



# MODELLI E STRUMENTI PER COMUNITA' CHE CURANO

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



# MODELLI E STRUMENTI PER COMUNITÀ CHE CURANO

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

*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:** 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:** Giorgio Banchieri (*coordinatore*), Emanuele Di Simone, Alessandra Improta, Nicolò Panattoni.

---

## Sommario

<b>1. Le sfide della comunità .....</b>	<b>0</b>
1.1 Solitudine e fragilità sociale.....	2
1.2 Cronicità — Fragilità, modelli e pratiche .....	3
1.3 Diseguaglianze sociali e accesso ai servizi .....	7
<b>2. La comunità come infrastruttura di salute pubblica .....</b>	<b>12</b>
2.1 Dalla salute di popolazione alla salute di comunità .....	12
2.2 Connessione sociale, legami territoriali e resilienza comunitaria .....	13
2.3 Empowerment, co-produzione e partecipazione civica .....	14
<b>3. I possibili strumenti a supporto.....</b>	<b>16</b>
3.1 Governance integrata dei servizi sanitari e sociali.....	16
3.2 Valutazione dell'impatto e accountability di comunità.....	17
3.3 Co-progettazione dei servizi .....	18
3.4 Il ruolo della digitalizzazione.....	18
<b>Bibliografia.....</b>	<b>20</b>
<b>Appendice – Comunità, Solitudini e Salute: schede dei modelli e delle pratiche.....</b>	<b>22</b>
Indice delle schede .....	22
Sintesi dei modelli e pratiche per la salute comunitaria con focus su livello (macro, meso, micro), trasferibilità e sfide.....	23
Scheda 1 — Rapporto della Commissione WHO sulla Connessione Sociale .....	27
Scheda 2 — Benessere Equo e Sostenibile (BES) .....	29
Scheda 3 — Modello 2D-6P (Data-driven, A Distanza, di Prossimità, Preventiva, Personalizzata, Partecipativa, Precisa, Predittiva) .....	31
Scheda 4 — Quadro Nazionale per la Prescrizione Sociale (National Framework for Social Prescribing – Wales).....	33
Scheda 5 — WHO Population Health Management (PHM) in Primary Health Care (PHC).....	35
Scheda 6 — Re.Se.T. (Riorganizzazione Reti Servizi Territoriali) .....	37
Scheda 7 — Istituzionalizzazione del coinvolgimento comunitario attraverso i Community Health Boards – LITUANIA .....	38
Scheda 8 — Community Lab (Innovazione sociale e salute di prossimità) Emilia-Romagna..	40
Scheda 9 — Orientamento comunitario e raccomandazione delle risorse sanitarie nel modello di assistenza primaria in Spagna.....	42
Scheda 10 — Chronic Care Model (CCM) e Expanded Chronic Care Model (ECCM) .....	44
Scheda 11 — Proattività guidata dagli infermieri e Health Promotion Centres nell'ambito della PHC – SLOVENIA.....	46
Scheda 12 — Community Connectors (Modello Frome/Health Connections Mendip - HCM)	48
Scheda 13 — Programma PASS - Percorsi Assistenziali per Soggetti con bisogni Speciali (Toscana) .....	50
Scheda 14 — Programma prescrizione sociale – Catalogna.....	52
Scheda 15 — ICOPE — Integrated Care for Older People (WHO).....	54
Scheda 16 — PACE — Programs of All-Inclusive Care for the Elderly .....	56
Scheda 17 — PRISMA — Program of Research to Integrate Services for the Maintenance of Autonomy.....	57
Scheda 18 — Proactive Care Pathway for Healthy Ageing and Frailty (NHS England, 2025) ...	59
Scheda 19 — Piramide Kaiser Permanente / Risk Stratification Pyramid .....	61
Scheda 20 — Patient Need Clusters e Population Health Management.....	64
Riferimenti bibliografici essenziali.....	<b>Errore. Il segnalibro non è definito.</b>

## 1. Le sfide della comunità

### 1.1 Solitudine e fragilità sociale

Il panorama sociosanitario contemporaneo è attraversato da un profondo mutamento di paradigma che impone di riconsiderare le basi stesse del benessere collettivo. Sebbene la Costituzione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità abbia definito già nel 1948 la salute come uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, le politiche sanitarie hanno a lungo privilegiato una visione prevalentemente clinica, relegando la dimensione sociale a un ruolo marginale. Oggi, al contrario, la disconnessione sociale si impone come una delle principali sfide globali di salute pubblica. L'OMS la definisce come un deficit strutturale di salute sociale, capace di attraversare tutte le fasce d'età e i contesti territoriali, con un impatto sugli esiti di salute paragonabile a quello dei principali fattori di rischio clinici tradizionali (WHO, 2025a).

In Italia, tale fenomeno è monitorato sistematicamente attraverso il framework del Benessere Equo e Sostenibile (BES), promosso dall'ISTAT. Il sistema BES, articolato in 152 indicatori distribuiti in 12 domini, tra cui istruzione, ambiente e relazioni sociali, consente di valutare la qualità della vita "oltre il PIL", mettendo in evidenza come la salute sia un fenomeno intrinsecamente multidimensionale e profondamente intrecciato alle reti di fiducia, coesione e sicurezza del territorio (Istat, 2024).

La fragilità sociale si manifesta in particolare attraverso il binomio tra isolamento sociale e solitudine. Il primo rappresenta una condizione oggettiva di carenza di contatti e interazioni, mentre la seconda esprime una dimensione soggettiva e dolorosa, derivante dalla distanza tra le relazioni desiderate e quelle effettivamente disponibili (WHO, 2025a). Numerose evidenze mostrano come questa disconnessione abbia effetti diretti sulla sopravvivenza: l'assenza di legami sociali significativi agisce come un fattore di rischio primario per la mortalità globale, incidendo sulla salute cardiovascolare, immunitaria e mentale (WHO, 2025a; Banchieri e Vannucci, 2024).

In questo quadro, il concetto di fragilità assume una configurazione rinnovata, che integra il declino biologico con la vulnerabilità relazionale. La fragilità non può più essere interpretata esclusivamente come una riduzione della riserva fisiologica individuale, ma si configura come una variabile centrale della cronicità, suscettibile di un'accelerazione significativa in assenza di legami sociali stabili e di supporto (Banchieri e Vannucci, 2024).

Come verrà approfondito nella successiva sezione "*Dalla salute di popolazione alla salute di comunità*", la fragilità va interpretata come fenomeno multidimensionale, integrando dimensioni biologiche, sociali e relazionali. Tale condizione risulta ulteriormente aggravata dalle dinamiche demografiche: l'Italia si colloca ai vertici mondiali per indice di vecchiaia e, nel 2025, la popolazione over 65 rappresenta il 24,7% del totale, con oltre 4,1 milioni di persone anziane che vivono sole, spesso in presenza di limitazioni funzionali. La solitudine si configura così come una vera e propria emergenza epidemiologica silenziosa (OECD, 2025).



## **MORE INFO:**

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