

Glossario e Appendice bibliografica

Gruppo di lavoro:

Laura Franceschetti (coordinatrice), Professoressa, DiSSE, Sapienza Università di Roma

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

Massimo Bonforti, Direttore UOC Cure primarie, Distretto 9 - Asl Roma 2

Annette Corrado, Comitato Direttivo ASQUAS. - Nursing Research Unit IFO presso IRCCS Istituti Fisioterapici Ospitalieri di Roma

Marco Ingrosso, Alleanza per la Riforme delle Cure Primarie in Italia APRIRE

Giulia Lang, - Ricercatrice, DiSSE, Università «Sapienza», Roma

Francesco Mantia, Associazione Italiana per la Qualità dell'Assistenza Sanitaria e Sociale (ASQUAS)

Martina Nuti, Associazione Italiana per la Qualità dell'Assistenza Sanitaria e Sociale (ASQUAS)

Angelo Rossi Mori, già Ricercatore Istituto di Ricerche sulla Popolazione e le Politiche Sociali, CNR

Andea Vannucci, Docente di Programmazione, organizzazione e gestione delle aziende sanitarie - DISM Università Siena



Genesi e finalità del Glossario (1)

- ▶ 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**
- ▶ L'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.
- ▶ **Autunno 2025**: prima raccolta di termini rilevanti, lavoro fondativo al quale si sono aggiunte più di quindici sessioni di lavoro collaborative.
- ▶ 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**.

Genesi e finalità del Glossario (2)

- ▶ serve come **strumento di consenso terminologico** per il gruppo di lavoro CSS, garantendo che tutti i partecipanti condividano lo stesso significato dei termini chiave.
- ▶ **costituisce una componente editoriale del progetto**, destinata a essere pubblicata come appendice dell'ebook CSS o come documento autonomo.
- ▶ 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.

Metodologia di costruzione

- ▶ **DICEMBRE 2025 - FASE 1: raccolta** di circa 150 voci estratte dal foglio di lavoro iniziale (GL11/GCS01) e la loro organizzazione in 6 macrogruppi tematici
 - Sono state inoltre proposte 14 voci di completamento e 39 voci aggiuntive su temi specifici come telemedicina, indicatori di solitudine e silver economy
- ▶ **GENNAIO 2026 - FASE 2: approfondimento e integrazione**
 - Sono state prodotte monografie tematiche sui tipi di solitudine e sui bisogni del long-term care, mappature delle figure professionali e comunitarie, la catalogazione dei fattori di vulnerabilità
- ▶ **FEBBRAIO 2026 - FASE 3: ampliamento sistematico**
 - Sono state aggiunte 72 voci nuove, estratte dai documenti di implementazione del progetto *Comunità, Solitudini e Salute*, così come venivano elaborati in queste fasi iniziali; conseguente espansione della tassonomia da 6 a 11 gruppi tematici.
- ▶ **FEBBRAIO 2026 - FASE 4: unificazione e ricerca bibliografica**
 - Eliminazione ridondanze e ambiguità; unificazione del Glossario in 3 livelli; primo completamento delle voci mancanti e delle sotto-voci.

Criteri di selezione dei termini

- ▶ **Il criterio di rilevanza** → ogni termine sia direttamente pertinente ai temi del progetto. I termini puramente clinici o iperspecialistici che non hanno una connessione diretta con l'azione comunitaria sono stati esclusi.
- ▶ **Il criterio di trasversalità** → il termine sia utilizzato da almeno due delle categorie professionali coinvolte nel progetto (operatori sanitari, operatori sociali, terzo settore, decisori politici, ricercatori).
- ▶ **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** → 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** → il termine abbia un uso concreto nella programmazione, nell'erogazione o nella valutazione dei servizi di salute di comunità.

I Livelli gerarchici del Glossario

- ▶ 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
- ▶ Il **secondo livello** è costituito dai SOTTOGRUPPI, che suddividono ciascun gruppo in sotto-aree più specifiche.
- ▶ 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.

I Gruppi tematici

- ▶ **Il Gruppo 1 (Determinanti, fondamenti della salute e solitudine)** raccoglie 18 voci principali e 6 sotto-voci, e copre i concetti fondativi
- ▶ **Il Gruppo 2 (Servizi territoriali e prossimità)** raccoglie 20 voci e copre l'organizzazione dei servizi
- ▶ **Il Gruppo 3 (Relazioni, connessioni e partecipazione)** raccoglie 13 voci e copre la dimensione relazionale
- ▶ **Il Gruppo 4 (Empowerment, alfabetizzazione e promozione della salute)** raccoglie 12 voci e copre le capacità individuali e collettive
- ▶ **Il Gruppo 5 (Programmazione, pianificazione e governance sanitaria)** raccoglie 21 voci e copre la dimensione organizzativa e gestionale:
- ▶ **Il Gruppo 6 (Attori, ruoli e reti sociali)** raccoglie 22 voci e copre le figure professionali e comunitarie
- ▶ **Il Gruppo 7 (Stratificazione del rischio e population health management)** raccoglie 17 voci e copre i modelli e gli strumenti di stratificazione:
- ▶ **Il Gruppo 8 (Screening, valutazione e strumenti di misura)** raccoglie 15 voci e 3 sotto-voci e copre gli strumenti clinici e sociali
- ▶ **Il Gruppo 9 (Telemedicina e tecnologie digitali)** raccoglie le voci specifiche sulle prestazioni di telemedicina definite dalla Piattaforma Nazionale di Telemedicina
- ▶ **Il Gruppo 10 (Fattori di vulnerabilità)** raccoglie le voci sui fattori di rischio organizzati per dominio:
- ▶ **Il Gruppo 11 (Modelli internazionali e framework)** raccoglie i framework di riferimento

Convenzioni tipografiche e di formato

uno schema uniforme che comprende :

- il lemma in italiano in grassetto, seguito dal termine inglese corrispondente separato da una barra verticale.
- la riga delle fonti bibliografiche (relativi codici che rimandano all'appendice)
- i rimandi ad altre voci correlate
- una lunghezza compresa tra 80 e 200 parole,
- un tono enciclopedico e informativo.
- un'intestazione "Sotto-voce di:" che indica la voce madre e una riga "*Fonte.*" con il riferimento bibliografico specifico.

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.