PRINCIPI FONDAMENTALI	2
STRUTTURA DELLE RACCOMANDAZIONI	3
LIVELLO MACRO	4
LIVELLO MESO - CRITERI DI PROGRAMMAZIONE	5
LIVELLO MICRO-1 - MODELLI DI ATTIVAZIONE DELLE COMUNITÀ	6
LIVELLO MICRO-2 - COMPETENZE PROFESSIONALI	6



■ Premessa

Le raccomandazioni che seguono sono state elaborate collegialmente dal Network "Comunità, solitudini e salute", un gruppo di lavoro che riunisce esperti di sanità pubblica, servizi sociali, Terzo Settore e ricerca accademica.

Il documento rappresenta la sintesi di un percorso partecipato che ha coinvolto istituzioni, operatori e rappresentanti delle comunità locali italiane.

L'obiettivo è fornire indicazioni operative per contrastare la solitudine e l'isolamento sociale, riconosciuti ormai come determinanti significativi della salute, e per promuovere un modello di salute di comunità integrato tra servizi sanitari, sociali e risorse del territorio.

A supporto delle Raccomandazioni verranno presentate le seguenti **Appendici**:

- **Un Glossario di parole chiave** connesse alle Raccomandazioni proposte e alle esperienze internazionali, nazionali, regionali e locali raccolte in occasione del convegno di giugno 2025.;
- **Una Scheda di autovalutazione dei progetti e delle esperienze** fondate su "Comunità, Solitudine e Salute";
- **Una Rassegna di Modelli, algoritmi, indicatori e standard** esistenti e riconducibili anche alle esperienze raccolte in occasione del convegno di giugno 2025.

■ Principi fondamentali

Prima di entrare nel merito delle singole raccomandazioni, si riassumono alcuni principi che ne orientano l'interpretazione e l'applicazione.

- **Approccio “One Health”.** Le politiche per la salute di comunità si inseriscono in una cornice più ampia che riconosce l'interdipendenza salute umana, animale e ecosistemi, con un focus sulla dimensione sociale per agire sulla prevenzione con misure intersettoriali e multidisciplinari, superando l'attuale frammentazione tra settori.
- **Identificazione univoca degli ambiti territoriali di intervento.** L'integrazione tra servizi sanitari, sociali e risorse del territorio è possibile solo garantendo la coincidenza tra i Distretti sociosanitari delle ASL e gli Ambiti Territoriali Sociali dei Comuni, la definizione del territorio di afferenza di ogni casa della Comunità e la sua articolazione in unità territoriali di prossimità (**Microaree** indicativamente 4.000-10.000 abitanti), corrispondenti a quartieri, rioni, frazioni o piccoli comuni.
- **Nomenclatura condivisa per la “prescrizione sociale”.** Per monitorare e confrontare gli interventi su scala nazionale è **indispensabile sviluppare un linguaggio comune**. Ciò significa raccogliere i codici già in uso nelle diverse Regioni per le attività sociali prescritte dai medici e poi costruire e mantenere una nomenclatura di riferimento allineata agli standard internazionali, che descriva i bisogni delle persone e dei caregiver, le attività prescrivibili e gli indicatori di efficacia e di esito.

Sostenibilità economica. Per rendere replicabili e confrontabili gli interventi integrati socio-sanitari di promozione comunitaria è necessario definire caratteristiche e costi di riferimento, da approvare in Conferenza Stato-Regioni.

- **Strumenti operativi e interoperabilità.** L'attuazione delle raccomandazioni richiede l'utilizzo di strumenti organizzativi e informativi idonei a garantirne concreta applicazione, tracciabilità e valutazione nel tempo. L'integrazione socio-sanitaria e la continuità assistenziale presuppongono l'impiego coerente di sistemi interoperabili e modalità standardizzate di registrazione e monitoraggio, in raccordo con le infrastrutture informative nazionali e territoriali vigenti.

■ Struttura delle raccomandazioni

Le raccomandazioni sono organizzate su quattro livelli istituzionali, ciascuno con destinatari e finalità specifiche.

1. **Livello MACRO - Raccomandazioni di policy.** Sono rivolte al Governo, al Parlamento e ai Ministeri competenti. Riguardano la definizione di politiche nazionali, normative quadro e risorse al fine di legare promozione e contrasto alla solitudine, all'isolamento sociale e alla promozione della salute di comunità.
2. **Livello MESO - Criteri di programmazione e ricerca.** Sono rivolte a Regioni, Aziende Sanitarie, Distretti socio-sanitari e Ambiti Territoriali Sociali, IRCCS e Istituti di Ricerca. Riguardano la programmazione, l'organizzazione, la ricerca e il finanziamento dei servizi territoriali.
3. **Livello MICRO-1 - Modelli di attivazione della comunità.** Sono rivolte a Case della Comunità, Comuni, Enti del Terzo Settore e cittadini attivi. Riguardano l'attivazione delle risorse locali, le reti di vicinato e i servizi di prossimità nelle microaree.
4. **Livello MICRO-2 - Competenze professionali.** Sono rivolte agli operatori sanitari, sociali, del Terzo Settore e del volontariato. Riguardano le competenze, le metodologie di lavoro e le pratiche operative quotidiane.

■ Livello MACRO

R1 Inserire la solitudine e l'isolamento sociale come determinanti di salute nella programmazione sanitaria nazionale e regionale, definendo **una cornice normativa e strategica nazionale per la prevenzione e il contrasto** attraverso DPCM, documenti di indirizzo interministeriali (Sanità, Lavoro e Politiche Sociali, Istruzione, Ricerca, Ambiente e altri) e una Strategia nazionale dedicata; promuovendo e realizzando campagne nazionali di comunicazione e sensibilizzazione che presentino la solitudine e l'isolamento come fattori di rischio per la salute e per il benessere delle persone e delle comunità.

R2. Le Regioni provvedono alla **coincidenza geografica obbligatoria** tra Distretti Sociosanitari e Ambiti Territoriali Sociali (ATS), e alla obbligatorietà della definizione del territorio di afferenza di ogni Casa della Comunità. Questo territorio deve essere ulteriormente articolato in **Microaree** (popolazione compresa tra 4.000 e 10.000 abitanti), individuate come unità minime per la programmazione della salute di comunità e il monitoraggio delle solitudini.

R2. Definire i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) e i Livelli Essenziali delle Prestazioni Sociali (LEPS) includendo esplicitamente gli interventi di salute di comunità e contrasto all'isolamento sociale, con riferimento anche ai Fondi FNA e FSE per la copertura finanziaria, prevedendo esenzione totale per persone in povertà, e **definire caratteristiche e costi standard di riferimento degli interventi integrati socio-sanitari** di promozione comunitaria, con nomenclatore tariffario nazionale da approvare in Conferenza Stato-Regioni. Una quota delle risorse dei Fondi Sanitari Regionali destinate alla medicina territoriale deve essere vincolata a progetti di prescrizione sociale e supporto alla domiciliarità proattiva.

R4. Emanare linee guida nazionali sulla “prescrizione sociale” in collaborazione con ISS, AGENAS, Federazioni Nazionali degli Ordini Professionali, Società Scientifiche, rappresentanti nazionali del Terzo Settore, definendo modelli operativi, standard di qualità e percorsi formativi per gli operatori. Le Linee guida dovranno prevedere modalità standardizzate di registrazione della prescrizione sociale nel Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE 2.0), assicurandone la tracciabilità e l'integrazione nei flussi informativi nazionali (NSIS), al fine di garantirne monitoraggio, valutazione e confrontabilità interregionale secondo gli standard SNOMED-CT.

R5. Istituire un Osservatorio nazionale su Solitudine, Isolamento Sociale e Salute di Comunità presso e con il concorso di Ministeri, di Istituti e di Agenzie nazionali, con il compito di raccogliere dati epidemiologici e monitorare l'efficacia degli interventi, garantendo l'accessibilità dei dati a Università e Istituti di Ricerca. L'Osservatorio opererà in raccordo con i flussi NSIS e con i dati aggregati derivanti

dal FSE 2.0, garantendo l'utilizzo di dati interoperabili e standardizzati per il monitoraggio degli interventi e dei percorsi di presa in carico.

■ Livello MESO - Criteri di programmazione

R6. Implementare sistemi di screening della solitudine e dell'isolamento sociale nei punti di contatto territoriali (Case della Comunità, farmacie, ambulatori singoli e associati dei Medici di Medicina Generale, servizi sociali, etc.) delle microaree utilizzando scale validate (UCLA o De Jong Gierveld), con focus prioritario sugli over 65 e sulle popolazioni fragili (giovani, famiglie in povertà, donne sole, etc.) , sviluppando conseguenti progetti integrati di prevenzione attiva, di medicina di iniziativa, di “*prescrizione sociale*”, di attivazione di sportelli di prossimità:-

R7. Consolidare e diffondere la figura dell'Infermiere di Famiglia e di Comunità come riferimento territoriale stabile per l'individuazione precoce, la presa in carico leggera e il monitoraggio delle persone fragili-(con accesso al FSE e agli strumenti informativi territoriali). Introdurre, consolidare e **diffondere nuove figure della salute di comunità**, professionali (MMG, Infermieri di Famiglia e di Comunità, psicologi, assistenti sociali, educatori e altri) e volontarie (facilitatori, connettori sociali, animatori di punti di comunità e di reti di prossimità), opportunamente formati ad agire anche come operatori di comunità.

R8. Garantire una presa in carico globale delle persone vulnerabili, prevedendo l'attivazione diffusa di **Punti Unici di Accesso** territoriali in collaborazione stabile fra Distretti sociosanitari e Ambiti Territoriali Sociali, nel sistema delle Case della Comunità – Centrali Operative Territoriali e protocolli di dimissione protetta per la continuità assistenziale ospedale-territorio, con particolare tempestività per i pazienti che vivono soli e privi di rete familiare.

R9. Istituire tavoli misti permanenti sanità-sociale-Terzo Settore a livello distrettuale per la co-programmazione, co-progettazione e co-produzione degli interventi di contrasto alla solitudine e promozione della salute di comunità, formalizzando accordi secondo il D.Lgs. 117/2017 con definizione di ruoli, risorse e responsabilità.

R10. Implementare un modello modulare di valutazione multidimensionale, differenziato per fasce d'età e tipologie di fragilità, dei bisogni, semplici e complessi, da far adottare in tutte le Unità Valutazione Multidimensionale dei Distretti Socio Sanitari, e da tutti gli operatori dei Comuni, delle Case della Comunità, dai servizi di prossimità e condiviso con gli Enti del Terzo Settore, lavorando per processi integrati superando le logiche a silos, con piani e percorsi personalizzati socio-sanitari (vedi PAI, Programmi Assistenziali Individuali, o PidS, Programmi Individuali di Salute).

I modelli di valutazione multidimensionale adottati dovranno essere integrabili con il FSE 2.0 e coerenti con i tracciati informativi NSIS, al fine di assicurare continuità informativa nei percorsi di presa in carico e nelle *transitional care* gestite dalle COT, Centrali Operative Territoriali.

■ Livello MICRO-1 - Modelli di attivazione delle comunità

R11. Mappare sistematicamente, attraverso strumenti e modelli standardizzati, le risorse delle comunità (associazioni, gruppi, spazi sociali) da parte dei Distretti Sociosanitari e degli ATS, e integrarle con il sistema informativo dei PUA, Punti Unici di Accesso, per costruire repertori territoriali aggiornati e accessibili agli operatori e ai cittadini, da usare a supporto della co-progettazione, co-gestione e co-produzione dei servizi.

R12. Attivare patti di comunità nelle Microaree per mobilitare le risorse sociali locali (volontariato, parrocchie, associazioni) con la finalità esplicita di costruzione di comunità proattive e inclusive, oltre che di erogazione di servizi, promuovendo nelle comunità forme di reciprocità e di supporto tra vicini con il coinvolgimento di connettori sociali (*Link worker*), garantendo accessibilità e gratuità **dei** servizi.

R13. Trasformare i centri di aggregazione tradizionali in **laboratori di comunità multifunzionali** con servizi di prossimità, socializzazione intergenerazionale e supporto ai fragili, favorendo lo sviluppo di momenti di **autoformazione**, laboratori di quartiere, accompagnamento e scambio tra pari per sviluppare competenze diffuse sulla salute relazionale e facilitare la socializzazione.

R14. Promuovere attività tra pari motorie-culturali-ludiche-ricreative-fisiche nelle microaree e nei gruppi di auto-mutuo aiuto, accessibili gratuitamente o a condizioni calmierate, adattati e inclusivi per anziani e persone in condizione di fragilità e solitudine, orientati come prescrizioni sociali efficaci per il contrasto all'isolamento.

■ Livello MICRO-2 - Competenze professionali

R15. Attivare équipe inter e transdisciplinari orientate agli interventi di prossimità, specificando composizione e modalità di coordinamento, collaborando con le nuove professionalità di comunità nella promozione di comunità proattive tramite anche la costruzione **di** relazioni stabili e continuative tra cittadini fragili e soli con la propria équipe di riferimento, evitando la frammentazione dei contatti.

R16. Definire per ogni operatore sanitario e sociale del Distretto Sociosanitario o dell’Ambito Territoriale Sociale o degli ETS:

- a) l’attribuzione di **uno specifico territorio di riferimento** mantenendo la continuità operativa per congrui periodi di tempo e punti di contatto decentrati.
- b) **l’acquisizione di competenze** relative al lavoro in équipe multiprofessionali-multisetoriali, allo sviluppo di welfare generativo, alla mappatura di bisogni e risorse delle popolazioni, ad iniziative di costruzione di comunità, **tramite percorsi di formazione**.

R17. Programmare visite domiciliari proattive (presa in carico leggera) da parte di IFeC e operatori sociali, con frequenza definita nel PAI, per anziani soli, soggetti fragili e famiglie in povertà, con monitoraggio attivo dei contesti rurali e di degrado urbano, segnalando sistematicamente le condizioni di fragilità e solitudine. Gli esiti delle visite domiciliari dovranno essere registrati nei sistemi informativi territoriali interoperabili con il FSE 2.0 e condivisi con le Centrali Operative Territoriali nei casi di continuità assistenziale ospedale–territorio. Nei casi clinicamente appropriati, il monitoraggio e il follow-up potranno essere supportati tramite strumenti di telemedicina

R18. Agire la “prescrizione sociale”, facendo riferimento alle caratteristiche degli interventi integrati socio-sanitari di promozione comunitaria approvate in Conferenza Stato-Regioni, con particolare attenzione alle persone a basso reddito e residenti in microaree urbane o periurbane disagiate-marginali e aree interne.

R19. Attivare progetti di promozione della salute concordati tra scuole e servizi di comunità, coinvolgendo le giovani generazioni nella vita delle microaree attraverso iniziative intergenerazionali e forme di prevenzione attiva.

R20. Coinvolgere cittadini e i volontari delle OdV e APS locali nei processi di co-progettazione dei servizi territoriali-basati su un approccio tra pari (*peer support*) per tutte le tipologie di fragilità e solitudini, valorizzando l'esperienza diretta dei destinatari e contribuendo alla formazione dei volontari per supportare i fragili e soli con visite, telefonate e accompagnamenti.



IN COLLABORAZIONE CON:



MORE INFO:

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