

DIPARTIMENTO DI SCIENZE SOCIALI ED ECONOMICHE

SAPIENZA UNIVERSITÀ DI ROMA

ASIQUAS

MIAS

Master in Management e Innovazione nelle Aziende Sanitarie e nelle reti sociali

COMMUNITY

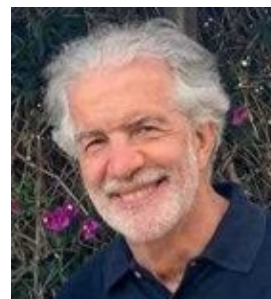
**COMUNITA', SOLITUDINI E PRESCRIZIONE SOCIALE**

CONVEGNO DI PRESENTAZIONE E CONDIVISIONE DELLE

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

# Il percorso del network italiano e le proposte di Raccomandazioni

**Giorgio Banchieri,**  
 Segretario Nazionale ASIQUAS,  
 Docente DiSSE, Università «Sapienza», Roma



# Genesi e motivazioni del Network CSS

- ▶ 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”

- ▶ 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.



## Oltre le Raccomandazioni SIQUAS VRQ sull'integrazione tra sanità e sociale

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.

### Il network italiano e i suoi obiettivi

La partnership ha incluso collaborazioni con l'Ufficio Europeo dell'OMS a Venezia, WONCA, Alleanza per la Riforma delle Cure Primarie, APRIRE, ASIQUAS, CARD, Cittadinanzattiva, FIASO, Federsanità ANCI, l'Istituto Mario Negri di Milano, etc.

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.
- ▶ Il lavoro si è organizzato intorno a cinque tavoli tematici, ciascuno dedicato a un'area specifica:
  1. One health;
  2. Comunità proattive solitudini, fragilità, cronicità e diseguaglianze di salute;
  3. Integrazione tra sanità e sociale e inclusione sociale;
  4. Comunità proattive, modelli di community care e social prescribing, competenze professionali;
  5. 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.

# Il Convegno del 19 giugno 2026 a Roma



DEPARTAMENTO DI SCIENZE SOCIALI  
ED ECONOMICHE

**SAPIENZA**  
UNIVERSITÀ DI ROMA

20  
**MIAS**  
Master in  
Management e Innovazione  
nelle Aziende Sanitarie

**Wonca**  
EUROPE

ASSOCIAZIONE ITALIANA PER  
QUALITÀ ASSISTENZIALE E TERAPIA 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

Con il patrocinio di:

**agenas**  
ASSOCIAZIONE ITALIANA  
MEDICINA SOCIALE

**ROMA**  
ASSOCIAZIONE ITALIANA  
MEDICINA SOCIALE

In collaborazione con:

**FEDERAZIONE  
SANITÀ  
REGIONALI**

**Iscrizione all'evento**



**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. Prone, 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**

**Giovedì 19.06.2025**

Centro Congressi  
via Salaria 113 - Roma

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



# I materiali del Convegno di giugno 2025



## 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

 20<sup>th</sup>  
MIAS  
Master in  
Management e Innovazione  
nelle Aziende Sanitarie

 Wonca

 Associazione Italiana per la  
Qualità dell'Assistenza Sanitaria e Sociale

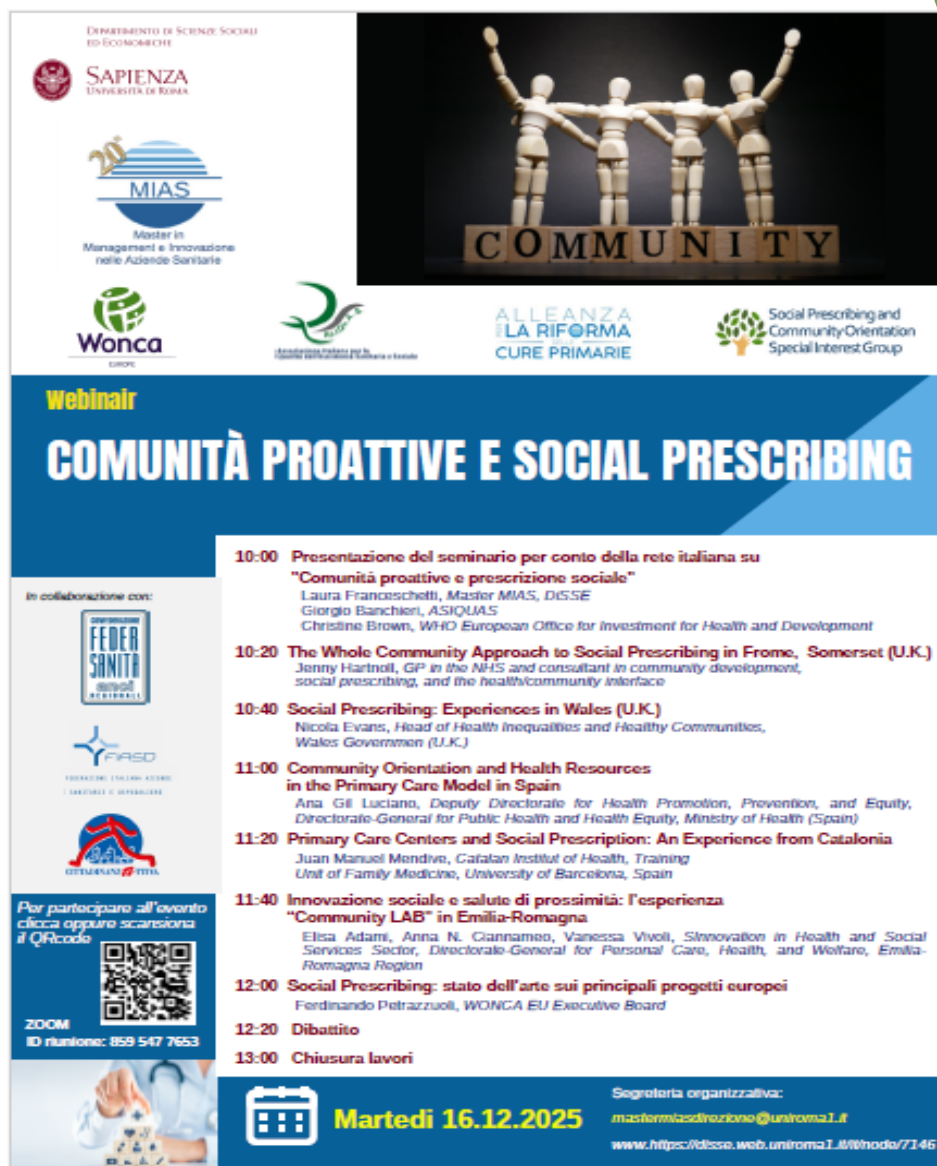
 ALLEANZA  
LA RIFORMA  
CURE PRIMARIE

 Social Prescribing and  
Community Orientation  
Special Interest Group

**Giornata di confronto**

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

# Il webinar del 16 dicembre 2025 sulle evidenze internazionali e nazionali



DEPARTMENTO DI SCIENZE SOCIALI ED ECONOMICHE  
**SAPIENZA**  
UNIVERSITÀ DI ROMA

20<sup>th</sup>  
**MIAS**  
Master in  
Management e Innovazione  
nelle Aziende Sanitarie

**Wonca**  
EUROPEAN

ASSOCIAZIONE ITALIANA PER LA  
SPECIALITÀ DI CURA E PREVENZIONE

**ALLEANZA  
LA RIFORMA  
CURE PRIMARIE**

Social Prescribing and  
Community Orientation  
Special Interest Group

**COMMUNITY**

**Webinar**  
**COMUNITÀ PROATTIVE E SOCIAL PRESCRIBING**


In collaborazione con:

**FEDER SANITÀ**  
ASSOCIAZIONE  
REGIONI AUTONOME

**FASD**  
FEDERAZIONE ITALIANA  
SPECIALITÀ E PREVENZIONE

**DEUTERANO**  
FEDERAZIONE ITALIANA

Per partecipare all'evento  
clicca oppure scaricando  
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 Bianchi, 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. Giannoneo, 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**

Segreteria organizzativa:  
mastermiass@uniroma1.it  
www.https://disse.web.uniroma1.it/node/7146

**Martedì 16.12.2025**

# Il convegno di oggi

Si avvia un processo di condivisione e di validazione ...



## COMUNITA', SOLITUDINI E PRESCRIZIONE SOCIALE

CONVEGNO DI PRESENTAZIONE E CONDIVISIONE DELLE  
**"RACCOMANDAZIONI ITALIANE SULLA PRESCRIZIONE SOCIALE E LE COMUNITA' 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

<b>I° Panel di discussione</b> "Il contributo delle esperienze internazionali alle Raccomandazioni italiane"	<b>III° Panel di discussione</b> "Il ruolo del sociale, del terzo settore e della partecipazione civica nella costruzione di comunità proattive"
<b>II° Panel di discussione</b> "Le Raccomandazioni rivolte alle organizzazioni aziendali e professionali della sanità"	<b>IV° Panel di discussione</b> "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.



## Raccolta e selezione delle possibili Raccomandazioni



### 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.

*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.

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;
- ❑ **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.**

## I nostri tools








# RACCOMANDAZIONI ITALIANE

## SULLA PRESCRIZIONE SOCIALE E LE COMUNITÀ PROATTIVE











# La proposta di Raccomandazioni su Prescrizione sociale e Comunità proattive

**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, Ferdinando Petruzzoli, Francesca Moccia, Fulvio Lonati, Marco Ingrosso, Silvia Scelsi, Luciano Pletti, Alessandro Nobili, Michele Fanello, Silvia Boni, Laura Franceschetti, Paola Capoleva, Marinella D’Innocenzo, Milena Vainieri.

# Principi fondamentali

- ▶ **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.**
- ▶ **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

- ▶ **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.
- ▶ **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.
- ▶ **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.
- ▶ **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/1

- ▶ **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.

## Livello MACRO/2

- ▶ **R3. 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.

# Livello MESO - Criteri di programmazione/1

- ▶ **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.

## Livello MESO - Criteri di programmazione/2

- ▶ **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.

# Livello MICRO-1 - Modelli di attivazione delle comunità/1

- ▶ **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/1

- ▶ **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

## Livello MICRO-2 - Competenze professionali/2

- ▶ **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.