MCeO
ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI BRESCIA

APRIREnetwork
Assistenza PRimaria In REte
Salute a Km 0

Convegno

SOLITUDINE E SALUTE
Attivazione della Comunità e prescrizione sociale

Sala Conferenze Ordine Medici Chirurghi e Odontoiatri – Via Lamarmora 167 – Brescia

martedì 10 novembre 2026 - ore 19.00



Presentazione delle Raccomandazioni:

livello meso -programmazione- e **livello micro1** -attivazione delle comunità-

Luciano Pletti

PREMESSE:

La prescrizione sociale è un processo che consente di allontanarsi da un modello “riparativo” per dirigersi verso un **sistema salutogenico**, che aiuta a costruire e promuovere la salute: **non solo pazienti con bisogni, ma, prima di tutto, persone con risorse da condividere nella società**.

La prescrizione sociale ha il pregio di **mettere al centro la persona**, concentrandosi su ciò che conta nelle loro esistenze, sui valori, sulle competenze e sulle potenzialità.

Gli studi di efficacia sulla Salute e sul ben-essere dei programmi di Prescrizione Sociale presentati nel documento, come la letteratura di economia sanitaria, sono abbondanti: acclarano il risparmio dato dalla minor prescrizione di farmaci (es. ipoglicemizzanti, insulina, antidolorifici, psicofarmaci…), esami inappropriati (es. radiografie, tac…), prestazioni mediche e riabilitative.

PUNTI DI FORZA:

Gli impatti sul servizio sanitario e sull'economia si registrano nella **diminuzione dei ricoveri, delle presenze nei pronto soccorso e di richieste di visite mediche**, con effetti economici sugli investimenti.

Diffusione:
La prescrizione sociale é stata implementata in diversi Paesi, incusa l'Australia, il Canada, l'Irlanda, il Giappone, la Nuova Zelanda, il Portogallo, Singapore, e il Regno Unito, con progetti pilota avviati anche in diverse aree del Pacifico Occidentale, compresa la Cina.

Uno dei principali vantaggi della prescrizione sociale è che **fornisce un collegamento a servizi che, nella maggior parte dei casi, sono già disponibili nelle comunità locali**, quindi potenzialmente in grado di generare un impatto significativo a un costo relativamente basso, rendendo così prontamente accessibile una modalità efficace per affrontare i determinanti sociali della salute, in grado potenzialmente di ridurre la domanda e i costi dell'assistenza sanitaria.

… NON SOLO:

la prescrizione sociale **riannoda i preziosi legami con la comunità**, promuove la demedicalizzazione, contrasta lo stigma.

Le persone che hanno maggiori probabilità di trarne beneficio sono:

- persone con patologie croniche
- persone sole o socialmente isolate
- persone ad alto rischio di disturbi mentali
- persone vulnerabili, ad esempio a causa dell'età o della loro condizione economica

Richiamo al razionale del convegno.

le "Raccomandazioni italiane su Comunità proattive e prescrizione sociale", serie organica di ***indicazioni specifiche da poter essere tradotte in azioni territoriali****, flessibili per poter essere adattate ai diversi contesti locali, fondate da poter resistere al confronto con le evidenze scientifiche e con la realtà dei servizi.*

Si collocano nell'intersezione tra la ***traiettoria scientifica che riconosce la solitudine come determinante di salute****, l'emergere del social prescribing come modello operativo per connettere i servizi con le risorse comunitarie e le indicazioni della Missione 6 del PNRR e del conseguente DM 77/2022.*

Il percorso di selezione delle Raccomandazioni

Fase 1 - Raccolta (2024-2025). Dai Tavoli tematici del convegno del giugno 2025 emergono 177 raccomandazioni, organizzate per livello istituzionale (Macro, Meso, Micro-1 e Micro-2), ciascuna accompagnata da una scheda descrittiva con fonti, evidenze e indicazioni operative.

Fase 2 - Prioritizzazione (fine 2025 - inizio 2026). Una matrice ad 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 (2026) Le 27 raccomandazioni prioritarie vengono accorpate e armonizzate in 20 raccomandazioni consolidate, mantenendo la distribuzione sui 4 livelli istituzionali (Macro, Meso, Micro-1 e Micro-2).

Raccordo con esperienze internazionali

Esperienze internazionali di *social prescribing*, ospitate già nel convegno di giugno 2025 (cfr. Frome Model, Somerset - UK), tanto da approfondire le caratteristiche di alcuni modelli di comunità proattive in un successivo workshop online, a dicembre 2025.

Con il coordinamento del *WHO - European Office for Investment for Health and Development* e di *Wonca-World Organization of Family Doctors* sono stati raccolti i contributi di esperienze dal Galles, dalla Spagna e dalla Catalogna, con una attenzione ai ruoli delle figure di connessione sociale tra operatori sanitari, sociosanitari e sociali e i cittadini, i così detti *social connector* o *link connector*

A TOOLKIT ON HOW TO IMPLEMENT SOCIAL PRESCRIBING
– IL MANUALE WHO, 2022 -

si presenta come una guida pratica per l'attuazione di un programma di prescrizione sociale. Messo a punto dall'Ufficio Regionale per il Pacifico Occidentale dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), il testo è indirizzato alle organizzazioni, ai decisori e ai singoli professionisti sanitari che vogliano aggiungere questa opportunità - relativamente nuova in Italia, ma già di usa in altri paesi europei ed extraeuropei - all'offerta rivolta agli utenti dei servizi sanitari.

La guida dell'OMS chiarisce in cosa consista e da dove origini l'utilizzo della prescrizione sociale: si tratta di un mezzo che, basandosi sulle prove scientifiche relative all'impatto dei fattori socioeconomici sulla salute e sull'ipotesi che affrontare i determinanti sociali sia cruciale per migliorare gli esiti di salute, permette ai professionisti sanitari di ricorrere a servizi e risorse non cliniche della comunità a vantaggio del benessere dei pazienti.





Luciano Pletti

Convegno/laboratorio
SOLITUDINI E SALUTE:
attivazione delle comunità e prescrizione sociale
Brescia 10 novembre 2026

A TOOLKIT ON HOW TO IMPLEMENT SOCIAL PRESCRIBING – IL MANUALE WHO, 2022 -

Un percorso classico di prescrizione sociale prevede che il professionista sanitario delle cure primarie, accertata la necessità del proprio paziente di avvalersi di questo approccio, lo indirizzi a un operatore di collegamento (**link worker** nel testo originale) fra il servizio sanitario e i servizi presenti nella comunità.

L'operatore di collegamento - che può essere un professionista dei servizi sociali, del terzo settore o una figura coinvolta ad hoc - lavora con il paziente per sviluppare un piano di benessere personalizzato e appropriato ai suoi bisogni, rispondente alle sue necessità e aspirazioni.

Invia quindi il paziente a uno specifico servizio della comunità, dove egli partecipa ad attività individuali o di gruppo che possono andare dall'attività fisica, alle attività artistiche, occupazionali o di volontariato, al supporto abitativo, alla consulenza per l'accesso al credito. I progressi legati alla partecipazione all'attività vengono riportati periodicamente all'operatore di collegamento e al professionista sanitario.

LE RACCOMANDAZIONI

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.*

Attori istituzionali, esperti di settore e operatori del territorio hanno partecipato ai tavoli confrontandosi sui metodi e sulle principali evidenze, al fine di elaborare prime indicazioni condivise sulla base delle quali tracciare successivamente una traiettoria verso le Raccomandazioni nazionali.

OBIETTIVO*: 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.*

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. Ciò significa 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 sociosanitari di promozione comunitaria definendo caratteristiche e costi di riferimento, da approvare in Conferenza Stato-Regioni.*
- ***Strumenti operativi e interoperabilità****. Utilizzo di strumenti organizzativi e informativi idonei a garantirne concreta applicazione, tracciabilità e valutazione nel tempo. L'integrazione sociosanitaria 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 stili di vita sani 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 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.

Livello MESO



- Criteri di programmazione

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

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.

Livello MESO



- Criteri di programmazione

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.

Livello MESO

- Criteri di programmazione



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 Unita 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 MESO

Aspetti **fondamentali** del livello di programmazione



le Aziende, i Distretti e gli ATS debbano evolvere da semplici erogatori di prestazioni a **"orchestratori" di salute**, superando la logica dei silos attraverso la coprogettazione e il coinvolgimento del terzo settore.

Sebbene riforme come il DM77 e il PNRR offrano una cornice strutturale (Case di Comunità, COT), il rischio è che queste rimangano "scatole vuote" a causa della carenza di personale e di una cultura della sussidiarietà ancora poco radicata nel sanitario.

La prescrizione sociale viene presentata come una risorsa strategica per **intercettare il bisogno sommerso e umanizzare le cure**, a patto però di non utilizzarla come mero "cerotto" per colmare le lacune strutturali del sistema.

Livello MESO



Temi chiave e decisioni strategiche

Cambio di paradigma organizzativo: Le aziende sanitarie devono passare da una visione centrata sulla prestazione a una visione di rete, agendo come facilitatori di "patti di comunità" e equipe di prossimità.

Valorizzazione della prescrizione sociale: Considerata come l'"ossigeno" del sistema, permette di trasformare le strutture (come le COT) in interfacce attive tra risorse comunitarie e bisogni dei cittadini, riducendo il ricorso a interventi clinici «invasivi» (es. riduzione di oppioidi o farmaci antidepressivi).

Superamento dei modelli di valutazione tradizionali: È necessario abbandonare i soli parametri clinici (trial) a favore di metriche di *Social Return on Investment* (SROI) e indicatori di qualità della vita per misurare l'efficacia degli interventi sociali.

Sfide strutturali: Il finanziamento dell'innovazione sociale rimane critico in un contesto di risorse scarse e priorità cliniche urgenti. È fondamentale evitare che la prescrizione sociale diventi una soluzione di ripiego per le inefficienze del Servizio Sanitario Nazionale.

Coprogettazione e formazione: È urgente investire nella formazione degli operatori per integrare le competenze sociali in quelle sanitarie, rendendo la coprogettazione una pratica sistematica e non episodica.

Obiettivo finale: La costruzione di relazioni solide tra istituzioni, terzo settore e cittadinanza è indicata come l'unica strategia sostenibile per garantire l'universalità, l'equità e l'accessibilità del sistema sanitario futuro.

Livello Micro-1

- Criteri di attivazione della 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.

Identificare quali conoscenze, competenze e capacità esistono già nella comunità (**asset comunitari**)

Livello Micro-1

- Criteri di attivazione della comunità -



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.

Livello Micro-1

- Criteri di attivazione della comunità -



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.

Livello Micro-1

- Criteri di attivazione della comunità -



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.

Principali attività comunitarie oggetto di prescrizione sociale

Per gli anziani fragili, queste attività sono particolarmente importanti perché permettono di rafforzare i legami sociali, mantenere le capacità residue e promuovere la partecipazione alla vita della comunità.

1. **Attività ambientali e orti comunitari**
   - Orti sociali e giardinaggio condiviso.
   - Cura di parchi e spazi verdi.
   - Attività di educazione ambientale.



2. **Attività culturali e artistiche**
   - Teatro amatoriale e laboratori teatrali.
   - Cori, musica e canto.
   - Pittura, ceramica e attività manuali.
   - Visite a musei, mostre e biblioteche.



3. **Attività motorie e ricreative**
   - Gruppi di cammino.
   - Ginnastica dolce e attività motoria adattata.
   - Ballo e danze di gruppo.
   - Attività ludico-sportive.



4. **Attività di socializzazione**
   - Centri di aggregazione e centri anziani.
   - Gruppi di lettura e conversazione.
   - Giochi di società e tornei di carte.
   - Pranzi e momenti conviviali.



5. **Volontariato e partecipazione civica**
   - Attività presso associazioni di volontariato.
   - Banche del tempo.
   - Iniziative di solidarietà.
   - Attività intergenerazionali e supporto alla comunità.



6. **Apprendimento e formazione**
   - Corsi di alfabetizzazione digitale.
   - Università della terza età.
   - Laboratori di lingua e cultura.
   - Incontri informativi e formativi.



7. **Attività intergenerazionali**
   - Incontri tra anziani e bambini.
   - Laboratori con le scuole.
   - Racconti di vita e memoria storica.
   - Scambio di competenze tra generazioni.



… e molto altro ancora

- Pet therapy e attività con animali: incontri con animali, cura di piccoli animali.
- Caffè Alzheimer: momenti di incontro per persone con decadimento cognitivo e familiari.
- Gruppi di mutuo aiuto: per caregiver, persone sole o con esperienze di lutto.
- Volontariato di prossimità: compagnia a domicilio, accompagnamento e piccole commissioni.
- Attività di comunità solidale: vicinato attivo, reti di buon vicinato, gruppi di aiuto reciproco.
- Attività religiose e spirituali: incontri comunitari e iniziative delle comunità religiose, se desiderati dalla persona.

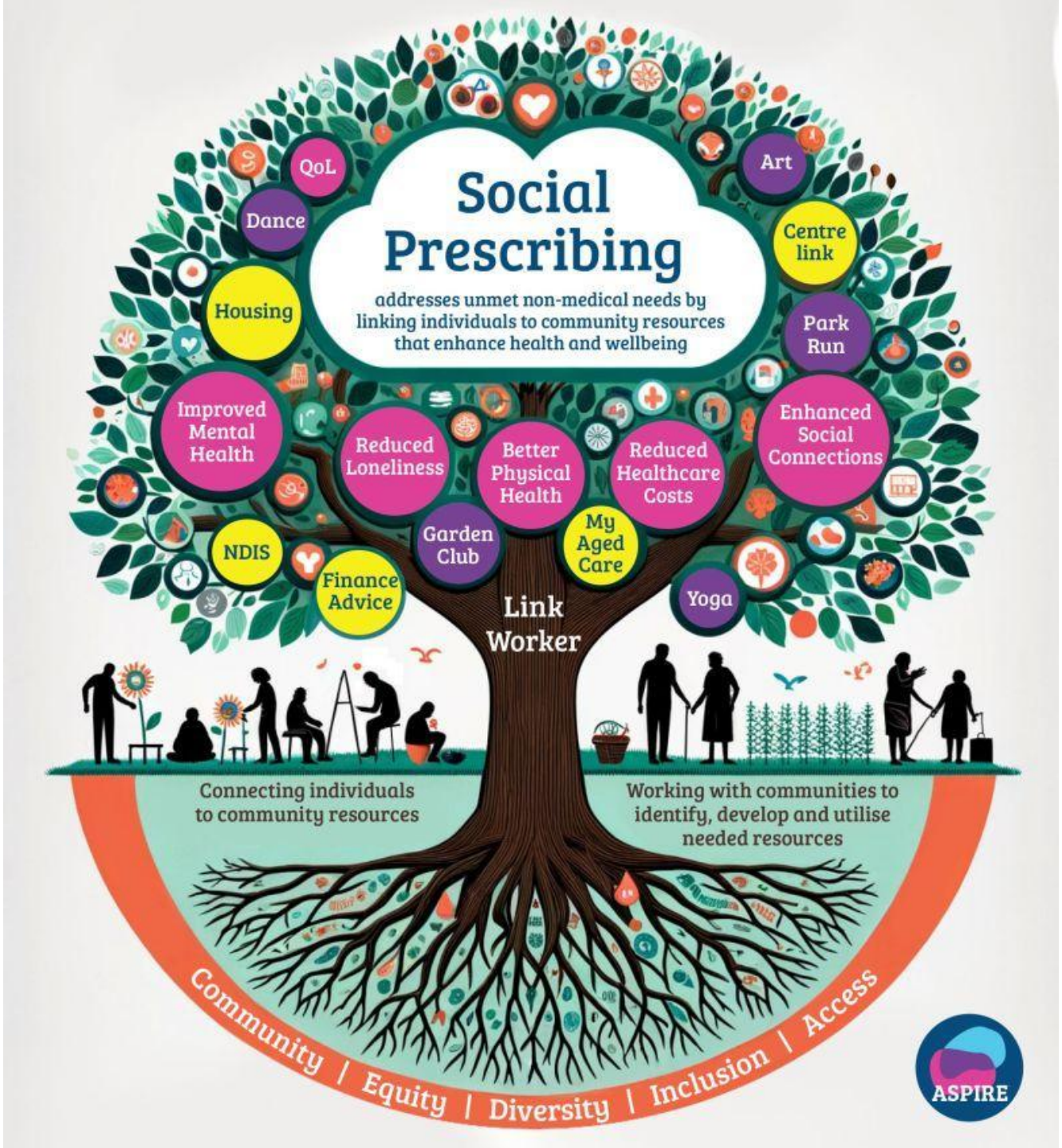
RUOLO E RISORSA (asset) DEL VOLONTARIATO



La natura non formale del volontariato aiuta a coinvolgere e responsabilizzare persone che altrimenti potrebbero sentirsi "non adatte" o avere difficoltà a raggiungere il successo in altri contesti

Le persone che vengono indirizzate ad organizzazioni di volontariato per migliorare la propria salute e il proprio benessere, una volta risolti i loro problemi, spesso diventano volontari per aiutare altre persone che affrontano problemi simili.

Effetto moltiplicatore di benessere sociale: welfare generativo



Luciano Pletti

Il Distretto non è un luogo,

è una missione.

È Una Utopia

IL DISTRETTO, DA SOLO, NON CURA NESSUNO:
SONO LE PERSONE CHE SI PRENDONO CURA DELLE PERSONE.

IL DISTRETTO È LA REGIA CHE RICOMPONE
ATTORNO ALLA PERSONA CIÒ CHE L'ORGANIZZAZIONE SEPARA.



Grazie per l'attenzione

Luciano Pletti