



Prescrizione sociale

Le linee guida italiane

Presentato a Roma il primo documento nazionale dedicato a comunità proattive e prescrizione sociale. Le raccomandazioni indicano un modello che integra Mmg, servizi sociali e Terzo settore per affrontare solitudine, fragilità e disuguaglianze di salute. Le Case di Comunità individuate come possibile punto di raccordo territoriale

a cura di: **Giorgio Banchieri**¹

con la collaborazione di: **Ferdinando Petrazzuoli**², **Laura Franceschetti**³

Le prime Raccomandazioni italiane su “Comunità proattive e prescrizione sociale” sono state presentate a Roma, presso l’Università Sapienza, al termine di un percorso di ricerca e confronto che ha coinvolto istituzioni nazionali e internazionali, società scientifiche, organizzazioni civiche e rappresentanti del Terzo settore. Il documento propone un cambio di paradigma nell’assistenza territoriale: affiancare alle cure tradizionali interventi capaci di agire sui determinanti sociali della salute, valorizzando il ruolo della medicina generale, delle reti di comunità e delle Case di Comunità nella presa in carico delle persone più fragili. Oltre alle Raccomandazioni sono stati presentati gli Allegati tecnici di supporto. L’incontro si è svolto alla presenza di Oms Europa, *Wonca Europe*, *EuroHealthNet*, ministeri competenti, Agenas, Iss, Regioni, organizzazioni d’impresa, società professionali e scientifiche, reti associative, Cittadinanzattiva, CSVnet, numerosi soggetti del Terzo settore e del volontariato, oltre alla Commissione salute della Cei.

Sostenibilità ed equità

La sostenibilità della sanità e del sistema sociale non può più essere valutata esclusivamente sul piano economico. Le nuove Raccomandazioni richiamano infatti una visione più ampia, che comprende aspetti organizzativi, ambientali e relazionali, con l’obiettivo di garantire a ogni persona la possibilità di raggiungere il miglior livello di salute possibile, indipendentemente dalla propria condizione socioeconomica.

L’equità, infatti, non consiste nel dare a tutti la stessa cosa, ma nel permettere a ogni persona di raggiungere il massimo potenziale di salute senza essere penalizzata da condizioni socioeconomiche. Significa abbattere barriere economiche e burocratiche che spingono molte famiglie italiane a integrare le cure con spese private, e coinvolgere comunità locali e persone vulnerabili nella definizione delle politiche.

La sostenibilità sanitaria e sociale ha una dimensione finanziaria, organizzativa, ecologica e relazionale, e richiede modelli capaci di ottimizzare le risorse pubbliche, ridurre l’impatto ambientale delle strutture, promuovere una sanità verde/sostenibile e rafforzare fiducia, trasparenza e partecipazione. L’approccio “*One Health*” lega

salute umana, animale e ambientale; il Piano nazionale di prevenzione integra l’equità per ridurre le disuguaglianze regionali. Tra gli strumenti più rilevanti per contrastare le disuguaglianze sanitarie in Italia figura il Programma nazionale equità nella salute (Pnes) 2021-2027, un piano strategico destinato alle sette Regioni del Mezzogiorno maggiormente esposte a criticità socioeconomiche e sanitarie: Basilicata, Calabria, Campania, Molise, Puglia, Sardegna e Sicilia.

Finanziato attraverso risorse europee del Fondo europeo di sviluppo regionale (Fesr) e del Fondo sociale europeo Plus (Fse), il programma punta a ridurre il divario nell’accesso ai servizi sanitari tra le diverse aree del Paese, rafforzando al tempo stesso la capacità di risposta dei sistemi sanitari regionali. La *governance* è affidata al Ministero della salute, mentre la realizzazione degli interventi coinvolge direttamente le amministrazioni regionali e le aziende sanitarie locali. L’iniziativa nasce dalla consapevolezza che le condizioni sociali, economiche e culturali influenzano profondamente lo stato di salute delle persone. Povertà, fragilità economica, basso livello di istruzione, isolamento sociale e difficoltà di accesso ai servizi rappresentano infatti determinanti che possono tradursi in una minore aspettati-

¹ Segretario nazionale Asiquas - Docente Disse Sapienza Università di Roma

² Wonca Europe Executive Board
Wonca Europe Special Interest Group on Social Prescribing and Community Orientation

³ Disse Sapienza Università di Roma

va di vita e in peggiori esiti di salute. Per questo motivo il Pnes concentra le proprie azioni su quattro ambiti considerati strategici:

1. Il primo riguarda il contrasto alla povertà sanitaria, attraverso misure rivolte alle persone più vulnerabili per facilitare l'accesso a farmaci, visite specialistiche, percorsi di prevenzione e servizi assistenziali. L'obiettivo è ridurre le rinunce alle cure dovute a difficoltà economiche, un fenomeno che negli ultimi anni ha interessato quote crescenti della popolazione.

2. Una seconda area di intervento è dedicata alla salute mentale, con il potenziamento dei servizi territoriali destinati a bambini, adolescenti e adulti in condizioni di disagio psicologico o sociale. Il programma mira a rafforzare la presa in carico precoce, l'integrazione tra servizi sanitari e sociali e la prossimità dell'assistenza.

3. Particolare attenzione viene inoltre riservata alla medicina di genere, promuovendo modelli assistenziali capaci di considerare le differenze biologiche, sociali e culturali tra uomini e donne. L'obiettivo è favorire diagnosi più tempestive, trattamenti più appropriati e una maggiore personalizzazione delle cure.

4. Infine, il programma interviene sul fronte della prevenzione oncologica, sostenendo l'aumento della partecipazione agli *screening* per il tumore della mammella, della cervice uterina e del colon-retto. In molte aree del Sud, in-

fatti, i tassi di adesione risultano ancora inferiori rispetto alla media nazionale, con conseguenze rilevanti sulla diagnosi precoce e sugli esiti clinici.

Nel loro insieme, le misure previste dal Pnes si inseriscono in una strategia più ampia che punta a rafforzare l'equità del Ssn, riconoscendo che il diritto alla salute non dipende soltanto dall'offerta di servizi sanitari, ma anche dalla capacità delle istituzioni di intervenire sui determinanti sociali che generano disuguaglianze. Per questo il programma viene spesso indicato come uno dei principali laboratori di sperimentazione delle politiche di sanità pubblica orientate all'equità e alla prossimità delle cure.

Le Comunità proattive

In sanità e nel sociale le comunità proattive sono gruppi di persone e reti territoriali che agiscono in modo anticipatorio, superando la "sanità di attesa". In sanità la proattività coincide con la medicina d'iniziativa: identificare precocemente i fattori di rischio, monitorare i pazienti cronici, prevenire riacutizzazioni e accessi impropri al Pronto soccorso, attivare le Case di Comunità previste dal Dm 77/2022 come riferimento vicino a casa per cure primarie, prevenzione e assistenza multidisciplinare.

Sul piano sociale, una comunità proattiva è una rete coesa in cui cittadini e associazioni diventano *partner* dei ser-

vizi pubblici. Medici e operatori possono "prescrivere" attività non mediche, come gruppi di cammino, volontariato o corsi d'arte, per contrastare solitudine e isolamento, valorizzare competenze presenti nel quartiere e creare ambienti favorevoli a sani stili di vita e inclusione (tabella 1).

La prescrizione sociale

La prescrizione sociale consente a medici e operatori sanitari di indirizzare i pazienti verso risorse e attività non cliniche presenti nella comunità, come arte, natura e volontariato, per migliorare il benessere complessivo. Il modello punta a un universalismo progressivo: accesso per tutti, ma supporto graduato secondo bisogni e fragilità.

Non riguarda categorie chiuse: integra nel tessuto sociale chiunque ne abbia bisogno e raggiunge attivamente popolazioni isolate o complesse, come Neet e anziani soli, anche tramite figure specializzate come i *Link worker*. L'approccio non chiede soltanto "cosa non va?", ma "cosa conta per te?", così l'intervento resta pertinente alla persona e al suo contesto.

Affrontando determinanti sociali della salute come reddito, istruzione e ambiente, la prescrizione sociale promuove equità, supera difficoltà di accesso nelle aree svantaggiate e rende più resiliente il sistema. Le reti tra sanità, Comuni e Terzo settore generano benessere sostenibile, valorizzando risorse territoriali già esistenti. In Italia le Case di Comunità possono diventare *hub* in cui medici, infermieri e assistenti sociali collaborano per una presa in carico globale.

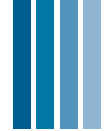
Le evidenze empiriche

Studi richiamati da Ibsa foundation e *British Medical Journal* mostrano che la prescrizione sociale può ridurre visite mediche e accessi al Pronto soccorso, migliorando la qualità della vita. La partecipazione settimanale a gruppi di

TABELLA 1

Sintesi delle differenze tra modello reattivo e proattivo

| Caratteristica | Modello reattivo (tradizionale) | Modello proattivo |
|----------------------------|--------------------------------------|--|
| Focus | Cura della malattia acuta | Promozione del benessere e prevenzione |
| Azione | Attende che il paziente chieda aiuto | Anticipa bisogni e monitora rischi |
| Ruolo del cittadino | Utente passivo | Partner attivo e responsabile |
| Obiettivo | Risoluzione del sintomo | Autonomia e qualità della vita |



canto negli over 65 per tre mesi è stata associata a riduzione dello stress e miglioramento della salute mentale.

Il modello "Choirs and general health in older adults" ha stimato un beneficio economico di 553 sterline per persona all'anno; su larga scala, nel contesto Uk, l'approccio potrebbe generare risparmi rilevanti. Il percorso prevede spesso un *Link worker* che collega i pazienti alle risorse territoriali, rafforzando *life skill*, *health literacy* e reti sociali e culturali esistenti.

Altre esperienze europee includono:

- **Frome (Uk):** riduzione dei ricoveri d'emergenza del 14% in tre anni, con modello *bottom-up* e *Community connectors*, ma dipendente da *leadership* e contesto favorevole;
- **Splw Inghilterra:** oltre 2.662 operatori, formazione Pci accreditata, finanziamento Arrs, riduzione di visite Mmg e accessi Ps e rapporto costo-beneficio Nhs stimato positivo;
- **Irlanda Hse:** più di 44 servizi, copertura nazionale e trial clinici richiamati da Kiely et al.;
- **Spagna:** *Estrategia de salud comunitaria*, *Agentes de salud de base comunitaria a Barcellona*, *Plan de acción de atención primaria y comunitaria 2022-2023 e governance multili-*

vello delle Comunidades autónomas. In Brasile la prescrizione sociale non è definita da una legge specifica, ma è integrata nel Sistema *único de saúde (Sus)* attraverso medicina territoriale e di comunità. L'Esf - *Estratégia saúde da família* è la porta d'ingresso del sistema e integra cure sanitarie e servizi sociali; le *equipe* di Psf, con medici, infermieri e Agenti comunitari di salute (Acs), operano localmente per rispondere anche ai bisogni sociali.

Un cambio di paradigma

Comunità proattive e prescrizione sociale segnano il passaggio dalla cura del singolo alla promozione del benessere attraverso reti relazionali. La comunità non è solo luogo geografico, ma risorsa attiva per la salute. Il supporto viene modulato in base al bisogno, contrastando solitudine, fragilità relazionale e disuguaglianze che spesso gravano sul Servizio sanitario nazionale.

Si passa dal "cosa hai?" al "cosa conta per te?". Le Comunità proattive sono ecosistemi in cui cittadini, Terzo settore e associazioni si attivano in rete, sostenendo i servizi e producendo coesione. Un ruolo importante è svol-

to dalla figura del *Link worker*, professionista che facilita il collegamento tra la persona e le risorse presenti sul territorio, favorendo lo sviluppo delle competenze individuali, delle reti sociali e della *health literacy*.

I principi chiave sono: valorizzare le risorse che promuovono salute, rendere la comunità *partner* nella progettazione, integrare medici di medicina generale, servizi sociali e Terzo settore.

In Italia il modello si diffonde come risposta all'isolamento e alla cronicità, in linea con la "salute in tutte le politiche". È un lavoro di comunità che sposta il *focus* dalla cura dell'acuto alla gestione proattiva del benessere di una popolazione.

L'obiettivo finale è rendere il sistema più equo e resiliente, contrastando le disuguaglianze e promuovendo un modello di assistenza centrato sulla persona e sulla comunità. Una prospettiva che si inserisce pienamente nel dibattito sulla riorganizzazione delle cure primarie e sul futuro della medicina territoriale in Italia.

Accedi al testo delle Raccomandazioni al link:

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

LA RETE ITALIANA

La rete italiana coinvolge Asiquas, il Disse della Sapienza Università di Roma, l'Alleanza per la riforma delle cure primarie/Libro azzurro, Cittadinanzattiva, l'Istituto di ricerche farmacologiche Mario Negri Irccs, Card, il Laboratorio management e sanità della Scuola superiore Sant'Anna, la Regione Toscana e la Regione Emilia-Romagna, Oms Europa con la sede di Venezia, Wonca Europe e il suo Special interest group su Social prescribing and community orientation. All'incontro di Roma hanno partecipato anche istituzioni, università, centri di ricerca, organizzazioni non profit, associazioni e società scientifiche. Il lavoro preparatorio è stato sostenuto da un Comitato scientifico e da Gruppi di lavoro tematici. Il processo è stato promosso da Asiquas (Associazione italiana per la qualità nell'assistenza sanitaria e sociale) con **Giorgio Banchieri** e **Silvia Scelsi**, e dal Disse della Sapienza Università di Roma con **Laura Franceschetti**. Ne deriva una proposta plurale, orientata a costruire un linguaggio comune tra sanità pubblica, medicina generale, servizi sociali e comunità. La dimensione europea è stata rafforzata da Luigi Bertinato, in

rappresentanza di Oms Europa, moderatore della sessione "Il contributo delle esperienze internazionali". Nel panel sono intervenuti **Yongjie Yon**, del programma Ageing and health di Oms Europa, **Odd N. Hanssen**, consulente Oms Europa per l'economia del benessere, **Ferdinando Petrazzuoli** e **Joyce Kenkre** per Wonca Europe e per il Sig su Social prescribing and community orientation, **Vania Putatti di Eurohealthnet**, **Juan Manuel Mendive** dell'Istituto catalano della salute e Università di Barcellona, **Jenny Hartnoll**, consulente in prescrizione sociale e sviluppo di comunità, e **Amrita Jesurasa** di Public health wales. Un contributo rilevante è venuto da Wonca Europe, rappresentata da Ferdinando Petrazzuoli e Joyce Kenkre, che ha sottolineato il ruolo della medicina di famiglia nel contrasto ai determinanti sociali della salute e nella promozione di un'assistenza orientata alla comunità. Il convegno ha favorito lo scambio di buone pratiche e rafforzato l'idea della prescrizione sociale come risposta organizzata a solitudine, fragilità relazionale e disuguaglianze di salute.