



**UNIVERSITÀ
DI PARMA**

Università degli Studi di Parma

Dipartimento di Giurisprudenza, Studi politici e
internazionali

Master di II livello in Salute Collettiva: teorie e pratica del
Community Health Approach

**Salute collettiva e prescrizione sociale:
dal contesto modenese al modello
brasiliano per una strategia territoriale
integrata di Geriatria Territoriale**

Relatrice:

Chiar.mo Prof.
Vincenza Pellegrino

Candidata:

Glenda Garzetta

Anno Accademico 2024-2025

INDICE

RIASSUNTO.....	5
ABSTRACT	6
INTRODUZIONE	7
PARTE I – Fondamenti teorici e modelli di riferimento per la salute collettiva	9
CAPITOLO 1	9
Contesto epidemiologico, sociale e organizzativo	9
1.1 La transizione epidemiologica e i limiti del modello biomedico.....	9
1.2 I determinanti sociali della salute	10
1.2.1 Determinanti sociali e ambientali nel rischio di demenza	11
1.2.2 Solitudine e isolamento sociale come determinanti emergenti.....	12
1.3 L’approccio One Health: una cornice integrata per la salute collettiva	15
1.4 La Salute Collettiva	16
1.4.1 Il ruolo della partecipazione comunitaria.....	18
1.4.2 La transdisciplinarietà come cornice per la salute collettiva.....	18
1.4.3 Dalla visione analogica alla visione rizomatica: facilitazione situata e complessità dei bisogni.....	20
1.4.4 Il welfare pubblico partecipativo come cornice per la salute collettiva.....	21
1.5 Verso un modello territoriale integrato di salute collettiva	22
1.6 Scopo della tesi.....	23
CAPITOLO 2	24
Il modello brasiliano del Sistema Único de Saúde come riferimento di salute collettiva.....	24
2.1 Origine e principi del Sistema Único de Saúde (SUS)	24
2.2 Il ruolo degli Agenti Comunitari di Salute e delle Unità di Salute della Famiglia	25
2.3 Pratiche di salute collettiva osservate durante il tirocinio	27
2.4 Confronto strategico tra il modello brasiliano e il contesto modenese.....	29
2.5 Elementi strategicamente trasferibili al contesto italiano.....	30
CAPITOLO 3	31
Prescrizione sociale: modelli, evidenze e applicazioni	31
3.1 Definizione e principi della prescrizione sociale.....	31
3.1.1 Prescrizione clinica e prescrizione sociale: logiche complementari.....	32
3.1.2 Benefici attesi della prescrizione sociale.....	33
3.1.3 Il Toolkit dell’OMS e la diffusione del modello.....	34
3.2 Esperienze internazionali	34

3.2.1 Il Regno Unito: il modello più avanzato.....	34
3.2.2 Altre esperienze internazionali.....	35
3.3 La prescrizione sociale in Italia.....	35
3.3.1 Il contesto dell'Emilia-Romagna.....	37
3.4 Ruolo del Terzo Settore e delle reti comunitarie.....	41
3.5 Evidenze sull'impatto e limiti dei modelli attuali.....	42
PARTE II – CONTESTO E CASI DI STUDIO.....	42
CAPITOLO 4.....	42
Il contesto modenese e i progetti territoriali di prevenzione e inclusione di Geriatria Territoriale.....	42
4.1 Inquadramento socio-demografico e implicazioni di sistema.....	42
4.2 Fragilità, solitudine e disturbi neurocognitivi: il bisogno “preventivo” come priorità organizzativa.....	43
4.3 <i>Dementia Friendly Community</i> : infrastruttura sociale abilitante.....	44
4.4 Il progetto “Prevenzione e Inclusione” (Bando Personae 2024): prima tappa pilota verso il modello organizzativo.....	45
4.4.1 Obiettivi e azioni.....	46
4.4.2 Risultati e valore sistemico.....	46
4.4.3 Analisi strategica e funzione pilota.....	49
PARTE III – Progettazione e formalizzazione del modello organizzativo.....	51
MATERIALI E METODI.....	51
CAPITOLO 5.....	51
Intercettazione della fragilità e implementazione della partecipazione comunitaria (prescrizione sociale): un modello organizzativo di geriatria territoriale per l'inclusione e la promozione della salute.....	51
5.1 Premessa.....	51
5.2 Logica generale del modello organizzativo territoriale.....	52
5.3 Individuazione della fragilità e mappatura territoriale come asse del modello.....	53
5.4 Funzioni dei professionisti territoriali nel modello.....	54
5.5 Matrice operativa “Fragilità → Prescrizione sociale → Esiti attesi”.....	57
5.6 Organizzazione operativa.....	59
5.7 Indicatori di monitoraggio.....	59
5.8 Durata e prospettive evolutive.....	59
Conclusioni del Capitolo 5.....	60
RISULTATI.....	61
CAPITOLO 6.....	61

Studio di fattibilità del modello organizzativo di Geriatria Territoriale per l'inclusione e la promozione della salute: intercettazione della fragilità e implementazione della partecipazione comunitaria (prescrizione sociale).....	61
6.1 Inquadramento metodologico	61
6.2 Fattibilità organizzativa	63
6.4 Strumenti di valutazione potenzialmente utilizzabili	65
6.5 Fattibilità in termini di sostenibilità	67
6.6 Fattibilità sistemica e prospettive di sviluppo	68
6.6.1 Condizioni minime di successo del modello.....	68
6.7 Limiti dello studio di fattibilità	70
6.8 Conclusioni del Capitolo 6	70
DISCUSSIONE	71
CONCLUSIONI.....	74
BIBLIOGRAFIA.....	76
ALLEGATI	80

RIASSUNTO

Negli ultimi decenni, la transizione epidemiologica e l'invecchiamento demografico hanno profondamente modificato il profilo dei bisogni di salute, determinando un aumento della cronicità, della fragilità multidimensionale, dei disturbi neurocognitivi e mettendo in crisi il modello sanitario tradizionale.

La presente tesi affronta il seguente problema di ricerca: come strutturare un modello organizzativo territoriale capace di intercettare precocemente la fragilità e integrare stabilmente interventi sanitari e risorse comunitarie in un'ottica di salute collettiva?

L'elaborato approfondisce: i fondamenti teorici della salute collettiva, analizza il modello brasiliano del Sistema Único de Saúde (SUS), la prescrizione sociale; il contesto modenese e propone e formalizza un modello organizzativo territoriale fondato su quattro assi: intercettazione precoce della fragilità; valutazione bio-psico-sociale; attivazione strutturata della prescrizione sociale; governance orientata alla prossimità e alla partecipazione.

Lo studio di fattibilità organizzativa, condotto in chiave esplorativa, conferma la coerenza del modello con l'assetto della sanità territoriale delineato dal DM 77/2022 e la sua integrabilità nelle strutture esistenti (Case della Comunità, COT, Geriatria territoriale), senza necessità di istituire nuovi livelli assistenziali.

La tesi evidenzia come la prescrizione sociale possa configurarsi non come intervento accessorio, ma come dispositivo organizzativo strutturale capace di connettere sistema sanitario e comunità, favorendo prevenzione, inclusione e continuità assistenziale. Il lavoro propone infine una prospettiva evolutiva verso l'istituzionalizzazione di funzioni di comunità, orientando la sanità territoriale verso un modello anticipatorio, partecipativo e coerente con la salute collettiva.

Parole chiave: fragilità multidimensionale; salute collettiva; prescrizione sociale.

ABSTRACT

In recent decades, epidemiological transition and demographic ageing have profoundly reshaped the profile of health needs, leading to an increase in chronic conditions, multidimensional frailty, and neurocognitive disorders, and challenging the traditional healthcare model.

This thesis addresses the following research question: how can a territorial organizational model be structured to enable the early identification of frailty and to sustainably integrate healthcare interventions with community resources within a collective health framework?

The study explores the theoretical foundations of collective health, analyzes the Brazilian *Sistema Único de Saúde* (SUS) model and social prescribing, examines the Modena local context, and proposes and formalizes a territorial organizational model based on four pillars: early identification of frailty; bio-psycho-social assessment; structured activation of social prescribing; and governance oriented toward proximity and participation.

The exploratory organizational feasibility study confirms the model's consistency with the territorial healthcare framework defined by Ministerial Decree 77/2022 and its integrability within existing structures (Community Health Houses, Territorial Operational Centers, Territorial Geriatrics), without the need to establish new levels of care.

The thesis highlights how social prescribing can be understood not as an ancillary intervention, but as a structural organizational device capable of connecting the healthcare system and the community, fostering prevention, inclusion, and continuity of care. Finally, the study proposes an evolutionary perspective toward the institutionalization of community-based functions, guiding territorial healthcare toward an anticipatory, participatory model consistent with the principles of collective health.

Keywords: multidimensional frailty; collective health; social prescribing.

INTRODUZIONE

Negli ultimi decenni, i sistemi sanitari dei Paesi ad alto e medio reddito hanno attraversato una trasformazione strutturale determinata dalla transizione epidemiologica e dall'invecchiamento demografico. La progressiva riduzione della mortalità per patologie acute e infettive ha lasciato spazio a una crescente prevalenza di malattie croniche non trasmissibili, multimorbilità e condizioni di fragilità, con un impatto rilevante sulla sostenibilità organizzativa e finanziaria dei servizi sanitari.

La complessità dei bisogni contemporanei non riguarda esclusivamente la dimensione clinica. L'aumento dell'aspettativa di vita si accompagna infatti a un prolungamento del periodo vissuto in condizioni di vulnerabilità funzionale, cognitiva e relazionale. In questo scenario, fragilità multidimensionale, disturbi neurocognitivi e solitudine emergono come fenomeni strettamente interconnessi, capaci di incidere non solo sugli esiti individuali, ma anche sull'equilibrio dei sistemi territoriali.

La solitudine e l'isolamento sociale, riconosciuti a livello internazionale come determinanti rilevanti di salute, amplificano il rischio di declino funzionale e cognitivo, aumentano la probabilità di ospedalizzazioni evitabili e compromettono la qualità della vita delle persone anziane. Parallelamente, le evidenze scientifiche mostrano come il rischio di demenza e la traiettoria della fragilità siano profondamente influenzati dai determinanti sociali, ambientali e relazionali, richiamando la necessità di superare una visione esclusivamente biomedica della cura.

In questo contesto, il modello sanitario tradizionale, centrato sulla prestazione e sull'evento acuto, mostra limiti strutturali nell'affrontare bisogni cronici e complessi. Diventa quindi necessario orientare l'organizzazione territoriale verso assetti integrati, capaci di connettere interventi clinici, risorse comunitarie e azioni preventive in una prospettiva di salute collettiva.

Il problema di ricerca che questa tesi intende affrontare può essere così sintetizzato:

“come strutturare un modello organizzativo territoriale capace di intercettare precocemente la fragilità e integrare stabilmente attività comunitarie in un’ottica di salute collettiva?”

L'obiettivo è progettare e argomentare un modello territoriale integrato fondato su:

- intercettazione precoce della fragilità;
- valutazione bio-psico-sociale sistematica;
- attivazione formale della prescrizione sociale;
- governance territoriale orientata alla prossimità e alla partecipazione.

Le domande guida che orientano l'analisi sono:

1. In che modo fragilità, solitudine e disturbi neurocognitivi si intrecciano nella produzione di vulnerabilità in età avanzata?
2. Quali condizioni organizzative rendono possibile integrare in modo strutturato risorse sanitarie e comunitarie?
3. Come trasformare pratiche territoriali già esistenti in un modello sistemico formalizzato e trasferibile?
4. Quali dispositivi di governance e monitoraggio sono necessari per garantire sostenibilità e istituzionalizzazione?

Il contributo della tesi si articola su tre livelli: in primo luogo, propone una lettura integrata della fragilità che connette evidenze epidemiologiche, determinanti sociali, approccio One Health e paradigma della salute collettiva, superando la frammentazione tra ambito clinico e sociale; in secondo luogo, elabora un modello organizzativo formalizzato di prescrizione sociale territoriale, traducendo esperienze progettuali e pratiche di comunità in una sequenza operativa chiara e replicabile; in terzo luogo, analizza la fattibilità organizzativa e sistemica del modello, collocandolo all'interno degli attuali indirizzi normativi della sanità di prossimità.

In questa prospettiva, la tesi non si limita a descrivere un fenomeno o un'esperienza progettuale, ma intende offrire un dispositivo concettuale e operativo per orientare la riorganizzazione territoriale verso un modello strutturato, anticipatorio e comunitario di salute collettiva.

PARTE I – Fondamenti teorici e modelli di riferimento per la salute collettiva

CAPITOLO 1

Contesto epidemiologico, sociale e organizzativo

1.1 La transizione epidemiologica e i limiti del modello biomedico

Negli ultimi decenni, i sistemi sanitari dei Paesi ad alto e medio reddito hanno attraversato una profonda trasformazione nel profilo delle malattie e delle condizioni di salute della popolazione. Tale processo, noto come transizione epidemiologica, descrive il passaggio da un predominio di patologie infettive e acute, caratterizzate da elevata mortalità, a una crescente prevalenza di malattie croniche non trasmissibili, quali patologie cardiovascolari, diabete mellito, malattie respiratorie croniche, disturbi muscolo-scheletrici e patologie neurodegenerative. Questa evoluzione è strettamente connessa all'invecchiamento demografico, al miglioramento delle condizioni igienico-sanitarie, ai cambiamenti negli stili di vita e ai processi di urbanizzazione.

La transizione epidemiologica non comporta soltanto una diversa distribuzione delle patologie, ma determina un aumento significativo della complessità dei bisogni di salute. Le condizioni croniche risultano frequentemente associate a multimorbidità, fragilità fisica e funzionale, declino cognitivo, disabilità progressiva e isolamento sociale. Ne deriva una domanda di assistenza continuativa, personalizzata e multidimensionale, che coinvolge non solo la dimensione clinica, ma anche quella sociale, relazionale e ambientale (Beard et al., 2016).

In questo scenario emergono con chiarezza i limiti del modello biomedico tradizionale, che ha orientato per oltre un secolo l'organizzazione dei sistemi sanitari. Fondato su una logica diagnostico-terapeutica centrata sulla malattia e sull'evento acuto, tale modello ha prodotto risultati straordinari nella riduzione della mortalità e nel trattamento delle patologie infettive. Tuttavia, applicato alle condizioni croniche e alla fragilità, esso mostra criticità rilevanti. In particolare, il modello biomedico tende a:

- focalizzarsi sulla patologia piuttosto che sulla persona nel suo contesto di vita;
- trascurare i determinanti sociali, ambientali e relazionali della salute;
- frammentare i percorsi assistenziali tra ambito sanitario e sociale;
- intervenire prevalentemente sulle riacutizzazioni anziché sulla prevenzione;
- sottovalutare il ruolo delle reti comunitarie e del supporto sociale (Engel, 1977).

Questa impostazione può condurre a interventi tardivi o poco efficaci, a un incremento delle ospedalizzazioni evitabili, a un utilizzo improprio delle risorse sanitarie e a un peggioramento della qualità della vita delle persone, con conseguenze rilevanti anche in termini di sostenibilità del sistema. Per rispondere alla complessità della transizione epidemiologica, risulta quindi necessario orientare i sistemi sanitari verso modelli integrati, territoriali e partecipativi, capaci di affiancare alle cure cliniche interventi preventivi, sociali e comunitari (World Health Organization, 2019).

1.2 I determinanti sociali della salute

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) definisce i determinanti sociali della salute come “le condizioni in cui le persone nascono, crescono, vivono, lavorano e invecchiano”, influenzate dalla distribuzione del denaro, del potere e delle risorse a livello globale, nazionale e locale (World Health Organization, 2008). Tali determinanti rappresentano fattori strutturali che modellano le opportunità di vita e incidono profondamente sulla distribuzione delle malattie e sul benessere delle popolazioni.

Tra i principali determinanti sociali si annoverano:

- il livello di istruzione e la condizione socioeconomica;
- la qualità dell'abitare e dell'ambiente urbano;

- la stabilità lavorativa e le condizioni occupazionali;
- l'accesso ai servizi sanitari e sociali;
- le reti familiari e relazionali;
- la partecipazione alla vita comunitaria e civica;
- i fenomeni di discriminazione ed esclusione sociale.

Un ampio corpo di evidenze scientifiche dimostra che “il benessere delle persone è legato per almeno l'80% ai determinanti di salute” (lezione Master - Brunetti, 2025). Le disuguaglianze nei determinanti sociali si traducono in disuguaglianze di salute: le persone con minori risorse economiche e sociali presentano una maggiore prevalenza di patologie croniche, una minore aspettativa di vita e un ricorso più frequente ai servizi sanitari in emergenza. Le condizioni sociali influenzano pertanto non solo il rischio di ammalarsi, ma anche la capacità di affrontare la malattia e di mantenere una buona qualità della vita.

1.2.1 Determinanti sociali e ambientali nel rischio di demenza

Nel campo della prevenzione delle demenze, l'attenzione è stata tradizionalmente rivolta ai fattori di rischio individuali e agli stili di vita. Tuttavia, un crescente corpo di evidenze scientifiche indica come il rischio di sviluppare un disturbo neurocognitivo sia fortemente influenzato anche da determinanti sociali e ambientali, che agiscono lungo l'intero arco di vita e non dipendono esclusivamente dalle scelte individuali (Alzheimer Italia, n.d.).

Una recente revisione sistematica della letteratura internazionale, basata sull'analisi di oltre cento studi osservazionali ed epidemiologici, ha evidenziato una relazione significativa tra condizioni di svantaggio sociale e aumento del rischio di declino cognitivo e demenza. In particolare, fattori quali basso reddito, scarsa istruzione, isolamento sociale, accesso limitato ai servizi sanitari, discriminazione e condizioni abitative precarie risultano associati a una maggiore vulnerabilità cognitiva in età avanzata (Walsh et al., 2025).

Tali evidenze suggeriscono che il rischio di demenza non risiede esclusivamente nella sfera individuale, ma è in larga misura incorporato nei contesti di vita.

L'OMS sottolinea come l'invecchiamento in salute non coincida con la semplice assenza di malattia, ma con il mantenimento delle capacità funzionali, intese come risultato dell'interazione tra capacità fisico-cognitive e ambiente di vita. In questa prospettiva, la prevenzione delle demenze assume una dimensione collettiva e strutturale, che richiede interventi orientati alla riduzione delle disuguaglianze sociali e al miglioramento dei contesti di vita.

Agire sui determinanti sociali significa quindi intervenire a monte del rischio di declino cognitivo, creando ambienti protettivi, stimolanti e inclusivi lungo tutto il corso della vita. Questa prospettiva costituisce il presupposto teorico per lo sviluppo di modelli organizzativi di prossimità, come la prescrizione sociale, che agiscono sui determinanti sociali, relazionali e ambientali della salute in un'ottica di prevenzione e inclusione.

1.2.2 Solitudine e isolamento sociale come determinanti emergenti

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, la solitudine rappresenta oggi una minaccia rilevante per la salute globale degli individui e delle comunità. Le evidenze scientifiche indicano che gli effetti della solitudine sulla mortalità sono comparabili a quelli del fumo di circa quindici sigarette al giorno e risultano persino superiori agli effetti associati a obesità e inattività fisica (Holt-Lunstad, 2017).

La solitudine e l'isolamento sociale sono fenomeni distinti ma strettamente interconnessi. L'OMS definisce la solitudine come un'esperienza soggettiva, caratterizzata dalla percezione di isolamento o da una discrepanza tra le relazioni sociali desiderate e quelle effettivamente disponibili, in termini sia qualitativi sia quantitativi. L'isolamento sociale, invece, si configura come una condizione oggettiva di scarsità o assenza di relazioni sociali, di appartenenze a gruppi o comunità e di interazioni sociali regolari.

Il sociologo Zygmunt Bauman ha interpretato la solitudine come "il prezzo da pagare nella società liquida", un contesto in cui i legami sociali sono divenuti fragili, precari e facilmente sostituibili, e in cui il culto dell'individualismo ha progressivamente eroso il capitale sociale. In questa prospettiva, la libertà individuale si trasforma

paradossalmente in isolamento, dando origine a una “folla solitaria”, nella quale ci si sente soli pur essendo circondati da altri.

Negli ultimi anni, l’OMS ha richiamato con forza l’attenzione sul tema, definendo solitudine e isolamento sociale come una vera e propria minaccia globale per la salute, con un impatto comparabile a quello di fattori di rischio consolidati quali il fumo, la sedentarietà e l’obesità. Tra i determinanti sociali della salute, la solitudine involontaria e l’isolamento sociale emergono dunque come fattori di crescente rilevanza, in particolare nella popolazione anziana (cittadinanza attiva-er, n.d.).

La riflessione filosofica distingue nettamente la solitudine subita dalla solitudine scelta. Eugenio Borgna, nel volume *In dialogo con la solitudine*, interpreta quest’ultima come uno spazio di dialogo interiore e di introspezione costruttiva. Analogamente, il ritiro volontario, come quello teorizzato da Nietzsche, viene concepito come una condizione di autonomia necessaria alla riflessione profonda e alla liberazione dalla superficialità del rumore sociale. Tuttavia, quando l’isolamento è imposto da eventi esterni — quali il lutto, la vedovanza o la perdita del lavoro — esso diventa un fattore di rischio che compromette l’equilibrio psico-fisico dell’individuo.

La carenza di connessioni sociali rappresenta infatti un rischio significativo per la salute e la longevità. Numerosi studi dimostrano che la solitudine e l’isolamento sociale sono associati a un aumento del rischio di mortalità prematura rispettivamente del 26% e del 29% (Holt-Lunstad, 2015). Tali condizioni costituiscono inoltre fattori di rischio rilevanti per la salute mentale, essendo associate a un maggiore rischio di insorgenza e mantenimento di disturbi d’ansia, depressione e declino cognitivo fino alla demenza.

I disturbi ansioso-depressivi, a loro volta, sono frequentemente caratterizzati da una tendenza al ritiro sociale, che alimenta ulteriormente solitudine e isolamento. Si instaura così un circolo vizioso, in cui la solitudine aumenta il rischio di sviluppare disturbi mentali o di aggravare sintomi già presenti, mentre la presenza di un adeguato supporto sociale e di relazioni significative rappresenta un fattore protettivo fondamentale, anche in popolazioni esposte ad altri fattori di rischio.

Il fenomeno della solitudine e dell’isolamento sociale travalica i confini geografici e generazionali, manifestandosi in modo trasversale nelle diverse fasce d’età e nei

diversi contesti socio-culturali, con effetti rilevanti sulla salute fisica, mentale e sul benessere complessivo delle persone e delle comunità.

Alla luce della crescente diffusione del fenomeno, l'OMS ha istituito per il triennio 2024–2026 una specifica *Commission on Social Connection*, con l'obiettivo di definire un'agenda globale e promuovere azioni volte a contrastare il rischio di isolamento sociale e solitudine. L'epidemia di solitudine, resa particolarmente evidente durante la pandemia da COVID-19, persiste tuttora come una minaccia strutturale alla salute psico-fisica globale.

Le trasformazioni della struttura familiare contribuiscono in modo significativo a questo fenomeno. Le famiglie risultano sempre più piccole, frammentate e caratterizzate da una progressiva riduzione delle reti di supporto informale. Nel biennio 2023–2024, le persone che vivono sole rappresentano il 36,2% dei nuclei familiari, con un incremento che interessa soprattutto la popolazione anziana. Quasi il 40% delle persone di età pari o superiore a 75 anni vive da solo, prevalentemente donne. Il rischio di solitudine aumenta con l'età avanzata ed è fortemente associato a bassi livelli di istruzione e a condizioni di fragilità economica.

Inoltre, circa l'85% degli anziani che vivono soli ha perso il coniuge. La vedovanza, insieme al pensionamento, costituisce una transizione critica della vita, associata a un aumento del rischio di mortalità fino al 35% nei pensionati maschi rispetto ai coetanei coniugati. Tali dati evidenziano come la solitudine non sia soltanto una condizione emotiva, ma un vero e proprio fattore strutturale di vulnerabilità (WHO Commission on Social Connection, 2024–2026).

Nel contesto italiano, le criticità risultano particolarmente evidenti se si considerano gli indicatori di qualità della vita. Sebbene l'aspettativa di vita continui ad aumentare, la longevità è spesso accompagnata da un prolungato periodo vissuto in condizioni di cattiva salute, con un impatto più marcato sulla popolazione femminile. Questo quadro conferma che la solitudine non può essere affrontata esclusivamente in termini sanitari, ma richiede una lettura profondamente sociale e comunitaria.

Secondo le stime dell'ISTAT, nei prossimi vent'anni circa il 40% della popolazione anziana vivrà da sola, in assenza di un convivente in grado di fornire supporto

quotidiano. Tale condizione espone un numero crescente di persone a situazioni di vulnerabilità legate non solo alla mancanza di relazioni, ma anche all'assenza di aiuto nelle attività della vita quotidiana, quali l'igiene personale, la preparazione dei pasti, la gestione delle terapie e l'accesso alle cure sanitarie.

Questa forma di solitudine "oggettiva" rappresenta uno degli esiti più critici delle dinamiche socio-demografiche in atto. Il progressivo indebolimento del modello familiare tradizionale, non accompagnato dalla costruzione di sistemi alternativi di protezione e sostegno, ha generato un vuoto assistenziale e relazionale che incide direttamente sulla salute, sull'autonomia e sulla qualità della vita delle persone più fragili.

Numerosi studi confermano infine che la solitudine produce effetti comparabili ai principali fattori di rischio tradizionali, aumentando il rischio di mortalità prematura e contribuendo allo sviluppo di depressione, malattie cardiovascolari, declino cognitivo e demenza. Solitudine e fragilità si alimentano reciprocamente: la fragilità aumenta il rischio di isolamento, mentre l'isolamento accelera la perdita di autonomia e il deterioramento funzionale (Kuiper et al., 2023). Tali evidenze rendono urgente lo sviluppo di strategie territoriali di prossimità, capaci di intercettare precocemente la fragilità e di attivare reti sociali e comunitarie di sostegno, integrando dimensione sanitaria, sociale e relazionale.

1.3 L'approccio One Health: una cornice integrata per la salute collettiva

Un paradigma sempre più rilevante nella riflessione contemporanea sulla salute è rappresentato dall'approccio *One Health*, promosso dall'Organizzazione Mondiale della Sanità e da numerose agenzie internazionali. Tale approccio riconosce la stretta interconnessione tra salute umana, salute animale e salute ambientale, superando una visione settoriale e frammentata del benessere (World Health Organization, 2022).

Secondo la prospettiva One Health, la salute delle persone emerge dall'interazione dinamica tra fattori biologici, sociali, culturali, economici ed ecologici, che agiscono a livello individuale, comunitario e sistemico. Fenomeni quali il cambiamento climatico, l'inquinamento ambientale, la perdita di biodiversità, l'urbanizzazione non sostenibile e le crisi socio-economiche incidono direttamente e indirettamente sulla salute umana,

contribuendo all'aumento delle patologie croniche, delle disuguaglianze di salute e delle condizioni di fragilità.

In questa cornice assumono un ruolo centrale i determinanti ecologici della salute, quali la qualità dell'aria e dell'acqua, la disponibilità di spazi verdi, la sicurezza degli ambienti di vita e la sostenibilità dei contesti urbani. Tali fattori si intrecciano con i determinanti sociali e relazionali, rendendo evidente la necessità di interventi che vadano oltre l'ambito sanitario in senso stretto.

L'approccio One Health promuove politiche:

- intersettoriali, capaci di coinvolgere sanità, welfare, ambiente, istruzione e pianificazione territoriale;
- partecipate, basate sul coinvolgimento attivo delle comunità locali; ecosistemiche, orientate alla tutela degli equilibri ambientali;
- orientate alla sostenibilità e alla giustizia sociale, con l'obiettivo di ridurre le disuguaglianze e garantire condizioni di benessere eque (Food and Agriculture Organization of the United Nations [FAO], World Organisation for Animal Health [WOAH], & World Health Organization [WHO], 2010).

In tale prospettiva, l'approccio One Health si configura come una cornice interpretativa e operativa imprescindibile per affrontare in modo integrato le sfide contemporanee della salute collettiva, riconoscendo che la promozione del benessere umano richiede interventi coordinati sui sistemi sociali, ambientali ed economici che ne determinano le condizioni di possibilità.

1.4 La Salute Collettiva

La Salute Collettiva, secondo Birman (2005), nasce come critica al paradigma medico-naturalista, definendo la salute un fenomeno complesso e non solo biologico. Essa problematizza le categorie di "normale" e "patologico", mettendo in discussione l'approccio medico moderno e i suoi impatti politici e sociali, introducendo studi umanistici per leggere la salute nel contesto industriale (Lezione Master - Pellegrino, 2025).

La salute collettiva rappresenta un'evoluzione concettuale e operativa della sanità pubblica tradizionale, ponendo al centro la relazione tra salute, condizioni sociali, diritti, potere e partecipazione. Non si tratta semplicemente di un ampliamento dell'oggetto di intervento, ma di un vero e proprio approccio epistemologico e politico che interpreta il benessere come una costruzione sociale e comunitaria, e non come un mero esito di prestazioni sanitarie individuali.

In questa visione, la salute è riconosciuta come diritto fondamentale e come responsabilità condivisa, fortemente influenzata dalle condizioni materiali di vita, dalle disuguaglianze sociali e dalle possibilità di partecipazione delle persone ai processi decisionali che riguardano il proprio benessere. La salute collettiva si distingue così da una prospettiva esclusivamente biomedica, proponendo una lettura critica dei determinanti sociali e promuovendo azioni orientate all'equità, alla giustizia sociale e all'empowerment delle comunità.

Questo approccio ha trovato una delle sue espressioni più strutturate in America Latina, dove la corrente della *Salud Colectiva*, sviluppatasi a partire dagli anni Settanta, ha profondamente influenzato il dibattito scientifico e le politiche sanitarie. Il Brasile rappresenta un caso emblematico: il *Sistema Único de Saúde (SUS)*, istituito con la Costituzione del 1988, si fonda sui principi di universalità, equità, integralità e partecipazione popolare. Il SUS riconosce formalmente il ruolo dei cittadini nella governance del sistema sanitario attraverso strumenti come i Consigli Municipali di Salute, le Conferenze di Salute e l'organizzazione territoriale basata sulle Unità di Salute della Famiglia, che operano in stretta connessione con le comunità locali (Paim et al., 2011).

Secondo l'approccio della salute collettiva, la salute non è uno stato statico né la semplice assenza di malattia, ma un equilibrio dinamico e multidimensionale tra condizioni fisiche, psicologiche, ambientali, culturali e relazionali. Essa si costruisce nel tempo attraverso relazioni significative, pratiche di mutuo aiuto, reti comunitarie e processi partecipativi che rafforzano il senso di appartenenza e la capacità collettiva di prendersi cura.

1.4.1 Il ruolo della partecipazione comunitaria

La partecipazione comunitaria non rappresenta un elemento accessorio, ma una componente strutturale dei processi di salute, prevenzione e cura. Favorire la partecipazione significa riconoscere i cittadini non solo come destinatari di servizi, ma come attori attivi nella definizione dei bisogni, nella progettazione degli interventi e nella valutazione delle politiche pubbliche.

In ambito di salute collettiva, la partecipazione si concretizza attraverso:

- il community development, inteso come rafforzamento delle capacità e delle risorse delle comunità locali;
- il capitale sociale, costituito dalle reti di relazione, dalla fiducia e dalla reciprocità;
- la co-produzione dei servizi, basata sulla collaborazione tra istituzioni, professionisti e cittadini;
- il coinvolgimento del Terzo Settore, quale ponte tra servizi formali e bisogni informali (Rifkin, 2014).

Territori caratterizzati da forti legami sociali e da elevate opportunità di partecipazione mostrano una maggiore capacità di prevenire la solitudine, sostenere l'autonomia delle persone anziane, intercettare precocemente la fragilità e costruire resilienza comunitaria. La partecipazione contribuisce inoltre a ridurre le disuguaglianze di salute, favorendo l'accesso alle risorse e rafforzando il senso di controllo e appartenenza delle persone.

1.4.2 La transdisciplinarietà come cornice per la salute collettiva

La complessità dei fenomeni di salute contemporanei – caratterizzati da cronicità, fragilità multidimensionale, disuguaglianze sociali e determinanti ambientali – rende sempre più evidente l'insufficienza di approcci settoriali o esclusivamente disciplinari. In questo contesto, la transdisciplinarietà si configura come una cornice teorica e metodologica capace di superare la frammentazione dei saperi e di affrontare la salute come fenomeno complesso, dinamico e situato (Lezione Master - Nicoli, 2025).

Il concetto di transdisciplinarietà trova una formalizzazione significativa nella *Carta della Transdisciplinarietà*, firmata ad Arrábida nel 1994 da Basarab Nicolescu, Edgar Morin e Lima de Freitas. La Carta afferma la necessità di condurre la conoscenza oltre i confini delle singole discipline, promuovendo il dialogo tra saperi scientifici, professionali ed esperienziali. Tale prospettiva nasce anche da un'esigenza etica: in un'epoca di rapido avanzamento delle conoscenze, la mancanza di circolazione dei saperi rischia di ampliare le disuguaglianze tra chi detiene il sapere e chi ne resta escluso (DISF, n.d.).

A differenza dell'interdisciplinarietà, che mira prevalentemente all'integrazione tra discipline mantenendone i confini, la transdisciplinarietà implica un ripensamento della griglia interpretativa del problema, riconoscendo la pari rilevanza dei diversi saperi senza attribuire a nessuno di essi un ruolo egemonico. In un approccio transdisciplinare, l'attenzione si concentra sulle connessioni tra dimensioni biologiche, sociali, relazionali, ambientali e culturali, nonché sui processi di costruzione condivisa della conoscenza tra i soggetti coinvolti.

Applicata alla salute collettiva, la transdisciplinarietà consente di superare una visione riduttiva della salute come esito di interventi sanitari settoriali, per riconoscerla come prodotto dell'interazione tra persone, contesti di vita, reti sociali, politiche pubbliche e risorse comunitarie. In questa prospettiva, la salute non è soltanto un oggetto di studio, ma un processo sociale che si costruisce attraverso relazioni, partecipazione e corresponsabilità.

La salute collettiva, così intesa, richiede pratiche e modelli organizzativi capaci di mettere in dialogo competenze cliniche, sociali, educative e comunitarie, valorizzando anche il sapere esperienziale delle persone e delle comunità. La transdisciplinarietà diventa quindi non solo un orientamento epistemologico, ma un dispositivo operativo, che si traduce in lavoro di équipe multiprofessionali, co-progettazione con il territorio, integrazione tra servizi sanitari e sociali e riconoscimento del ruolo attivo delle reti comunitarie.

In questa tesi, la transdisciplinarietà costituisce dunque la cornice concettuale entro cui si collocano la lettura dei determinanti sociali della salute, il riferimento al modello brasiliano di salute collettiva e la proposta di un modello organizzativo territoriale orientato all'individuazione precoce della fragilità e all'attivazione della prescrizione

sociale. Essa permette di tenere insieme prevenzione, inclusione e partecipazione, offrendo una chiave di lettura coerente per affrontare la complessità della salute nelle comunità contemporanee (Nicolescu, 1996).

1.4.3 Dalla visione analogica alla visione rizomatica: facilitazione situata e complessità dei bisogni

I modelli organizzativi tradizionali dei servizi sociosanitari sono spesso fondati su una visione analogica, caratterizzata da sequenze predefinite, tappe prestabilite e percorsi standardizzati. In tale impostazione, i bisogni vengono incasellati in categorie rigide e le risposte organizzative tendono a riprodurre schemi consolidati, che non sempre restituiscono la complessità delle situazioni di vita reali. Questo approccio, pur funzionale in contesti lineari e prevedibili, mostra limiti significativi quando applicato a condizioni di fragilità multidimensionale, cronicità, solitudine e disturbi neurocognitivi, che si manifestano in forme eterogenee e mutevoli.

Assumere come dispositivo organizzativo la facilitazione situata consente di operare uno spostamento paradigmatico verso una visione rizomatica. Tale prospettiva si richiama alla metafora del *rizoma* (dal greco *rhízōma*, complesso di radici), introdotta in ambito filosofico da Gilles Deleuze e Félix Guattari per descrivere modalità di pensiero e di ricerca che procedono per connessioni multiple, senza punti di ingresso o di uscita univoci e senza gerarchie interne. Il rizoma, mutuato dalla biologia, può essere immaginato come un insieme di radici che crescono nel terreno, incontrano ostacoli e modificano di conseguenza la propria forma e traiettoria, adattandosi dinamicamente al contesto (Gradi & Vivoli, 2025).

Trasposta sul piano organizzativo, la visione rizomatica permette ai servizi di non etichettare rigidamente i bisogni e di non limitarsi a risposte standardizzate, mantenendo pratiche flessibili, adattive e capaci di trasformarsi in relazione alle situazioni incontrate. Come le radici che cambiano direzione di fronte a un ostacolo, le organizzazioni che operano secondo un paradigma rizomatico sono in grado di riorientare le proprie azioni, attivare nuove connessioni e valorizzare risorse non previste inizialmente (Lezione Master - Nicoli, 2025).

In questo quadro, la facilitazione assume un ruolo centrale come funzione di accompagnamento dei processi piuttosto che di semplice esecuzione di compiti. Una

facilitazione orientata al passaggio dalla visione analogica a quella rizomatica non può procedere attraverso schemi rigidi o protocolli immutabili, ma richiede disponibilità a rivedere gli obiettivi, a tornare sui propri passi, a rinegoziare l'oggetto di lavoro e, se necessario, a mettere in discussione il mandato stesso. Ciò implica la capacità di lavorare sul conflitto anziché eluderlo, di accettare l'incertezza e di concentrare l'attenzione non solo sui risultati attesi, ma anche sui processi attraverso cui essi prendono forma.

Questa impostazione risulta particolarmente coerente con la salute collettiva, che interpreta la salute come processo dinamico, costruito attraverso relazioni, contesti e pratiche sociali, e non come semplice esito di interventi tecnici. In una prospettiva rizomatica, la presa in carico delle persone fragili non segue percorsi lineari, ma si sviluppa attraverso reti di relazioni tra servizi, comunità, risorse formali e informali.

L'adozione di una visione rizomatica e di pratiche di facilitazione situata rappresenta dunque una condizione essenziale per ripensare i modelli territoriali di prevenzione, inclusione e cura, ponendo le basi teoriche e operative per il modello organizzativo proposto nei capitoli successivi della presente tesi.

1.4.4 Il welfare pubblico partecipativo come cornice per la salute collettiva

Nel contesto delle trasformazioni epidemiologiche, sociali e demografiche in atto, emerge con crescente evidenza la necessità di ripensare il welfare pubblico in chiave partecipativa. Il welfare pubblico partecipativo rappresenta un'evoluzione del modello tradizionale di protezione sociale, in cui la responsabilità pubblica nella garanzia dei diritti fondamentali viene mantenuta, ma si affianca a forme strutturate di coinvolgimento delle comunità locali, del Terzo Settore e dei cittadini nei processi di progettazione, attuazione e valutazione degli interventi di welfare. In questa prospettiva, il benessere non è inteso come semplice esito dell'erogazione di prestazioni, ma come risultato di processi relazionali, sociali e comunitari che si sviluppano nei contesti di vita (Lezione Master - Pellegrino, 2025).

Il welfare pubblico partecipativo supera una visione assistenzialistica e verticale, fondata sulla risposta standardizzata al bisogno, per orientarsi verso modelli di prossimità, prevenzione e co-produzione dei servizi. La persona non è più considerata

esclusivamente come utente o beneficiario, ma come soggetto attivo, portatore di risorse, competenze ed esperienze utili alla costruzione di risposte più appropriate e sostenibili. In tale quadro, la partecipazione non assume un ruolo accessorio, ma diventa elemento strutturale delle politiche di salute e di inclusione sociale, contribuendo a rafforzare l'empowerment individuale e il capitale sociale delle comunità (Pellegrino & Rodeschini, 2024).

Questo approccio risulta particolarmente rilevante in presenza di bisogni complessi e multidimensionali, quali la fragilità, la cronicità, la solitudine e i disturbi neurocognitivi, che difficilmente possono essere affrontati attraverso interventi esclusivamente sanitari. Il welfare pubblico partecipativo favorisce infatti l'integrazione tra ambito sanitario e sociale, la valorizzazione delle risorse informali del territorio e la costruzione di reti di prossimità capaci di intercettare precocemente le situazioni di vulnerabilità. In tal senso, esso si configura come una cornice coerente con i principi della salute collettiva, dell'approccio One Health e della prescrizione sociale, orientando l'azione pubblica verso modelli territoriali più inclusivi, sostenibili e centrati sulla comunità.

1.5 Verso un modello territoriale integrato di salute collettiva

Dall'analisi fin qui condotta – transizione epidemiologica, centralità dei determinanti sociali, impatto della solitudine, prospettiva One Health e paradigma della salute collettiva – emerge la necessità di un ripensamento strutturale dei modelli organizzativi territoriali. La complessità dei bisogni contemporanei non può essere affrontata attraverso dispositivi settoriali o risposte frammentate, ma richiede assetti capaci di integrare dimensione clinica, sociale, relazionale e ambientale in una cornice operativa unitaria.

In questa prospettiva, il territorio non rappresenta soltanto un ambito geografico di erogazione dei servizi, bensì uno spazio relazionale e generativo, nel quale si intrecciano istituzioni, reti informali, risorse comunitarie e saperi esperienziali. La salute collettiva si costruisce infatti nei contesti di vita quotidiana, attraverso pratiche di prossimità, partecipazione e corresponsabilità.

Modelli territoriali integrati – quali le Case della Comunità, le reti di vicinato, i dispositivi di facilitazione situata e la prescrizione sociale – non si limitano ad aggiungere nuovi

servizi, ma riorganizzano le connessioni tra attori, funzioni e risorse, rendendo sistematica l'intercettazione precoce della fragilità e l'attivazione delle potenzialità comunitarie.

In tale configurazione, la prevenzione supera una concezione esclusivamente sanitaria e si estende alla costruzione di ambienti inclusivi, reti solidali e opportunità di partecipazione. L'integrazione sociosanitaria diviene così un processo dinamico di coordinamento tra competenze professionali e capitale sociale, finalizzato al mantenimento di autonomia, dignità e qualità della vita lungo tutto l'arco dell'invecchiamento.

Questa evoluzione verso modelli territoriali di salute collettiva costituisce il fondamento teorico e organizzativo della proposta sviluppata nei capitoli successivi, nei quali verrà delineato un assetto strutturato capace di connettere intercettazione precoce della fragilità, valutazione bio-psico-sociale e attivazione di interventi comunitari integrati.

1.6 Scopo della tesi

Il quadro epidemiologico, sociale e organizzativo delineato nei paragrafi precedenti evidenzia una tensione strutturale tra la crescente complessità dei bisogni di salute – caratterizzati da cronicità, fragilità multidimensionale, solitudine e disturbi neurocognitivi – e modelli territoriali ancora prevalentemente orientati a logiche prestazionali e reattive. Nonostante il riconoscimento della centralità dei determinanti sociali e relazionali nella produzione di vulnerabilità, l'integrazione stabile tra interventi clinici e risorse comunitarie risulta spesso frammentaria e non sistematizzata.

In questo contesto, la presente tesi si propone di affrontare il seguente problema di ricerca: come strutturare un modello organizzativo territoriale capace di intercettare precocemente la fragilità e di integrare in modo stabile interventi sanitari e risorse comunitarie in una prospettiva di salute collettiva?

L'**obiettivo del lavoro** è progettare e argomentare un modello territoriale integrato fondato su quattro assi portanti: intercettazione precoce della fragilità; valutazione bio-psico-sociale sistematica; attivazione formalizzata della prescrizione sociale; governance territoriale orientata alla prossimità, alla partecipazione e all'integrazione sociosanitaria.

Attraverso un'analisi teorica e organizzativa, la tesi intende contribuire al dibattito scientifico e gestionale proponendo un dispositivo concettuale e operativo capace di tradurre i principi della salute collettiva, dell'approccio One Health e della partecipazione comunitaria in un modello strutturato, anticipatorio e trasferibile, orientato alla sostenibilità dei sistemi territoriali e al mantenimento di autonomia, dignità e qualità della vita nelle fasi avanzate dell'invecchiamento.

CAPITOLO 2

Il modello brasiliano del Sistema Único de Saúde come riferimento di salute collettiva

2.1 Origine e principi del Sistema Único de Saúde (SUS)

Il Sistema Único de Saúde (SUS) rappresenta uno dei più avanzati esempi di sistema sanitario pubblico orientato alla salute collettiva, alla prossimità territoriale e alla partecipazione comunitaria. Istituito formalmente con la Costituzione federale brasiliana del 1988, il SUS nasce in un contesto di profonda trasformazione politica e sociale, successivo alla fine della dittatura militare, come esito delle istanze promosse dal movimento della *Reforma Sanitária Brasileira* (Brasil, 1988).

Alla base del SUS vi è una concezione della salute come diritto universale e responsabilità dello Stato, sancita dall'articolo 196 della Costituzione brasiliana, che definisce la salute come risultato di politiche sociali ed economiche finalizzate alla riduzione dei rischi e alla garanzia di un accesso equo ai servizi. Questa impostazione supera una visione meramente assistenziale o curativa, integrando strutturalmente la dimensione sanitaria con quella sociale, ambientale e comunitaria.

I principi fondanti del SUS sono:

- universalità, intesa come accesso ai servizi garantito a tutta la popolazione, senza discriminazioni;
- equità, con particolare attenzione ai gruppi più vulnerabili e alle disuguaglianze sociali;

- integralità, che implica una presa in carico globale della persona lungo l'intero continuum prevenzione–cura–riabilitazione;
- decentramento e territorializzazione, con organizzazione dei servizi a livello locale;
- partecipazione sociale, attraverso il coinvolgimento diretto dei cittadini nella governance del sistema.

Tali principi rendono il SUS un riferimento internazionale per le politiche di salute collettiva, in quanto integra in modo strutturale sanità, welfare, territorio e partecipazione democratica (Paim et al., 2011).

2.2 Il ruolo degli Agenti Comunitari di Salute e delle Unità di Salute della Famiglia

L'Assistenza Sanitaria Primaria (Atenção Primária à Saúde – APS) costituisce il primo livello di accesso al SUS e il fulcro dell'intera rete assistenziale. Essa comprende un insieme articolato di azioni individuali e collettive che includono promozione e protezione della salute, prevenzione delle malattie, diagnosi, trattamento, riabilitazione, riduzione del danno e mantenimento della salute, con l'obiettivo di garantire un'assistenza completa e continuativa alle comunità (Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS, n.d.-a).

L'APS svolge una funzione di coordinamento e filtro dell'intero sistema, organizzando i flussi assistenziali dai livelli più semplici a quelli più complessi. È guidata dai principi di universalità, accessibilità, continuità delle cure, integralità, responsabilità, umanizzazione ed equità, configurandosi come il punto di riferimento stabile per la popolazione.

In Brasile, l'Assistenza Primaria è caratterizzata da un elevato grado di decentramento e capillarità, con servizi collocati nei luoghi più prossimi alla vita quotidiana delle persone. La principale strategia organizzativa è rappresentata dalla Strategia di Salute della Famiglia (Estratégia Saúde da Família – ESF), che opera attraverso le Unità di Salute della Famiglia (Unidades de Saúde da Família – USF). Le USF garantiscono un'ampia gamma di prestazioni, tra cui visite mediche, esami diagnostici, vaccinazioni e attività di prevenzione, assumendo la responsabilità sanitaria di una popolazione definita, generalmente compresa tra 2.000 e 4.000 abitanti (SAPS, n.d.-c).

L'ESF rappresenta un modello innovativo di riorganizzazione dell'Assistenza Primaria, in quanto pone al centro non la patologia, ma l'individuo inserito nel contesto familiare e territoriale. Basata sul lavoro di équipe multiprofessionali, l'ESF sviluppa interventi fondati sulla conoscenza approfondita della realtà locale, dei bisogni di salute e delle specificità culturali e sociali della popolazione. Questo approccio rafforza il legame tra servizi, utenti e famiglie, favorendo accessibilità, corresponsabilità e continuità della presa in carico (SAPS, n.d.-c).

Elemento distintivo e strategico dell'ESF è rappresentato dal ruolo degli Agenti Comunitari di Salute (*Agentes Comunitários de Saúde – ACS*). Gli ACS sono operatori sanitari spesso residenti nello stesso territorio in cui operano e svolgono una funzione strutturata di raccordo tra i servizi sanitari e la comunità. Essi operano prevalentemente nelle aree a maggiore vulnerabilità sociale ed epidemiologica, attraverso visite domiciliari e interventi comunitari.

Le principali funzioni degli ACS includono:

- la mappatura sistematica della popolazione e dei nuclei familiari;
- le visite domiciliari periodiche;
- l'intercettazione precoce di situazioni di fragilità sanitaria e sociale;
- l'educazione alla salute e la promozione di stili di vita sani;
- l'orientamento e l'accompagnamento ai servizi;
- l'attivazione delle risorse comunitarie;
- il supporto alla continuità della presa in carico.

Con la Legge n. 14.536 del 20 gennaio 2023, gli ACS sono stati ulteriormente riconosciuti e inquadrati come professionisti sanitari regolamentati. Attualmente, in Brasile operano circa 265.000 Agenti Comunitari di Salute, inseriti stabilmente nelle équipe della Salute della Famiglia (Brasil, Presidência da República, 2023).

Il valore aggiunto degli ACS risiede nella loro capacità di leggere i bisogni di salute nei contesti di vita reali, superando la frammentazione tra dimensione clinica e dimensione sociale. In questo senso, essi rappresentano una figura anticipatrice di modelli oggi al centro del dibattito europeo, come il *link worker* o l'Agente di Comunità per la Salute,

offrendo un riferimento concreto per lo sviluppo di strategie territoriali di prevenzione, inclusione e salute collettiva (Brasil, Ministério da Saúde, n.d.).

2.3 Pratiche di salute collettiva osservate durante il tirocinio

Durante il tirocinio svolto in Brasile è stato possibile osservare direttamente alcune pratiche di salute collettiva coerenti con i principi del Sistema Único de Saúde (SUS) e con il ruolo degli Agenti Comunitari di Salute. Tali pratiche offrono una rappresentazione concreta di come i principi di universalità, equità, territorializzazione e partecipazione comunitaria si traducano in azioni quotidiane nei servizi di assistenza primaria.

Un primo elemento di rilievo è rappresentato dalla centralità del territorio. La popolazione non viene considerata come un insieme di utenti o casi clinici, ma come una comunità viva, caratterizzata da una propria storia, da relazioni sociali, da risorse e da vulnerabilità specifiche. Le visite domiciliari, in questo contesto, non hanno una finalità esclusivamente clinica, ma costituiscono uno strumento privilegiato per comprendere le condizioni abitative, le reti di supporto, le dinamiche familiari e i determinanti sociali e ambientali della salute. La casa e il contesto di vita diventano così luoghi centrali di osservazione, prevenzione e accompagnamento.

Un secondo aspetto rilevante riguarda l'intercettazione precoce della fragilità. Grazie alla presenza costante sul territorio e alla conoscenza diretta delle comunità, gli Agenti Comunitari di Salute riescono a individuare tempestivamente segnali di isolamento sociale, decadimento funzionale, difficoltà economiche o carichi di cura familiari, attivando risposte prima che tali condizioni evolvano in eventi acuti, riacutizzazioni o ricoveri evitabili. La fragilità viene letta come processo dinamico e multidimensionale, e non come condizione residuale o esclusivamente sanitaria.

Un ulteriore elemento osservato è la forte integrazione tra interventi sanitari e comunitari. Attività educative di gruppo, iniziative di promozione della salute, campagne vaccinali, sostegno informale tra vicini e coinvolgimento delle associazioni locali fanno parte integrante del lavoro quotidiano delle équipes territoriali. La salute emerge così come esito di relazioni, prossimità e continuità, piuttosto che come semplice risultato di prestazioni cliniche erogate.

Un aspetto particolarmente significativo emerso dall'esperienza di tirocinio riguarda il fatto che il sistema sanitario "va verso" le comunità. È lo Stato che si avvicina alle persone, offrendo opportunità, servizi di prossimità e interventi di prevenzione, soprattutto nei confronti delle popolazioni più isolate, emarginate o con minori risorse. Non è il cittadino a dover cercare informazioni o adattarsi ai servizi, ma sono i servizi a farsi accessibili, comprensibili e presenti nei luoghi di vita. Questo approccio appare particolarmente rilevante in un'ottica di equità, poiché mira a ridurre le disuguaglianze di accesso e a garantire opportunità di salute anche a chi, per condizioni sociali o culturali, tende a rimanere escluso dai percorsi di cura tradizionali.

Un ulteriore elemento di riflessione riguarda il rispetto delle culture, delle tradizioni e delle identità comunitarie. Non si osserva un tentativo di "normalizzare" o uniformare i gruppi che vivono secondo pratiche diverse da quelle maggioritarie; al contrario, tali differenze vengono riconosciute e valorizzate. Le comunità sono incoraggiate a esprimere la propria cultura attraverso festività, rituali e spazi pubblici dedicati, che diventano anche occasioni di riconoscimento, visibilità e inclusione. Un esempio emblematico è rappresentato dalle comunità Quilombolas, la cui identità storica e culturale viene rispettata e integrata nei processi di promozione della salute.

In questo quadro, il ruolo degli Agenti Comunitari di Salute (ACS) assume un valore centrale. Gli ACS sono operatori che vivono nelle stesse comunità in cui lavorano e ne condividono quotidianamente condizioni di vita, linguaggi, codici culturali e reti relazionali. Questa appartenenza favorisce la costruzione di un rapporto di fiducia profondo e facilita l'avvicinamento delle persone ai servizi sanitari, in particolare da parte dei gruppi più fragili. Gli ACS svolgono una funzione di mediazione bidirezionale: da un lato traducono il sistema sociosanitario per le comunità, rendendolo comprensibile e accessibile; dall'altro restituiscono ai professionisti sanitari una lettura contestualizzata dei bisogni, delle risorse e delle specificità culturali delle persone.

Questa funzione di raccordo evidenzia come anche i professionisti sanitari siano chiamati a conoscere chi hanno di fronte, superando una presa in carico standardizzata per costruire percorsi realmente centrati sulla persona e sul contesto. La salute, in questa prospettiva, non può essere disgiunta dalla comprensione delle dimensioni culturali, sociali e relazionali della vita quotidiana.

Infine, risultano particolarmente rilevanti la capillarità delle Unità di Salute di Base e la forte enfasi sulla domiciliarità. Gli ACS operano stabilmente sul territorio e si recano direttamente nelle abitazioni, rendendo la prossimità un elemento strutturale del sistema di cura. Questa presenza diffusa consente un monitoraggio continuo delle condizioni di fragilità, anche in assenza di una domanda esplicita di assistenza, e rafforza la capacità preventiva e inclusiva del sistema sanitario.

Nel loro insieme, le pratiche osservate durante il tirocinio mostrano come la salute collettiva venga costruita attraverso prossimità, fiducia, continuità e integrazione tra servizi e comunità. L'esperienza brasiliana offre così un riferimento concreto per riflettere sulla necessità di rafforzare, anche in altri contesti, funzioni strutturate di comunità orientate alla prevenzione, all'equità e alla presa in carico territoriale.

2.4 Confronto strategico tra il modello brasiliano e il contesto modenese

Il confronto tra il modello brasiliano del Sistema Único de Saúde (SUS) e il contesto territoriale modenese evidenzia differenze strutturali rilevanti, ma anche convergenze strategiche utili alla costruzione di modelli territoriali orientati alla salute collettiva.

Il SUS opera in un contesto caratterizzato da elevate disuguaglianze sociali e da una storica scarsità di risorse, fattori che hanno reso necessario lo sviluppo di un'assistenza primaria ad alta intensità comunitaria, fondata su una forte territorializzazione e sulla presenza strutturata degli Agenti Comunitari di Salute (ACS). In Brasile, tali figure sono formalmente riconosciute, normate e finanziate a livello nazionale, svolgendo funzioni chiave di mappatura, intercettazione precoce dei bisogni e connessione tra servizi e comunità.

Nel contesto modenese, pur in un quadro socio-economico differente, emergono bisogni analoghi: aumento della cronicità, della fragilità multidimensionale e dei disturbi neurocognitivi, insieme a una crescente domanda di prossimità, continuità e integrazione sociosanitaria. L'evoluzione organizzativa delineata dal DM 77/2022, con l'introduzione delle Case della Comunità e dell'Infermiere di Famiglia e Comunità, richiama principi simili a quelli della Estratégia Saúde da Família, pur in assenza di una figura di prossimità non clinica formalmente istituzionalizzata (Ministero della Salute, 2022).

La definizione ufficiale allegata al decreto istitutivo descrive la Casa della Salute come una "struttura polivalente in grado di erogare in uno stesso spazio fisico l'insieme delle prestazioni socio-sanitarie, favorendo, attraverso la contiguità spaziale dei servizi e degli operatori, l'unitarietà e l'integrazione dei livelli essenziali delle prestazioni socio-sanitarie" (Legge 296/2006 - Art. 1, comma 806).

Con il Decreto Ministeriale n. 77 del 23 maggio 2022, le Case della Salute sono state ridefinite come Case della Comunità, assumendo un ruolo centrale nell'assistenza sanitaria e socio-sanitaria territoriale.

Il Decreto stabilisce che queste strutture sono "luoghi fisici di facile individuazione ai quali i cittadini possono accedere per bisogni di assistenza sanitaria e socio-sanitaria" (D.M. 77, Allegato 1, 31 2022).

Al suo interno opera un'équipe multidisciplinare composta da Medici di Medicina Generale (MMG), Pediatri di Libera Scelta (PLS), specialisti ambulatoriali e Infermieri di Famiglia o di Comunità (IFoC), psicologi, ostetrici, professionisti della prevenzione, della riabilitazione, della tecnica e Assistenti Sociali.

Il principale elemento critico del modello italiano risiede infatti nella mancanza di un ruolo ponte strutturato, con mandato esplicito di lettura dei bisogni nei contesti di vita e di attivazione delle risorse comunitarie, funzione che nel SUS è affidata in modo sistematico agli ACS. Questa differenza rappresenta al contempo il principale spazio di sviluppo per modelli territoriali innovativi orientati alla prevenzione e all'inclusione.

Tale confronto non intende proporre un trasferimento diretto del modello brasiliano, ma evidenziare funzioni organizzative e logiche di prossimità potenzialmente adattabili al contesto italiano.

2.5 Elementi strategicamente trasferibili al contesto italiano

Al di là delle differenze normative e organizzative, il modello brasiliano offre indicazioni strategiche rilevanti per il contesto italiano e modenese. In particolare, risultano trasferibili: la centralità di funzioni di prossimità non cliniche; la mappatura attiva della popolazione fragile come leva preventiva; l'utilizzo delle visite domiciliari in chiave

anticipatoria; l'integrazione strutturata tra servizi sanitari, sociali e comunità; il riconoscimento del capitale sociale come componente del sistema di cura.

In questa prospettiva, l'Agente Comunitario di Salute brasiliano può essere assunto come riferimento concettuale per la definizione di un Agente di Comunità per la Salute (ACS/OCS) adattato al contesto italiano. L'adattamento richiede una declinazione coerente con il Servizio Sanitario Nazionale, il DM 77/2022 e le competenze delle professioni territoriali già presenti, configurandosi come evoluzione organizzativa piuttosto che come introduzione di un nuovo livello assistenziale.

Tali elementi costituiscono la base concettuale per la costruzione di modelli territoriali che operano attraverso la riorganizzazione delle pratiche esistenti, più che attraverso l'introduzione di nuovi servizi.

CAPITOLO 3

Prescrizione sociale: modelli, evidenze e applicazioni

3.1 Definizione e principi della prescrizione sociale

La prescrizione sociale (*social prescribing*) è un approccio innovativo, integrato e multidimensionale alla salute pubblica, finalizzato a collegare persone con bisogni complessi – sanitari, sociali, relazionali ed emotivi – alle risorse, alle attività e ai servizi presenti nella comunità. Secondo la definizione proposta dalla *Social Prescribing Network* del Regno Unito, la prescrizione sociale è “un processo che consente ai professionisti sanitari di indirizzare i pazienti verso attività di supporto sociale e comunitario che contribuiscono al miglioramento della salute e del benessere” (Social Prescribing Network, 2016).

Questo approccio nasce dalla crescente consapevolezza che molte condizioni di sofferenza e disagio – quali solitudine, isolamento sociale, ansia, stress, sedentarietà, fragilità relazionale e perdita di ruolo – non trovano una risposta efficace all'interno della tradizionale prescrizione clinica. In tali situazioni, un intervento esclusivamente medico rischia infatti di risultare insufficiente, poiché non agisce sui determinanti sociali e contestuali che contribuiscono al malessere.

La prescrizione sociale amplia quindi il perimetro dell'intervento sanitario, promuovendo un'integrazione strutturata tra sistema di cura formale e comunità e riconoscendo il valore terapeutico delle relazioni, della partecipazione e dell'appartenenza sociale. Essa si fonda su alcuni principi chiave:

- centralità della persona e dei suoi bisogni complessi;
- ascolto attivo e co-progettazione del percorso;
- valorizzazione delle risorse locali e comunitarie;
- prevenzione e promozione della salute;
- integrazione sociosanitaria;
- empowerment individuale e collettivo.

Le attività attivabili attraverso la prescrizione sociale sono molteplici e dipendono in modo significativo dal contesto territoriale. Tra le più diffuse si annoverano: gruppi di cammino e attività fisica adattata; orti comunitari e iniziative ambientali; laboratori artistici, musicali e creativi; lettura condivisa e attività culturali; gruppi di mutuo aiuto e supporto emotivo; progetti intergenerazionali; attività di stimolazione cognitiva; volontariato leggero e partecipazione civica.

Si tratta di esperienze che agiscono sui determinanti sociali della salute, rafforzano le reti di supporto e contribuiscono alla costruzione di benessere attraverso relazioni significative e contesti di vita favorevoli.

3.1.1 Prescrizione clinica e prescrizione sociale: logiche complementari

La prescrizione sociale non si pone in alternativa alla prescrizione clinica, ma come strumento complementare, in grado di arricchire e completare i percorsi di cura tradizionali. Le due modalità rispondono infatti a logiche differenti ma sinergiche:

- Prescrizione clinica: orientata alla malattia; centrata su sintomi e diagnosi; basata su farmaci e trattamenti; risposta prevalentemente a bisogni clinici; spesso episodica.
- Prescrizione sociale: orientata alla persona; centrata sul contesto e sui determinanti sociali; basata su attività, relazioni e comunità; risposta a bisogni sociali ed emotivi; continuativa e preventiva.

La prescrizione sociale interviene su aspetti quali solitudine, ritiro sociale, stress, disagio emotivo, perdita di ruolo e mancanza di partecipazione. Il percorso è spesso mediato da una figura di raccordo – il *link worker* o connettore di comunità – che ascolta la persona, co-progetta un percorso personalizzato, facilita l'accesso alle risorse territoriali e accompagna nel tempo il processo di cambiamento (Bickerdike et al., 2017). L'operatore di collegamento assume un ruolo chiave nell'incontrare i destinatari per individuare le loro esigenze, gli obiettivi e i percorsi; comprendere come i determinanti sociali della salute influenzano il ben-essere dei destinatari; promuovere le conoscenze, le competenze e la fiducia dei pazienti nella gestione della propria salute; mettere in contatto i destinatari con i servizi della comunità locale e fornire un supporto continuo; creare nuove relazioni e rafforzare quelle esistenti con il terzo settore; lavorare in gruppo e fornire supporto ai professionisti che operano sul territorio.

3.1.2 Benefici attesi della prescrizione sociale

Le evidenze internazionali mostrano che la prescrizione sociale può contribuire al miglioramento di diversi indicatori di salute e a una riduzione dell'utilizzo improprio dei servizi sanitari. I principali benefici documentati includono:

- miglioramento del benessere psicologico e sociale, con riduzione della solitudine, incremento delle relazioni significative, aumento dell'autostima e del senso di appartenenza (Drinkwater et al., 2019);
- riduzione della pressione sui servizi sanitari, in particolare degli accessi impropri al Pronto Soccorso e delle consultazioni ripetute in medicina generale, come evidenziato da diversi studi condotti nel contesto del NHS (Dayson et al., 2014);
- empowerment della persona, che diventa protagonista attiva del proprio percorso di salute, rafforzando autonomia, capacità decisionale e gestione della cronicità (Pescheny et al., 2020);
- promozione di stili di vita più sani, grazie alla partecipazione ad attività fisiche e sociali che migliorano tono dell'umore, funzionalità e aderenza a comportamenti protettivi.

Nel complesso, la prescrizione sociale contribuisce non solo a “curare”, ma a costruire salute, promuovendo un modello sostenibile, partecipato e orientato alla comunità.

3.1.3 Il Toolkit dell'OMS e la diffusione del modello

Nel 2022, l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha pubblicato il documento *A Toolkit on How to Implement Social Prescribing*, una guida operativa rivolta a governi, decisori politici e professionisti sanitari per la progettazione e l'implementazione di programmi di prescrizione sociale (World Health Organization Regional Office for Europe [WHO], 2022). La traduzione italiana, curata dall'Istituto Superiore di Sanità, dal DoRS Piemonte, dal Cultural Welfare Center e da altri partner nazionali, rappresenta un riferimento rilevante per la diffusione del modello nel contesto italiano (DoRS Regione Piemonte, 2023).

Il Toolkit propone:

- una definizione condivisa del percorso di prescrizione sociale;
- linee guida per la valutazione dei bisogni;
- indicazioni per la formazione dei link worker;
- strumenti per la mappatura delle risorse comunitarie;
- criteri per il monitoraggio e la valutazione degli esiti.

Il documento individua inoltre nelle Case della Comunità, previste dal DM 77/2022, contesti organizzativi favorevoli per l'implementazione di modelli di prescrizione sociale su scala territoriale.

3.2 Esperienze internazionali

3.2.1 Il Regno Unito: il modello più avanzato

Il Regno Unito rappresenta il contesto in cui la prescrizione sociale è maggiormente strutturata e istituzionalizzata. A partire dagli anni 2000, il National Health Service (NHS) ha integrato stabilmente la figura del link worker nelle équipes di *primary care*. Con il *Long Term Plan* del 2019, il NHS ha previsto l'accesso universale alla prescrizione sociale entro il 2024 (NSH England, 2019).

Il caso Frome – “La comunità come medicina”: l'esperienza di Frome, nel Somerset, è considerata uno degli esempi più emblematici. Il progetto *Compassionate Frome*, in collaborazione con il *Frome Medical Practice*, ha sviluppato una rete di *community connectors*: cittadini, volontari, commercianti e operatori locali formati per intercettare

situazioni di isolamento e fragilità. I risultati riportati indicano che, tra il 2013 e il 2016, i ricoveri ospedalieri di emergenza si sono ridotti del 17%, mentre nelle aree limitrofe sono aumentati del 29% nello stesso periodo (Abel et al., 2018). Il modello si fonda su quattro valori chiave – gentilezza, collaborazione, apprendimento e sostenibilità – e documenta il potenziale della comunità come risorsa di cura.

3.2.2 Altre esperienze internazionali

Esperienze significative di prescrizione sociale sono documentate anche in:

- Stati Uniti, con integrazione tra *primary care* e salute mentale;
- Canada, in particolare a Montréal e Toronto, per il supporto a popolazioni migranti e vulnerabili; Australia, con programmi pilota nazionali integrati nella medicina generale; Paesi Bassi, con una forte connessione tra servizi sanitari, cultura e quartieri;
- Finlandia, con programmi per anziani e iniziative intergenerazionali.

Le evidenze disponibili indicano, in diversi contesti, un miglioramento del benessere emotivo e del senso di appartenenza, con possibili effetti anche sull'uso dei servizi sanitari (Husk et al., 2019).

3.3 La prescrizione sociale in Italia

In Italia, la prescrizione sociale si colloca attualmente in una fase di sviluppo e sperimentazione, ma mostra segnali di progressivo consolidamento sia sul piano concettuale sia su quello operativo. Negli ultimi anni, numerosi progetti pilota sono stati avviati grazie alla collaborazione tra Aziende sanitarie, enti locali, Università e organizzazioni del Terzo Settore, delineando un panorama eterogeneo ma in crescita di pratiche orientate all'integrazione tra salute, cultura e comunità (Istituto Superiore di Sanità, 2022).

Un esempio nazionale è il progetto “Nati per Leggere”: un programma di promozione della lettura rivolto alle famiglie con bambini in età prescolare, promosso dall'Associazione Culturale Pediatri, dall'Associazione Italiana Biblioteche e dal CSB Centro per la Salute del Bambino Onlus. Il programma è attivo su tutto il territorio nazionale con circa 800 progetti locali che coinvolgono più di 2000 comuni italiani. I

progetti locali sono promossi da bibliotecari, pediatri, educatori, enti pubblici, associazioni culturali e di volontariato. Dal 1999, Nati per Leggere ha l'obiettivo di promuovere la lettura in famiglia sin dalla nascita, perché leggere con una certa continuità ai bambini ha una positiva influenza sul loro sviluppo intellettuale, linguistico, emotivo e relazionale, con effetti significativi per tutta la vita adulta.

Un ruolo significativo è svolto dalla Regione Piemonte, attraverso il DoRS e dall'Istituto Superiore di Sanità, che ha contribuito alla traduzione italiana del Toolkit dell'OMS sulla prescrizione sociale e ha partecipato a indagini nazionali e progetti di mappatura delle esperienze di prescrizione sociale, in particolare in ambito culturale. Il Piemonte si distingue inoltre per il coinvolgimento in attività di formazione e ricerca, configurandosi come uno dei contesti più attivi nella riflessione metodologica sul tema.

Nel contesto romano, si segnalano iniziative pilota promosse dalla Fondazione Policlinico Universitario Agostino Gemelli e dall'Università Cattolica, che hanno sperimentato percorsi di prescrizione sociale in ambiti specifici, come le Breast Unit, affiancati da attività seminariali e formative rivolte ai professionisti sanitari. Queste esperienze evidenziano il tentativo di integrare la prescrizione sociale all'interno di setting clinici specialistici, ampliandone il raggio d'azione.

In Toscana, la prescrizione sociale si è sviluppata prevalentemente attraverso reti consolidate di welfare culturale, come i programmi *Musei Toscani per l'Alzheimer* e *Nati per Leggere*, che promuovono l'accesso facilitato a risorse culturali e relazionali come strumenti di promozione della salute e di inclusione sociale. Tali esperienze mostrano una forte connessione tra cultura, prevenzione e qualità della vita, in particolare per le persone anziane e le famiglie.

Anche in Lombardia emergono esperienze rilevanti, come l'indagine condotta dall'ASST di Mantova sulla prescrizione sociale di attività artistiche e culturali, inserita nel più ampio percorso di mappatura promosso dal Cultural Welfare Center. Questo lavoro ha contribuito a rendere visibili pratiche già esistenti e a riflettere sulle modalità di integrazione tra servizi sanitari e offerta culturale territoriale.

Infine, l'Istituto Superiore di Sanità ha svolto un ruolo di coordinamento e promozione di progetti sperimentali di prescrizione sociale, inclusi interventi di gruppo rivolti a

specifiche popolazioni, come le attività di canto per neomamme con depressione post partum. Queste iniziative sottolineano l'interesse crescente, anche a livello nazionale, verso approcci preventivi e comunitari capaci di agire sui determinanti sociali e relazionali della salute.

Nel loro insieme, tali esperienze restituiscono l'immagine di un modello in evoluzione, ancora frammentato ma ricco di potenzialità, che necessita di maggiore sistematizzazione, di cornici organizzative condivise e di strumenti di valutazione omogenei per poter essere integrato in modo strutturale nelle politiche di sanità pubblica e di prevenzione.

3.3.1 Il contesto dell'Emilia-Romagna

Nel panorama nazionale, la Regione Emilia-Romagna si distingue per una marcata vivacità e una forte propensione all'innovazione nell'ambito delle politiche di sanità di prossimità e di integrazione sociosanitaria. Tale dinamismo è sostenuto da una solida tradizione di welfare pubblico territoriale, da un tessuto associativo particolarmente sviluppato e da una cultura diffusa di collaborazione tra servizi sanitari, enti locali e Terzo Settore. In questo contesto favorevole, la prescrizione sociale ha trovato terreno fertile, sviluppandosi attraverso sperimentazioni diversificate ma accomunate da una visione orientata alla comunità, alla prevenzione e alla promozione del benessere.

L'esperienza formativa avviata dall'AUSL di Bologna evidenzia un processo di strutturazione della figura del link worker nel contesto italiano (Sogni & Bisogni, n.d.). Utilizzando la figura del "link worker", il progetto mira a contrastare isolamento e disagio, specialmente tra i giovani (NEET) e anziani, collegando i pazienti a risorse comunitarie, volontariato e iniziative culturali.

Nel contesto modenese, si segnalano iniziative come il progetto *Social Point*, orientato all'inclusione sociale e al benessere di persone con fragilità psichica e sociale, che valorizza il raccordo tra servizi sanitari, enti del Terzo Settore e comunità locale. A Parma, invece, si sono sviluppate esperienze significative di welfare culturale, che riconoscono l'accesso facilitato ad attività artistiche e culturali come componente integrante delle strategie di promozione della salute e della qualità della vita.

Nel distretto Reno Lavino Samoggia sono state avviate sperimentazioni di prescrizione sociale rivolte specificamente ai giovani NEET, con l'obiettivo di contrastare isolamento, inattività e disagio psicosociale. Queste esperienze ampliano l'orizzonte applicativo della prescrizione sociale oltre la popolazione anziana, dimostrando la versatilità dello strumento e la sua potenziale efficacia in diverse fasi del ciclo di vita.

Un esempio regionale particolarmente strutturato è rappresentato dal progetto *Scioppo di Teatro*, attivo dal 2021, che costituisce una delle prime esperienze sistematiche di prescrizione sociale pediatrica in Italia. Attraverso voucher prescritti dai pediatri di libera scelta, bambini e famiglie possono accedere a spettacoli teatrali selezionati, promuovendo benessere emotivo, relazionale e culturale. L'iniziativa coinvolge oltre 250 pediatri aderenti e rappresenta un modello consolidato di integrazione tra sanità, cultura e prevenzione.

Un'altra esperienza rilevante è il progetto *Musica e Maternità*, avviato nell'aprile 2024 e della durata di due anni, finalizzato alla diffusione su scala nazionale di un intervento di canto di gruppo rivolto a neomamme con sintomi di depressione post partum. Nell'ottobre 2025 sono stati pubblicati sul *British Journal of Psychiatry* i risultati di uno studio clinico randomizzato controllato che ha coinvolto quasi 200 neomamme, confermando l'efficacia dell'intervento nel ridurre la sintomatologia depressiva. In particolare, le madri partecipanti ai gruppi di canto hanno mostrato una riduzione più duratura dei sintomi e un tasso di abbandono inferiore rispetto al gruppo di controllo, composto da madri coinvolte in altre attività territoriali. L'intervento si è inoltre dimostrato costo-efficace, combinando risultati clinici significativi con costi contenuti, comparabili a quelli degli interventi psicoeducativi (Bind et al., 2025).

Di particolare interesse è anche la rete *Archivi e Salute*, guidata dall'Archivio di Stato di Modena in collaborazione con il Cultural Welfare Center, il Centro Bach dell'Università di Chieti-Pescara, i Centri per i Disturbi Cognitivi e le Demenze di Modena e Carpi, l'ISPC-CNR e l'Università di Modena e Reggio Emilia. Questa rete ha avviato una sperimentazione di prescrizione culturale di comunità che coinvolge ambulatori, ospedali, Ospedali di Comunità, centri diurni e strutture residenziali per persone con demenza e Alzheimer. In tale contesto, geriatri e medici di medicina generale invitano le persone anziane a partecipare a laboratori creativi promossi

dall'Archivio, mentre i terapeuti occupazionali integrano nelle pratiche di cura un toolkit dedicato, *La scatola della memoria*, basato sulla Terapia della Rimembranza e sul protocollo sviluppato dall'Università di Manchester. Il modello include inoltre percorsi formativi sulle cosiddette "prescrizioni creative" (Ministero della Cultura, n.d.).

Recentemente è stata avviata una formazione regionale rivolta ad operatori sanitari e operatori museali dal nome: "MADER", ossia "Reti Museali e di Patrimonio Culturale per l'Alzheimer e la demenza in Emilia Romagna". Tale percorso ha preso avvio nel 2025 e fa riferimento al "Manifesto per il Welfare Culturale" promosso dalla Regione Toscana, Regione Emilia-Romagna, Promo PA Fondazione e la comunità professionale pubblica e privata i quali riconoscono il welfare culturale come modello integrato di benessere per la comunità da promuovere e sostenere. Inoltre, la Regione Emilia-Romagna ha deliberato in Giunta Regionale (n.1704 del 29/07/2024) un Avviso per la formazione di reti museali approvato con D.G.R. 765/2024. Tale percorso, coordinato dalla dott.ssa Boschi e dott.ssa Manni, vede la strutturazione di equipe transdisciplinari provinciali che possano progettare percorsi di partecipazione e collaborazione con realtà locali al fine dell'inclusione di persone con disturbo neurocognitivo e le loro famiglie (Promo PA Fondazione, n.d.).

Il progetto "Il Frignano in rete: il benessere della comunità" rappresenta un'esperienza significativa di innovazione territoriale nell'ambito della salute collettiva e del welfare di comunità, configurandosi come un micro-laboratorio di sperimentazione per modelli di prossimità e partecipazione in un contesto montano caratterizzato da dispersione geografica e fragilità demografiche.

Il progetto persegue tre obiettivi strategici:

- sviluppare una modalità strutturata e partecipata di rilevazione dei bisogni della comunità;
- rafforzare le reti collaborative locali tra istituzioni, associazioni e cittadinanza;
- valorizzare competenze individuali e collettive attraverso percorsi di empowerment e formazione.

Le azioni si articolano in tre ambiti integrati:

1. mappatura partecipata delle risorse e dei bisogni, realizzata nei comuni del Frignano con il coinvolgimento di AUSL di Modena e CSV Terre Estensi, che ha favorito l'emersione del capitale sociale locale e una riflessione condivisa sul ruolo dell'Agente di Prossimità;
2. individuazione e formazione di figure ponte, cittadini attivi con funzione di raccordo tra comunità e servizi, supportati da un percorso formativo e da un coordinamento educativo territoriale;
3. attivazione di attività motorie, relazionali e di benessere comunitario, orientate al contrasto di solitudine, ritiro sociale e inattività fisica, con il coinvolgimento di associazioni, enti locali e Terzo Settore.

Nel suo complesso, *Il Frignano in rete* anticipa elementi chiave dei modelli di prescrizione sociale e di prossimità analizzati nei capitoli successivi, mostrando come anche in contesti periferici sia possibile costruire pratiche di salute collettiva fondate sulla partecipazione, sull'attivazione delle reti sociali e sulla valorizzazione delle risorse comunitarie.

Nel loro insieme, queste esperienze delineano l'Emilia-Romagna come un laboratorio avanzato di sperimentazione della prescrizione sociale, caratterizzato da una forte integrazione tra sanità, cultura e comunità e da un elevato potenziale di trasferibilità verso modelli territoriali più strutturati e sistemici.

Nel complesso, il modello italiano emergente di prescrizione sociale si caratterizza per:

- un forte ruolo del Terzo Settore;
- una solida tradizione di welfare comunitario;
- una crescente integrazione tra cultura, salute e inclusione sociale.

Persistono tuttavia criticità rilevanti, tra cui l'assenza di linee guida nazionali condivise, la frammentazione delle esperienze locali, la mancanza di una figura professionale standardizzata e l'eterogeneità degli strumenti di valutazione degli esiti. Tali limiti evidenziano la necessità di modelli organizzativi più chiari e trasferibili, tema che sarà approfondito nei capitoli successivi della presente tesi (contatto con la collega dott.ssa Iacconi dell'AUSL di Modena).

3.4 Ruolo del Terzo Settore e delle reti comunitarie

Il Terzo Settore svolge un ruolo strategico e strutturale nei modelli di prescrizione sociale, configurandosi come ponte operativo tra i servizi sanitari istituzionali e i bisogni informali, spesso invisibili, presenti nella comunità. Associazioni di volontariato, cooperative sociali, enti del privato sociale e reti civiche rappresentano attori centrali nella costruzione di risposte di prossimità, capaci di intercettare precocemente situazioni di fragilità sociale, relazionale e psicologica.

All'interno dei percorsi di prescrizione sociale, il Terzo Settore contribuisce in modo significativo a più fasi: mappatura delle risorse territoriali, co-progettazione degli interventi, erogazione delle attività e monitoraggio informale degli esiti. Grazie alla presenza capillare sul territorio e alla conoscenza diretta delle comunità locali, queste organizzazioni possono raggiungere persone che faticano ad accedere ai servizi formali o che vivono condizioni di isolamento, marginalità o stigma.

Le attività promosse dal Terzo Settore – quali gruppi di cammino, laboratori culturali, iniziative artistiche, spazi di socializzazione, attività intergenerazionali e reti di mutuo aiuto – costituiscono spesso il cuore operativo della prescrizione sociale. Esse agiscono sui determinanti sociali della salute e rafforzano il capitale sociale, inteso come insieme di relazioni, fiducia reciproca e senso di appartenenza, riconosciuti come fattori protettivi per il benessere individuale e collettivo.

Un ulteriore valore aggiunto risiede nella capacità del Terzo Settore di promuovere inclusione e partecipazione attiva, favorendo il coinvolgimento diretto delle persone nei percorsi di salute. Ciò è particolarmente rilevante per popolazioni fragili – anziani soli, persone con patologie croniche, soggetti con disturbi neurocognitivi e caregiver – per le quali la partecipazione comunitaria rappresenta una leva concreta contro solitudine, perdita di ruolo e ritiro sociale.

Nei modelli più avanzati, il Terzo Settore non è concepito come mero fornitore di attività, ma come partner stabile del welfare territoriale in logiche di co-produzione e governance condivisa. La collaborazione strutturata tra servizi sanitari, servizi sociali ed enti del Terzo Settore consente di superare la frammentazione, favorendo percorsi integrati, personalizzati e sostenibili nel tempo. In tale prospettiva, anche le reti

comunitarie informali assumono un ruolo cruciale nella costruzione di sistemi di cura diffusi, in cui la comunità diventa parte attiva del processo di promozione della salute.

3.5 Evidenze sull’impatto e limiti dei modelli attuali

Le evidenze disponibili confermano che la prescrizione sociale può migliorare indicatori di benessere e supporto sociale e, in alcuni contesti, contribuire a ridurre la pressione sui servizi sanitari, soprattutto in termini di accessi ripetuti e bisogni non clinici che si riversano sulla medicina generale (Bickerdike et al., 2017) (Husk et al., 2019). Tuttavia, la letteratura segnala anche limiti rilevanti.

In particolare, i risultati mostrano una forte variabilità in base al contesto territoriale, alla qualità delle reti comunitarie e alla presenza di figure dedicate (link worker). Inoltre, la dipendenza dalle risorse locali e la difficoltà di standardizzare strumenti di valutazione e indicatori di esito rendono complessa la comparabilità tra programmi. A ciò si aggiungono criticità operative quali: sostenibilità nel medio periodo, continuità di accompagnamento, capacità di raggiungere le persone più isolate e vulnerabili, e definizione di assetti di governance chiari tra sistema sanitario e Terzo Settore.

Questi elementi indicano la necessità di modelli organizzativi strutturati, capaci di integrare in modo continuativo la dimensione comunitaria nei percorsi territoriali e di definire in modo esplicito ruoli, strumenti e sistemi di monitoraggio. L’integrazione di questo modello nel Sistema Sanitario Nazionale potrebbe rappresentare un’opportunità strategica per rafforzare la medicina di prossimità e promuovere una sanità territoriale più inclusiva e preventiva.

PARTE II – CONTESTO E CASI DI STUDIO

CAPITOLO 4

Il contesto modenese e i progetti territoriali di prevenzione e inclusione di Geriatria Territoriale

4.1 Inquadramento socio-demografico e implicazioni di sistema

La provincia di Modena presenta un profilo demografico coerente con le principali tendenze regionali e nazionali: aumento della popolazione anziana e crescita del segmento dei grandi anziani. I dati PASSI d'Argento 2021–2023 indicano che circa una persona su cinque ha più di 64 anni (≈ 166.000 persone) e che oltre un terzo di queste ha più di 80 anni (≈ 54.000) (Istituto Superiore di Sanità [ISS], 2024). Con l'età aumentano fragilità e disabilità, con un gradiente di genere a sfavore delle donne.

Il territorio mostra inoltre una quota rilevante di limitazioni funzionali (IADL e ADL) e un'area non trascurabile di rischio di isolamento sociale. Quest'ultimo appare fortemente associato alle condizioni di salute: la vulnerabilità relazionale cresce in modo marcato in presenza di fragilità e disabilità. Nel complesso, il quadro demografico e sociale evidenzia una domanda crescente di interventi non solo riparativi, ma orientati a prevenzione, mantenimento funzionale, partecipazione e continuità territoriale.

4.2 Fragilità, solitudine e disturbi neurocognitivi: il bisogno “preventivo” come priorità organizzativa

Nel contesto modenese, la fragilità va intesa come condizione multidimensionale (fisica, cognitiva, sociale, ambientale) e come riduzione della riserva funzionale, non sovrapponibile alla sola presenza di patologie croniche. In tale cornice, solitudine e isolamento sociale agiscono come amplificatori del declino funzionale e cognitivo, incidendo sia sull'autonomia sia sull'appropriatezza dell'utilizzo dei servizi.

Un indicatore rilevante della pressione socio-sanitaria legata alla fragilità cognitiva è rappresentato dalle persone in carico al CDCD di Modena: al 31 dicembre 2023 risultano 3.951 persone con diagnosi di demenza o condizioni di rischio in monitoraggio. Tale dato conferma l'impatto dei disturbi neurocognitivi e richiama la necessità di un'impostazione anticipatoria, non centrata esclusivamente sulle fasi avanzate.

Le evidenze più recenti sostengono questa impostazione: uno studio svedese su persone con malattia di Alzheimer biologicamente confermata ha mostrato che la fragilità non modifica in modo sostanziale la velocità del declino cognitivo, ma si associa a esiti altamente rilevanti quali istituzionalizzazione e mortalità (Xia et al.,

2025). Ne deriva una conseguenza organizzativa: integrare la lettura della vulnerabilità globale diventa cruciale per pianificare domiciliarità, sostegno ai caregiver e integrazione socio-sanitaria.

In coerenza con l'OMS e con gli indirizzi nazionali (DDL Anziani, 2023), l'invecchiamento in salute implica interventi integrati per mantenere abilità funzionali e partecipazione. Questo orienta la domanda territoriale verso modelli capaci di intercettare precocemente la fragilità, agire sui determinanti sociali e attivare risposte territoriali non cliniche.

4.3 *Dementia Friendly Community*: infrastruttura sociale abilitante

Dal 2022 il Comune di Modena ha aderito al network *Dementia Friendly Community* (DFC), promosso da Federazione Alzheimer Italia (Federazione Alzheimer Italia, n.d.), avviando un percorso strutturato di trasformazione culturale e organizzativa orientato all'inclusione, alla riduzione dello stigma e alla partecipazione attiva delle persone con demenza. Con deliberazione della Giunta Comunale n. 417/2025, la comunità viene formalmente riconosciuta come attore dei processi di organizzazione sociale (Comune di Modena, 2025), valorizzata quale serbatoio strategico di risorse sociali, istituzionali e strutturali a supporto della fragilità cognitiva e dei caregiver.

Nel contesto modenese, la DFC si configura come una pratica di welfare pubblico partecipativo fondata sulla co-costruzione intersettoriale. Il percorso coinvolge in modo strutturato il Comune (Assessorati alla Sanità, Servizi Sociali, Scuola e Cultura), AUSL, AOU, Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia, associazioni di volontariato e Terzo Settore – tra cui l'Associazione GP VECCHI – Pro Senectute et Dementia – nonché le stesse persone con demenza e i loro familiari, chiamati a partecipare ai tavoli di lavoro e ai processi decisionali. L'inclusione non viene intesa come adattamento passivo dei servizi, ma come riconoscimento del diritto a contribuire alla vita comunitaria e a partecipare alle scelte che riguardano il proprio benessere.

Il piano d'azione, orientato su un orizzonte pluriennale, prevede percorsi strutturati di sensibilizzazione e formazione rivolti a esercenti, scuole, forze dell'ordine, comunità religiose, volontari e operatori pubblici; campagne di comunicazione ed eventi pubblici;

sviluppo di spazi e attività inclusive; sostegno e supporto ai caregiver attraverso iniziative formative e momenti di confronto dedicati.

In chiave strategica, la DFC non rappresenta esclusivamente un progetto di sensibilizzazione, ma un'infrastruttura sociale abilitante. Essa contribuisce a costruire capitale sociale (reti e fiducia), accessibilità relazionale (ambienti più comprensivi e accoglienti) e opportunità concrete di partecipazione. Tali elementi costituiscono il presupposto operativo per l'attivazione di interventi di prossimità e prescrizione sociale, che richiedono una comunità preparata, consapevole e coinvolta.

La cooperazione continuativa tra pubblico e Terzo Settore rappresenta un elemento qualificante del modello, pienamente coerente con la prospettiva della salute collettiva e della sanità di prossimità. In questo senso, l'esperienza della Dementia Friendly Community di Modena anticipa e rende concretamente praticabili modelli territoriali orientati alla prevenzione della fragilità, all'inclusione e alla partecipazione comunitaria, configurandosi come contesto abilitante per il modello organizzativo sviluppato nel Capitolo 4.

4.4 Il progetto “Prevenzione e Inclusione” (Bando Personae 2024): prima tappa pilota verso il modello organizzativo

Il progetto “Prevenzione e Inclusione: strategie per il miglioramento della qualità di vita della persona anziana all'interno della comunità”, promosso dall'AUSL di Modena e finanziato nell'ambito del Bando Personae 2024 (Fondazione Modena), rappresenta una sperimentazione territoriale di prevenzione-inclusione comunitaria integrata (Fondazione di Modena, 2024).

L'iniziativa è in linea con i bisogni emersi nel territorio – fragilità multidimensionale, solitudine, declino cognitivo, vulnerabilità sociale – e propone un insieme coordinato di attività motorie e cognitive di gruppo, iniziative inclusive e azioni di rafforzamento delle reti di prossimità.

Il valore del progetto non risiede esclusivamente negli output quantitativi, ma nella sua funzione di prototipo organizzativo: esso sperimenta concretamente la cooperazione strutturata tra sanità pubblica e Terzo Settore e dimostra la fattibilità operativa di interventi non clinici orientati a benessere, socialità e inclusione.

In questa cornice, la Geriatria Territoriale assume un ruolo di regia pubblica, superando la dimensione meramente prestazionale per configurarsi come spazio di attivazione comunitaria e integrazione territoriale.

4.4.1 Obiettivi e azioni

L'obiettivo generale è migliorare la qualità di vita della popolazione anziana attraverso un approccio integrato di prevenzione, inclusione e partecipazione comunitaria. In particolare, il progetto mira a:

- prevenire il decadimento cognitivo;
- promuovere l'invecchiamento attivo;
- ridurre l'isolamento sociale;
- rafforzare le reti di volontariato e prossimità.

Le principali azioni attivate includono:

- attività informative sui corretti stili di vita;
- il progetto *In Forma Mentis* (attività cognitive e motorie combinate di gruppo); attività motorie adattate;
- musicoterapia per persone con demenza;
- iniziative in ottica Dementia Friendly Community;
- formazione e reclutamento di volontari.

4.4.2 Risultati e valore sistemico

Il progetto, attivo da settembre 2024 a febbraio 2026, ha prodotto risultati significativi:

- 8 gruppi *In Forma Mentis* attivati (144 partecipanti);
- 203 persone coinvolte in attività motorie adattate (domicilio, palestra, parchi);
- 18 eventi divulgativi (circa 850 cittadini coinvolti);
- 67 persone con demenza coinvolte in musicoterapia con i rispettivi familiari;
- avvio del reclutamento e formazione di nuovi volontari.

Oltre ai risultati quantitativi, il progetto ha evidenziato esiti qualitativi di rilievo sul piano organizzativo e relazionale. In particolare, ha dimostrato che:

- la prevenzione comunitaria è operativamente attivabile;
- l'integrazione tra sistema pubblico e Terzo Settore è sostenibile e generativa;
- le attività relazionali e di gruppo producono effetti significativi sul benessere percepito, sulla partecipazione e sul rafforzamento del capitale sociale.

Un elemento di particolare valore riguarda l'inclusione attiva delle persone con disturbi neurocognitivi anche in contesti precedentemente non strutturati per accoglierle. Gli enti del Terzo Settore coinvolti hanno avviato percorsi formativi specifici, adattando e riorganizzando le proprie attività per rispondere in modo più appropriato alle esigenze delle persone con demenza e dei loro familiari. Tale processo ha innescato una sinergia virtuosa con i professionisti sanitari che hanno in carico queste persone, attivando forme di collaborazione reciproca e di scambio continuativo.

I benefici sono risultati evidenti non solo per le persone con demenza, che hanno potuto partecipare attivamente a esperienze significative, ma anche per i familiari. Osservare il proprio caro coinvolto in attività strutturate ha generato senso di sollievo, riconoscimento e rinnovato significato nella quotidianità della cura. In particolare, le attività di musicoterapia hanno favorito una partecipazione condivisa del caregiver, agendo positivamente sulla relazione all'interno della diade familiare e contribuendo alla creazione di gruppi di sostegno informali, amicizie e iniziative autonome, inclusa la partecipazione a eventi culturali e concerti in contesti non convenzionali.

Le iniziative rivolte alla cittadinanza hanno registrato un elevato interesse, favorendo la costruzione di nuovi legami sociali e connessioni con realtà territoriali – quali polisportive, associazioni culturali e altri soggetti comunitari – ampliando la rete di opportunità inclusive. Le associazioni coinvolte, riconoscendo il valore dell'esperienza, si sono progressivamente organizzate per garantire continuità alle proposte avviate, contribuendo alla stabilizzazione di pratiche inclusive oltre la durata del finanziamento.

In tal senso, l'iniziativa conferma che interventi a bassa soglia, diffusi sul territorio e co-progettati con la comunità, possono incidere non solo sul singolo individuo, ma sull'ecosistema territoriale nel suo complesso, attivando trasformazioni organizzative e culturali durature.

Tabella 4.1 – Sintesi del progetto “Prevenzione e Inclusione” (Bando Personae 2024)

Obiettivi	Azioni previste	Target	Esiti attesi
Promuovere la prevenzione del decadimento cognitivo	Serate informative su stili di vita, stimolazione cognitiva e ruolo della socialità	Popolazione ≥65 anni; cittadinanza	Maggiore consapevolezza sui fattori protettivi
Favorire l'invecchiamento attivo	<i>In Forma Mentis</i> : attività cognitiva e motoria combinata	Anziani autonomi	Miglioramento performance fisiche e cognitive percepite
Favorire l'inclusione delle persone con demenza	Attività motoria adattata; musicoterapia	Persone con demenza lieve–moderata	Miglioramento qualità di vita e inclusione
Sostenere caregiver	Attività relazionali e iniziative “dementia friendly”	Persone con demenza e familiari	Riduzione stigma e sollievo caregiver
Rafforzare reti di prossimità	Reclutamento e formazione volontari	Volontari e associazioni	Incremento capitale sociale
Sensibilizzare la comunità	Eventi pubblici e iniziative informative	Cittadinanza	Maggiore sensibilità su prevenzione e inclusione

Tabella 4.1 – Quadro sinottico del progetto “Prevenzione e Inclusione” (Bando Personae 2024): obiettivi, azioni, destinatari ed esiti attesi.

4.4.3 Analisi strategica e funzione pilota

Il progetto può essere letto come laboratorio organizzativo territoriale.

Punti di forza

- Coerenza con i bisogni documentati del territorio.
- Approccio integrato e multidimensionale.
- Forte integrazione con il Terzo Settore.
- Buona capacità di attivazione comunitaria.

Criticità

- Natura temporanea del finanziamento.
- Assenza di formalizzazione strutturata del percorso.
- Mancanza di un sistema sistematico di invio/prescrizione.
- Limitata standardizzazione degli strumenti di valutazione.

Opportunità

- Evoluzione verso un modello di prescrizione sociale formalizzata.
- Integrazione con le Case della Comunità (CdC).
- Scalabilità territoriale.
- Allineamento con DM 77/2022 e Piano Nazionale Demenze.

Rischi

- Non istituzionalizzazione delle pratiche.
- Disomogeneità territoriale nell'accesso.
- Sovraccarico organizzativo in assenza di governance dedicata.

4.3.5 Lettura critica del progetto: punti di forza, criticità e prospettive di sviluppo

Il progetto *“Prevenzione e Inclusione”* rappresenta un esempio concreto e avanzato di risposta territoriale ai bisogni emergenti della popolazione anziana, in particolare in relazione alla prevenzione del decadimento cognitivo, alla solitudine e all'isolamento sociale. Il principale punto di forza risiede nell'approccio integrato, che supera una logica esclusivamente clinica e valorizza attività di gruppo, relazioni significative e risorse comunitarie come leve di salute.

L'esperienza dimostra come interventi a bassa soglia, diffusi sul territorio e co-progettati con il Terzo Settore, siano in grado di intercettare una fascia ampia di popolazione anziana e di produrre benefici non solo individuali, ma anche di sistema,

in termini di capitale sociale e coesione comunitaria. In questo senso, il progetto anticipa in modo implicito molte delle logiche proprie della prescrizione sociale, pur non adottandone ancora una struttura formalizzata.

Tra gli elementi critici emerge tuttavia la natura progettuale e temporanea dell'intervento. L'assenza di una cornice organizzativa stabile rende il modello vulnerabile nel lungo periodo e ne limita la trasferibilità sistemica. Inoltre, la mancanza di strumenti condivisi di valutazione rende più complessa la dimostrazione dell'impatto in termini di sanità pubblica, pur a fronte di evidenze qualitative positive.

I possibili sviluppi del progetto risiedono proprio nella sua evoluzione da insieme di azioni efficaci a modello organizzativo strutturato. In particolare, l'integrazione con le Case della Comunità e con i servizi territoriali potrebbe consentire di trasformare le attività esistenti in esiti di un processo di intercettazione precoce della fragilità e di prescrizione sociale formalizzata. Ciò permetterebbe di raggiungere anche le persone più isolate e fragili, oggi meno visibili, e di rafforzare la continuità assistenziale.

In questa prospettiva, il progetto può essere letto come un laboratorio operativo che prepara il terreno al modello proposto nei capitoli successivi della tesi: un sistema territoriale capace di connettere fragilità, risorse comunitarie e servizi, traducendo la prevenzione e l'inclusione in pratiche strutturali di salute collettiva.

L'esperienza mette in evidenza la necessità di:

- una funzione strutturata di mappatura attiva della fragilità;
- un dispositivo formale di prescrizione sociale;
- una governance territoriale chiara e dedicata;
- un sistema di monitoraggio degli esiti, anche con indicatori leggeri e sostenibili.

In questa prospettiva, il progetto costituisce il terreno empirico su cui si innesta la proposta di modello organizzativo territoriale, finalizzata a integrare stabilmente fragilità, risorse comunitarie e servizi sanitari in un sistema coerente di salute collettiva.

PARTE III – Progettazione e formalizzazione del modello organizzativo

MATERIALI E METODI

CAPITOLO 5

Intercettazione della fragilità e implementazione della partecipazione comunitaria (prescrizione sociale): un modello organizzativo di geriatria territoriale per l'inclusione e la promozione della salute

5.1 Premessa

Nel quadro delle trasformazioni in atto nei sistemi sanitari territoriali, e alla luce delle evidenze discusse nei capitoli precedenti, emerge la necessità di rafforzare funzioni di prossimità, promozione della salute e integrazione sociosanitaria. L'aumento delle patologie croniche, della fragilità multidimensionale, della solitudine e dei disturbi neurocognitivi richiede modelli organizzativi capaci di intercettare precocemente i bisogni e di attivare risposte che vadano oltre la sola dimensione clinica.

In coerenza con il Community Health Approach, la salute viene qui considerata come esito dell'interazione tra condizioni biologiche, determinanti sociali, risorse del contesto e qualità delle relazioni. Ne deriva che la presa in carico non può limitarsi a interventi sanitari tradizionali, ma deve includere azioni di connessione con risorse comunitarie, supporto alla partecipazione sociale e attivazione del capitale sociale del territorio.

In tale prospettiva, l'individuazione precoce della fragilità e la mappatura sistematica della popolazione e delle risorse territoriali costituiscono elementi centrali per costruire percorsi di salute collettiva e per attivare in modo efficace la prescrizione sociale. Tuttavia, l'assenza (o la non piena istituzionalizzazione) di una figura formalmente riconosciuta come Agente di Comunità per la Salute (ACS/OCS) limita, allo stato attuale, l'implementazione piena e strutturata di tali funzioni.

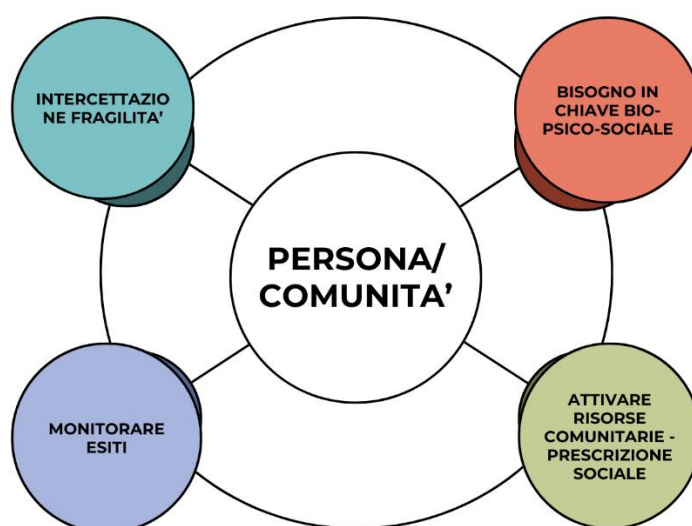
Si propone quindi un modello organizzativo territoriale, di natura transitoria e sperimentale, che attribuisce temporaneamente alcune funzioni non cliniche proprie dell'ACS/OCS a professionisti già operanti nei servizi territoriali (Infermieri di Famiglia

e Comunità, referenti della promozione della salute, professionisti della Geriatria territoriale, assistenti sociali). Il modello intende porre le basi per un sistema strutturato di promozione della salute, prescrizione sociale e inclusione. Il presente capitolo descrive il modello, mentre il Capitolo 6 ne analizza la fattibilità organizzativa, operativa e sistemica.

5.2 Logica generale del modello organizzativo territoriale

Il modello proposto si fonda su una sequenza logica semplice e replicabile: **intercettare precocemente la fragilità, leggerne i bisogni in chiave bio-psico-sociale, attivare risorse comunitarie tramite prescrizione sociale, monitorare esiti attesi** a livello individuale e di sistema. Al centro possiamo avere la persona intesa come individuo, ma anche la comunità intesa come un insieme di persone che condividono elementi in comune. Il modello non si configura come un nuovo servizio, né come un percorso assistenziale standardizzato, ma come un assetto funzionale che orienta e coordina pratiche già presenti nei servizi territoriali. La prescrizione sociale è quindi intesa come dispositivo organizzativo che rende operativa l'integrazione tra servizi e comunità, sostenendo promozione della salute, inclusione e continuità assistenziale.

Figura 5.1 – Logica generale del modello organizzativo territoriale



Didascalia Figura 5.1. La figura rappresenta la logica del modello organizzativo territoriale.

Tabella 5.1 – Logica del modello organizzativo territoriale

Elemento chiave	Descrizione
Fragilità	Condizione multidimensionale (fisica, sociale, cognitiva, relazionale)
Individuazione	Mappatura attiva, visite domiciliari di osservazione, segnalazioni
Professionisti coinvolti	MMG, IFeC, Geriatria territoriale, Assistenti sociali, Promozione salute, altri professionisti territoriali
Strumento centrale	Prescrizione sociale
Attori comunitari	Associazioni, Terzo Settore, reti informali, volontariato
Esiti attesi	Prevenzione, inclusione, continuità assistenziale

Didascalia Tabella 5.1. La tabella sintetizza gli elementi costitutivi del modello: fragilità multidimensionale, ruolo dei professionisti territoriali, prescrizione sociale e coinvolgimento della comunità come leve per prevenzione e inclusione.

5.3 Individuazione della fragilità e mappatura territoriale come asse del modello

Nel modello proposto, la fragilità non è un criterio residuale di accesso ai servizi, ma un indicatore prioritario per l'attivazione precoce di interventi preventivi e comunitari. Essa viene intesa come condizione multidimensionale risultante dall'interazione tra fattori clinici, sociali, ambientali e relazionali.

5.3.1 Mappatura della popolazione fragile

I professionisti territoriali svolgono un ruolo attivo nell'identificazione delle persone a rischio attraverso:

- segnalazioni da MMG, servizi sociali, COT (Centrale Operativa Territoriale), Case della Comunità, Geriatria territoriale e reti informali;
- osservazione diretta nei contesti di vita;
- utilizzo di strumenti di valutazione semplificati (checklist di fragilità), comprensivi di indicatori sociali, abitativi, relazionali e cognitivi;

- costruzione e aggiornamento di una mappa dinamica della fragilità condivisa a livello territoriale.

Questa attività consente di intercettare precocemente isolamento, decadimento funzionale e rischio sociale prima che evolvano in eventi acuti o ricoveri evitabili.

5.3.2 Mappatura delle risorse territoriali

Parallelamente, il modello prevede una ricognizione sistematica delle risorse comunitarie, comprendente:

- associazioni di volontariato e Terzo Settore;
- attività culturali, artistiche e motorie (anche adattate);
- iniziative di socializzazione e inclusione;
- servizi informali e reti di vicinato.

La mappatura rende accessibile il patrimonio di risorse locali e ne consente l'uso strategico attraverso la prescrizione sociale.

5.4 Funzioni dei professionisti territoriali nel modello

Nel modello proposto si è deciso di coinvolgere tutti i professionisti che operano sul territorio (non solo le figure mediche e non solo professionisti in ambito sociale e/o sanitario). I professionisti territoriali assumono un ruolo ampliato che integra dimensione clinica e dimensione comunitaria, in coerenza con il *Community Health Approach*: la cura viene sostenuta anche tramite partecipazione, relazioni e connessione con risorse non cliniche.

Tabella 5.2 – Funzioni dei professionisti territoriali nel modello

Funzione	Contenuto principale	Finalità
Mappatura fragilità	Checklist, osservazione, segnalazioni	Intercettazione precoce
Visite domiciliari	Valutazione contesto e rischi	Prevenzione
Educazione sanitaria	Gestione cronicità e stili di vita	Autonomia

Prescrizione sociale	Orientamento a risorse comunitarie	Inclusione
Facilitazione accesso	CUP, PUA, COT, CDCD, MMG, CdC	Continuità
Ponte con la comunità	Co-progettazione e reti	Salute collettiva

Didascalia Tabella 5.2. La tabella descrive le principali funzioni attribuite ai professionisti territoriali, evidenziando l'integrazione tra competenze cliniche, attività di prossimità e connessione con il territorio.

5.4.1 Visite domiciliari di osservazione

Le visite domiciliari hanno finalità osservative e preventive: permettono di valutare il contesto abitativo, individuare segnali di solitudine, rischio di caduta o malnutrizione, intercettare fragilità emergenti e attivare percorsi di presa in carico o di prescrizione sociale.

5.4.2 Educazione sanitaria e promozione della salute

L'educazione sanitaria rappresenta una funzione centrale: è un processo relazionale e continuativo orientato a sostenere autonomia e autoefficacia nella gestione della cronicità. Accanto alla gestione terapeutica, il modello promuove stili di vita sani (attività fisica adattata, alimentazione equilibrata, idratazione, qualità del sonno, gestione dello stress), integrandoli in contesti di gruppo e comunitari che favoriscono motivazione, continuità e supporto reciproco. In questo quadro, la prescrizione sociale diventa parte integrante del percorso preventivo, rafforzando le strategie cliniche.

5.4.3 Prescrizione sociale come ponte tra servizi e comunità

La prescrizione sociale è intesa come funzione di connessione tra sistema dei servizi e tessuto comunitario. I professionisti agiscono come facilitatori, orientando le persone verso risorse non cliniche coerenti con bisogni, interessi e capacità individuali. Attraverso ascolto, co-progettazione e attivazione di reti informali, la prescrizione sociale contribuisce a prevenire isolamento, rafforzare autonomia e costruire sistemi di cura diffusi basati sul capitale sociale del territorio.

5.4.4 Inclusione delle persone fragili, con disturbo neurocognitivo maggiore e con patologie croniche

Un ambito prioritario del modello riguarda l'inclusione delle persone con disturbo neurocognitivo maggiore, collocata all'interno di una più ampia attenzione alla fragilità e alle patologie croniche. Il modello assume una prospettiva non esclusivamente clinica ma sociale e relazionale, riconoscendo il diritto della persona a rimanere parte attiva della comunità anche in presenza di limitazioni funzionali o cognitive.

La prescrizione sociale si rivolge dunque non solo alle persone con disturbo neurocognitivo, ma anche a soggetti con altre patologie croniche e condizioni di vulnerabilità (multimorbilità, disabilità, fragilità legata all'età, patologie a decorso lungo), spesso esposti a isolamento, perdita di ruolo e riduzione delle opportunità di partecipazione. Attraverso attività "dementia friendly", percorsi culturali e relazionali accessibili, iniziative inclusive e reti di supporto per caregiver, la prescrizione sociale si configura come strumento di inclusione, tutela della dignità e contrasto allo stigma.

5.4.5 Facilitazione dell'accesso ai servizi

Una funzione strategica riguarda la facilitazione dell'accesso ai servizi sanitari e sociali: orientamento, supporto alla prenotazione e collaborazione con CUP, MMG, PUA, COT, CdC e CDCD, al fine di ridurre barriere di accesso e migliorare la continuità assistenziale.

5.4.6 Funzione di ponte con la comunità

I professionisti svolgono una funzione di ponte operativo con la comunità: mantengono relazioni continuative con attori locali, aggiornano la mappatura delle risorse e favoriscono la co-progettazione di iniziative inclusive. Questa funzione rende la prescrizione sociale utilizzabile sia in chiave preventiva sia inclusiva.

5.5 Matrice operativa “Fragilità → Prescrizione sociale → Esiti attesi”

La matrice seguente rappresenta l’archittrave operativo del modello: rende esplicito il nesso tra fragilità intercettata, bisogni prevalenti, risorse comunitarie attivabili e esiti attesi a livello individuale e di sistema.

Tabella 5.3 – Matrice “Fragilità → Prescrizione sociale → Esiti attesi”

Tipologia di fragilità intercettata	Bisogni prevalenti (bio-psico-sociali)	Interventi di prescrizione sociale attivabili (risorse comunitarie)	Esiti attesi (individuali)	Esiti attesi (sistema)
Solitudine e isolamento sociale	Ritiro sociale, perdita di ruolo, rischio depressivo	Gruppi di cammino; laboratori culturali/ricreativi ; socializzazione guidata; volontariato leggero; “compagnia”	↓ solitudine percepita; ↑ benessere; ↑ partecipazione	↓ accessi impropri; ↑ continuità territoriale
Fragilità sociale ed economica	Barriere di accesso, precarietà, difficoltà pratiche	Orientamento servizi; sportelli/ETS; reti di vicinato; supporto logistico	↑ accesso risorse; ↓ stress; ↑ tenuta domiciliare	↓ disuguaglianze; ↑ integrazione socio-sanitaria
Cronicità stabilizzata (multimorbilità)	Sedentarietà, bassa aderenza, rischio riacutizzazioni	Attività fisica adattata; educazione sanitaria di gruppo; gruppi motivazionali	↑ autogestione; ↑ aderenza; ↓ riacutizzazioni	↓ PS/ospedalizzazioni evitabili; ↑ sostenibilità
Fragilità funzionale	Rischio cadute, ridotta mobilità, paura del movimento	Ginnastica dolce; attività protette; trasporto sociale; indicazioni ambientali	↑ autonomia; ↓ rischio cadute; ↑ fiducia	↓ eventi avversi; ↑ prevenzione secondaria

Disturbo neurocognitivo minore	Ridotti stimoli, rischio isolamento, bisogno contesti comprensivi	Attività culturali adattate; laboratori arte/memoria; socializzazione protetta; “dementia friendly”	↑ stimolazioni; ↑ benessere; ↑ partecipazione	↑ tenuta domiciliare; ↓ istituzionalizzazione precoce
Disturbo neurocognitivo maggiore (demenza)	Rischio isolamento, routine/sicurezza, carico familiare	Percorsi “dementia friendly”; attività brevi/strutturate; accompagnamento; sollievo caregiver	↑ qualità vita; ↓ stress; ↑ dignità percepita	↑ continuità; ↓ ricoveri/istituzionalizzazione evitabili
Fragilità del caregiver	Sovraccarico, stress, rischio burnout	Mutuo aiuto; supporto comunitario; attività di sollievo; orientamento tutele	↓ burden; ↑ coping; ↑ benessere	↑ tenuta domiciliare; ↓ accessi in urgenza
Fragilità relazionale e perdita di senso di comunità	Marginalità, isolamento territoriale, bassa fiducia	Co-progettazione; cittadinanza attiva; peer-support; eventi di quartiere	↑ appartenenza; ↑ agency; ↑ relazioni	↑ capitale sociale; ↑ collaborazione servizi-comunità

Didascalia Tabella 5.3. La tabella rappresenta la matrice operativa del modello (“Fragilità → Prescrizione sociale → Esiti attesi”), mettendo in relazione le principali tipologie di fragilità intercettabili con i bisogni prevalenti, gli interventi attivabili tramite risorse comunitarie e gli esiti attesi sia a livello individuale sia a livello di sistema. La matrice rende visibile la logica del Community Health Approach e orienta l’azione dei professionisti verso interventi di prossimità, promozione della salute e inclusione.

5.6 Organizzazione operativa

Le attività si sviluppano principalmente all'interno della Case della Comunità, ma anche all'interno di altri servizi territoriali come ad esempio COT, unità multiprofessionali, servizi di Geriatria territoriale, attraverso:

- agende dedicate per mappatura, orientamento e follow-up;
- condivisione dei casi e briefing periodici multiprofessionali;
- reportistica essenziale (processi, invii, adesione, criticità);
- raccordo con enti del Terzo Settore e aggiornamento della mappatura delle risorse.

5.7 Indicatori di monitoraggio

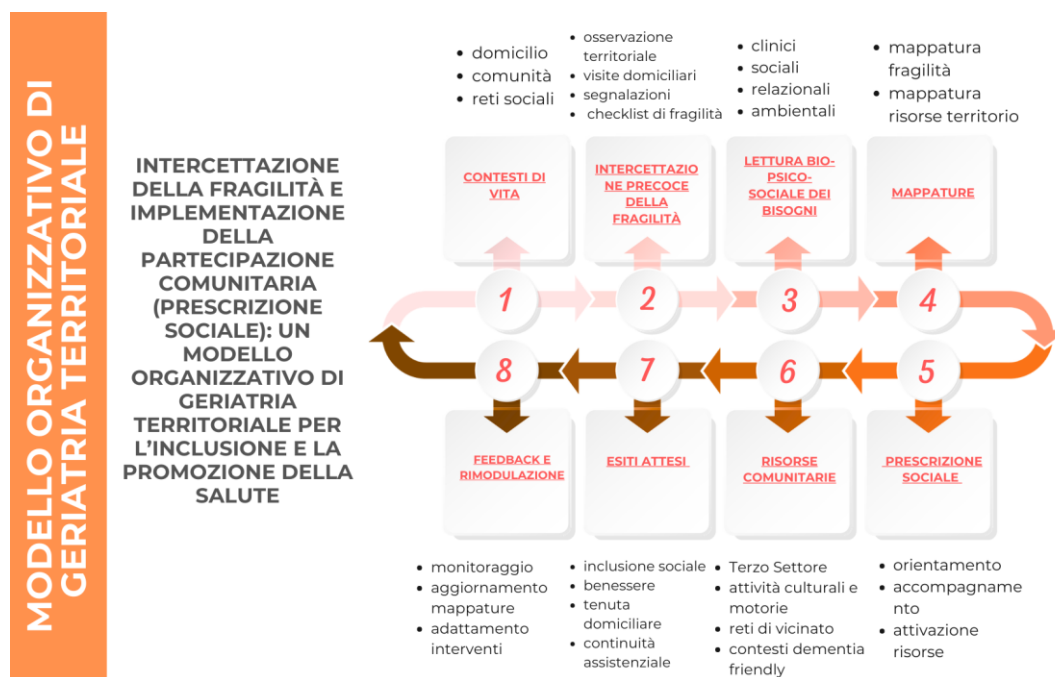
Il modello prevede indicatori di processo ed esito utili a valutare fattibilità, sostenibilità e impatto organizzativo, senza finalità sperimentali in senso stretto. A titolo esemplificativo:

- indicatori di processo: numero segnalazioni/mappature, visite domiciliari, invii a risorse comunitarie, adesione e continuità;
- indicatori di esito: variazione benessere percepito, partecipazione, tenuta domiciliare; indicatori di sistema (accessi impropri, invii appropriati, integrazione).

5.8 Durata e prospettive evolutive

Il modello ha una durata prevista di 12–24 mesi e costituisce una fase di transizione verso l'istituzionalizzazione della figura dell'ACS/OCS, con progressiva formalizzazione delle funzioni di comunità, degli strumenti e dei flussi operativi.

Figura 5.2. Rappresentazione del modello organizzativo



Didascalia Figura 5.2. La Figura rappresenta il modello organizzativo di Geriatria Territoriale; non si configura come un nuovo servizio né come un percorso assistenziale standardizzato, ma come un assetto funzionale che orienta e coordina pratiche già presenti nei servizi territoriali. Con un assetto organizzativo dinamico integra l'intercettazione precoce della fragilità, la lettura bio-psico-sociale dei bisogni e la prescrizione sociale come funzione di connessione tra servizi e comunità, orientato a esiti di inclusione e continuità assistenziale.

Conclusioni del Capitolo 5

Il Capitolo 5 ha presentato un modello organizzativo territoriale che integra l'individuazione precoce della fragilità, la mappatura delle risorse comunitarie e l'attivazione della prescrizione sociale all'interno di una cornice di salute collettiva. La fragilità è assunta come indicatore prioritario per interventi preventivi e inclusivi, superando una logica esclusivamente clinica e prestazionale.

Elemento cardine del modello è la matrice **“Fragilità → Prescrizione sociale → Esiti attesi”**, che rende esplicito il nesso tra bisogni multidimensionali, interventi comunitari attivabili ed effetti attesi a livello individuale e di sistema. La matrice costituisce uno strumento operativo per orientare l'azione dei professionisti territoriali e per integrare dimensione sanitaria, sociale e relazionale nei percorsi di cura e prevenzione.

Il modello valorizza le competenze dei professionisti già presenti nei servizi territoriali, attribuendo loro funzioni di prossimità, connessione con la comunità e facilitazione dell'accesso alle risorse, in una fase transitoria orientata all'evoluzione verso figure e processi stabilmente comunitari.

Su questa base, il Capitolo 5 sviluppa uno studio di fattibilità del modello, volto a verificarne la coerenza organizzativa, la compatibilità con le risorse professionali esistenti, la sostenibilità operativa ed economica e l'inquadramento sistemico, con un approccio progettuale e trasferibile.

RISULTATI

CAPITOLO 6

Studio di fattibilità del modello organizzativo di Geriatria Territoriale per l'inclusione e la promozione della salute: intercettazione della fragilità e implementazione della partecipazione comunitaria (prescrizione sociale)

6.1 Inquadramento metodologico

Il presente capitolo si configura come uno studio di fattibilità organizzativa (*feasibility study*) e non come uno studio sperimentale o valutativo in senso stretto. L'obiettivo è verificare la possibilità di implementare, all'interno dei servizi territoriali esistenti, un modello di prescrizione sociale orientato all'individuazione precoce della fragilità e all'inclusione delle persone fragili.

La fattibilità del modello non coincide con la dimostrazione della sua efficacia clinica, ma con la verifica delle condizioni organizzative e sistemiche che ne rendono possibile l'implementazione. In questa prospettiva, l'analisi si concentra prevalentemente su assetti organizzativi, processi operativi, ruoli professionali e risorse disponibili, piuttosto che sugli esiti clinici individuali.

Lo studio analizza in particolare:

- la coerenza del modello con l'assetto normativo e organizzativo vigente;

- la compatibilità con le risorse professionali già disponibili;
- la sostenibilità operativa ed economica;
- il potenziale impatto sui percorsi di cura, prevenzione e inclusione.

Non è prevista la raccolta di dati quantitativi di esito. L'analisi assume pertanto una prospettiva concettuale, organizzativa e di contesto, coerente con la natura progettuale della tesi. In questo quadro, la matrice **“Fragilità → Prescrizione sociale → Esiti attesi”** costituisce la base logico-operativa dello studio, rendendo esplicito il nesso tra bisogni emergenti, interventi attivabili ed esiti attesi a livello individuale e di sistema.

Il modello si colloca a un livello organizzativo-gestionale intermedio, orientato all'ottimizzazione e alla sistematizzazione delle pratiche territoriali già esistenti, senza intervenire sul disegno delle politiche sanitarie né sulla definizione dei livelli essenziali di assistenza.

Tabella 6.1 – Dimensioni dello studio di fattibilità del modello territoriale

Dimensione	Domanda guida	Esito atteso
Organizzativa	È integrabile nei servizi esistenti?	Sì
Operativa	È attuabile con risorse attuali?	Sì
Professionale	Le competenze sono già presenti?	Sì
Economica	È sostenibile?	Sì
Sistemica	È coerente con DM 77/2022?	Sì

Didascalia Tabella 6.1. La tabella riassume le principali dimensioni analizzate nello studio di fattibilità, evidenziando la coerenza del modello con l'organizzazione dei servizi territoriali e con il DM 77/2022.

6.2 Fattibilità organizzativa

6.2.1 Integrazione nei servizi territoriali esistenti

Il modello proposto risulta organizzativamente fattibile in quanto si innesta su strutture già operative e consolidate della sanità territoriale, quali:

- Case della Comunità;
- Centrali Operative Territoriali (COT);
- unità territoriali multiprofessionali;
- servizi di Geriatria territoriale e Centri per i Disturbi Cognitivi e le Demenze (CDCD);
- Medici di Medicina Generale;
- servizi sociali comunali.

Le funzioni di individuazione della fragilità e di prescrizione sociale non richiedono l'istituzione di nuovi servizi, ma una riorganizzazione funzionale delle attività, con introduzione di momenti strutturati dedicati a mappatura, orientamento e collegamento con le risorse comunitarie. Tale impostazione è coerente con i principi della sanità di prossimità e con l'assetto delineato dal DM 77/2022.

6.2.2 Ruolo dei professionisti sanitari e socio-sanitari

La fattibilità organizzativa è rafforzata dalla possibilità di attribuire funzioni di prescrizione sociale a professionisti già presenti nei servizi territoriali, tra cui Infermieri di Famiglia e Comunità, assistenti sociali, referenti della promozione della salute, professionisti della Geriatria territoriale, MMG, terapisti occupazionali e fisioterapisti per gli aspetti funzionali e partecipativi.

Le azioni previste risultano coerenti con competenze già esistenti e non determinano sovrapposizioni con le funzioni cliniche, favorendo il lavoro in équipe multiprofessionale e riducendo la frammentazione.

Affinché tali funzioni possano essere esercitate in modo efficace e omogeneo, è tuttavia necessario prevedere percorsi formativi specifici rivolti ai professionisti coinvolti. La formazione dovrebbe riguardare in particolare: i determinanti sociali della salute; il paradigma della salute collettiva; la lettura multidimensionale della fragilità; i

principi e le modalità operative della prescrizione sociale; la mappatura e l'attivazione delle risorse comunitarie; le competenze di facilitazione situata e lavoro di rete; nonché strumenti di monitoraggio e valutazione degli esiti.

Tale investimento formativo rappresenta una condizione essenziale per garantire coerenza metodologica, qualità dell'intervento e integrazione tra dimensione clinica e dimensione comunitaria, evitando che la prescrizione sociale venga interpretata come semplice invio informale anziché come funzione organizzativa strutturata.

Tabella 6.2 – Elementi di fattibilità organizzativa del modello

Ambito	Elementi di fattibilità
Strutture	Case della Comunità, COT, CDCD, servizi sociali
Professionisti	MMG, IFeC, terapisti occupazionali, fisioterapisti, assistenti sociali, geriatri, promotori salute
Processi	Riorganizzazione funzionale, formazione, agende dedicate, briefing di équipe
Governance	Lavoro multiprofessionale, raccordo con Terzo Settore, mappatura aggiornata

Didascalia Tabella 6.2. La tabella sintetizza strutture, professionisti e processi che supportano la fattibilità organizzativa del modello territoriale di prescrizione sociale.

6.3 Fattibilità operativa

6.3.1 Individuazione della fragilità come prerequisito operativo

La fattibilità operativa del modello è strettamente connessa alla capacità di intercettare precocemente la fragilità. Le modalità previste (mappatura attiva, visite domiciliari di osservazione, segnalazioni da servizi e comunità) risultano compatibili con l'organizzazione territoriale attuale. L'utilizzo di strumenti semplificati consente di rilevare bisogni sociali, relazionali e funzionali senza un incremento significativo del carico di lavoro, favorendo un approccio pragmatico e sostenibile.

6.3.2 Attivazione della prescrizione sociale

La matrice "Fragilità → Prescrizione sociale → Esiti attesi" evidenzia che, a fronte di bisogni specifici, esistono interventi già presenti o attivabili con un investimento aggiuntivo limitato. La fattibilità operativa dipende principalmente dalla capacità di:

- sistematizzare e rendere visibili risorse comunitarie spesso frammentate;
- costruire canali di accesso semplici (invio, orientamento, accompagnamento);
- sostenere l'adesione delle persone più fragili attraverso una funzione di facilitazione.

6.3.3 Inclusione delle persone con disturbo neurocognitivo maggiore

L'inclusione delle persone con disturbo neurocognitivo maggiore rappresenta una sfida complessa ma realizzabile. Esperienze di attività "dementia friendly" e di prescrizione sociale culturale mostrano che, con adeguati adattamenti (setting, linguaggio, tempi, supporto), è possibile promuovere partecipazione e inclusione anche in presenza di demenza.

In coerenza con il Community Health Approach, l'obiettivo non è esclusivamente l'attività in sé, ma la costruzione di contesti comunitari capaci di sostenere relazioni, partecipazione e dignità, contribuendo anche alla tenuta del domicilio e al benessere del nucleo familiare.

6.4 Strumenti di valutazione potenzialmente utilizzabili

Nel presente studio non sono stati applicati strumenti standardizzati, in quanto l'obiettivo è la verifica della fattibilità organizzativa e operativa del modello e non la misurazione empirica degli esiti. Tuttavia, in una prospettiva di futura implementazione e valutazione, è possibile individuare strumenti validati che potrebbero essere integrati in modo selettivo e sostenibile nei contesti territoriali.

Per la valutazione della fragilità multidimensionale, strumenti sintetici come la *Clinical Frailty Scale* (CFS) o il *Tilburg Frailty Indicator* (TFI) consentono di cogliere in modo integrato le dimensioni fisiche, funzionali e sociali della fragilità. Tali strumenti risultano compatibili con un approccio di prossimità e con l'operatività dei servizi territoriali, permettendo una lettura precoce e orientativa delle condizioni di vulnerabilità (ALLEGATO 1 e ALLEGATO 2).

In relazione al funzionamento e alla disabilità, un riferimento metodologico rilevante è rappresentato dalla *WHO Disability Assessment Schedule 2.0* (WHODAS 2.0), sviluppata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità per la valutazione del funzionamento in diverse aree della vita quotidiana, incluse le dimensioni cognitive, relazionali e di partecipazione sociale. La WHODAS 2.0 assume particolare interesse anche alla luce del suo progressivo utilizzo nelle nuove tabelle medico-legali orientate alla valutazione del funzionamento, risultando coerente con una visione bio-psico-sociale della salute (ALLEGATO 3).

Per la dimensione sociale e relazionale, centrale nella logica della prescrizione sociale, possono essere utilizzate scale specifiche come la *Multidimensional Scale of Perceived Social Support* (MSPSS), che consente di valutare il supporto sociale percepito proveniente da famiglia, amici e altre figure significative. L'impiego di tale strumento permetterebbe di intercettare condizioni di vulnerabilità relazionale spesso non evidenti nei percorsi di cura tradizionali e di orientare in modo più mirato gli interventi di inclusione. In alternativa o in integrazione, per la valutazione della rete sociale può essere considerata la *Lubben Social Network Scale* (LSNS-6) (ALLEGATO 4 e ALLEGATO 5).

Un ulteriore strumento di interesse è la *Brief Sense of Community Scale* (BSCS), che valuta il senso di appartenenza alla comunità, la percezione di influenza reciproca e il legame emotivo con il contesto di vita. Tale scala risulta particolarmente coerente con l'approccio di salute collettiva e con gli obiettivi della prescrizione sociale, in quanto consente di rilevare dimensioni difficilmente misurabili ma centrali per il benessere e la partecipazione (ALLEGATO 6).

Infine, per la valutazione del benessere soggettivo, la *WHO-5 Well-Being Index* rappresenta uno strumento breve, validato e facilmente utilizzabile nei contesti territoriali. La sua semplicità ne consente l'impiego anche in popolazioni fragili e anziane, permettendo di monitorare nel tempo eventuali variazioni del benessere percepito associate alla partecipazione ad attività di prescrizione sociale. Per quanto riguarda il carico assistenziale dei familiari, può essere considerata la *Zarit Burden Interview*, utile a intercettare condizioni di sovraccarico del caregiver (ALLEGATO 7 e ALLEGATO 8).

L'utilizzo di tali strumenti, in modo selettivo e non sostitutivo del giudizio professionale, potrebbe rafforzare il collegamento tra fragilità intercettata, interventi di prescrizione sociale attivati ed esiti attesi, aumentando la trasferibilità e la solidità metodologica del modello proposto.

Tabella 6.3 – Strumenti di valutazione potenzialmente utilizzabili in una futura implementazione

Tipologia di fragilità intercettata	Strumenti potenziali	Dimensioni osservate
Fragilità multidimensionale	CFS; TFI	Vulnerabilità globale, autonomia, rischio eventi avversi
Solitudine/isolamento	LSNS-6; MSPSS	Rete sociale, supporto percepito

Fragilità sociale/economica	MSPSS + osservazione sociale	Supporto informale, vulnerabilità, accesso risorse
Cronicità stabilizzata	CFS; WHO-5	Autogestione, benessere, QoL
Fragilità funzionale	ADL; IADL; WHODAS 2.0	Autonomia e partecipazione
Neurocognitivo lieve– moderato	WHODAS 2.0	Funzionamento cognitivo e partecipazione
Neurocognitivo maggiore	WHODAS 2.0	Funzionamento globale e partecipazione
Caregiver	Zarit; WHO-5	Carico assistenziale e benessere

Didascalia Tabella 6.3. La tabella mette in relazione tipologie di fragilità intercettabili, strumenti di valutazione e dimensioni osservabili, a supporto di future fasi di implementazione e monitoraggio.

6.5 Fattibilità in termini di sostenibilità

6.5.1 Sostenibilità professionale

Il modello risulta sostenibile perché non introduce un incremento del carico clinico, ma una diversa distribuzione delle attività, con spazi dedicati a prossimità, prevenzione e connessione con la comunità. La sostenibilità del modello richiede tuttavia una chiara delimitazione delle funzioni di comunità, al fine di evitare che esse si sommino in modo improprio al carico clinico ordinario. In questo senso, la definizione di tempi, ruoli e responsabilità risulta essenziale per garantire l'equilibrio tra attività cliniche e funzioni di prossimità.

6.5.2 Sostenibilità economica

Il modello appare sostenibile poiché:

- utilizza risorse professionali già presenti;
- valorizza attività comunitarie a basso costo;
- può contribuire a ridurre l'utilizzo improprio di servizi ad alta intensità assistenziale.

Gli esiti attesi includono benefici indiretti sulla continuità assistenziale e sulla riduzione di accessi evitabili ai servizi di emergenza.

6.6 Fattibilità sistemica e prospettive di sviluppo

Il modello proposto risulta coerente con l'assetto attuale e gli indirizzi evolutivi della sanità territoriale, in particolare con:

- il DM 77/2022 e il rafforzamento della sanità di prossimità;
- le strategie di integrazione sociosanitaria;
- i principi della salute collettiva e del Community Health Approach;
- i modelli internazionali di prescrizione sociale.

La sistematizzazione del nesso *fragilità* → *prescrizione sociale* → *esiti attesi* consente di ricondurre esperienze eterogenee e frammentate a un impianto organizzativo unitario, favorendo la leggibilità del modello e la sua possibile evoluzione verso l'istituzionalizzazione della figura dell'Agente di Comunità per la Salute.

In questa prospettiva, il modello è concepito come trasferibile e scalabile, in quanto fondato su funzioni organizzative e processi operativi, e non su specifici assetti strutturali locali.

6.6.1 Condizioni minime di successo del modello

L'implementazione efficace del modello richiede il soddisfacimento di alcune condizioni minime di successo. In primo luogo, è necessaria una leadership territoriale chiara e riconosciuta, capace di coordinare i diversi attori coinvolti e di sostenere nel tempo le funzioni di prossimità. Risulta inoltre indispensabile la disponibilità di tempo dedicato da parte dei professionisti per la formazione e l'operatività, al fine di evitare che le funzioni di comunità si sommino in modo improprio al carico clinico ordinario.

Un ulteriore prerequisito operativo è rappresentato dalla mappatura costantemente aggiornata della popolazione fragile e delle risorse territoriali, condizione essenziale per rendere la prescrizione sociale realmente attivabile e mirata. Infine, la costruzione di relazioni stabili e strutturate con il Terzo Settore e le reti comunitarie costituisce un elemento chiave per garantire continuità, accessibilità e sostenibilità degli interventi nel tempo.

Il principale rischio organizzativo del modello riguarda la sovrapposizione delle funzioni di comunità alle attività cliniche ordinarie; tale rischio può essere governato esclusivamente attraverso una chiara delimitazione di ruoli, tempi e responsabilità operative, inserita in un quadro organizzativo condiviso.

Tabella 6.4. Analisi SWOT del modello territoriale di prescrizione sociale

Punti di forza (Strengths)	Punti di debolezza (Weaknesses)
Integrazione del modello nei servizi territoriali esistenti	Assenza di una figura formalmente istituzionalizzata di Agente di Comunità per la Salute
Coerenza con il DM 77/2022 e con i principi della sanità di prossimità	Rischio di sovrapposizione tra funzioni di comunità e carico clinico ordinario
Valorizzazione di competenze professionali già presenti (IFeC, geriatria territoriale, assistenti sociali, promozione della salute)	Dipendenza dalla disponibilità di tempo dedicato da parte dei professionisti
Presenza di una matrice operativa chiara (“Fragilità → Prescrizione sociale → Esiti attesi”)	Necessità di coordinamento continuativo tra attori diversi
Utilizzo di risorse comunitarie e attività a basso costo	Variabilità delle risorse territoriali disponibili
Opportunità (Opportunities)	Minacce (Threats)
Evoluzione del modello verso l’istituzionalizzazione della prescrizione sociale	Mancato riconoscimento formale delle funzioni di comunità
Rafforzamento dell’integrazione sociosanitaria e del lavoro di équipe multiprofessionale	Turnover del personale e discontinuità organizzativa
Sviluppo di reti strutturate con il Terzo Settore e la comunità locale	Eccessiva frammentazione delle risorse comunitarie
Possibilità di riduzione di accessi impropri e ospedalizzazioni evitabili	Riduzione di risorse economiche o priorità istituzionali divergenti
Trasferibilità e scalabilità del modello in altri contesti territoriali	Rischio di applicazione informale e non sistematizzata del modello

Didascalia Tabella 6.4. L’analisi SWOT evidenzia come i principali fattori critici del modello non riguardino la sua coerenza concettuale o organizzativa, ma le condizioni di governance,

coordinamento e riconoscimento delle funzioni di comunità, aspetti affrontati nei paragrafi successivi.

6.7 Limiti dello studio di fattibilità

Il successo del modello non è definito in termini di outcome clinici, ma nella sua capacità di rendere sistematiche, leggibili e coordinabili funzioni di prossimità già presenti, migliorando la continuità e l'appropriatezza dei percorsi territoriali.

I principali limiti, coerenti con la natura esplorativa del lavoro, includono:

- assenza di dati quantitativi di esito;
- dipendenza dalla disponibilità e motivazione degli attori territoriali;
- variabilità delle risorse comunitarie nei diversi contesti.

Tali limiti non compromettono la validità della proposta, ma indicano la necessità di una successiva fase di sperimentazione e valutazione.

6.8 Conclusioni del Capitolo 6

Lo studio di fattibilità conferma che il modello territoriale di prescrizione sociale delineato nel Capitolo 5 è integrabile nell'attuale assetto della sanità territoriale e coerente con gli indirizzi della sanità di prossimità definiti dal DM 77/2022. Il modello risulta organizzativamente, operativamente ed economicamente implementabile, in quanto si innesta su strutture, processi e competenze già presenti nei servizi territoriali, senza introdurre nuovi livelli assistenziali.

La proposta si configura come una riorganizzazione funzionale orientata alla prevenzione, all'inclusione e alla connessione strutturata con le risorse della comunità, valorizzando il ruolo dei professionisti territoriali e delle reti comunitarie nella individuazione precoce della fragilità e nell'attivazione di interventi non clinici attraverso la prescrizione sociale.

La matrice "**Fragilità** → **Prescrizione sociale** → **Esiti attesi**" si conferma il nucleo concettuale e operativo del modello, rendendo esplicito il nesso tra bisogni emergenti, interventi attivabili ed esiti attesi a livello individuale e di sistema. Essa costituisce uno strumento di orientamento per l'azione professionale e una base logica per eventuali future fasi di implementazione e valutazione.

I limiti emersi nello studio, in particolare l'assenza di dati quantitativi di esito e la variabilità delle risorse comunitarie nei diversi contesti territoriali, sono coerenti con la natura esplorativa e progettuale della tesi e non compromettono la validità del modello. Al contrario, essi indicano la necessità di una successiva fase di sperimentazione e valutazione, finalizzata a consolidarne l'efficacia e la trasferibilità.

Nel suo complesso, il modello proposto rappresenta un passaggio concreto verso l'istituzionalizzazione della prescrizione sociale e della figura dell'Agente di Comunità per la Salute, contribuendo a una evoluzione dei servizi territoriali in direzione di una sanità più prossima, inclusiva e coerente con l'approccio di salute collettiva.

DISCUSSIONE

La presente tesi nasce dall'esigenza di rispondere a una tensione strutturale dei sistemi sanitari contemporanei: l'aumento della fragilità multidimensionale, della cronicità e dei disturbi neurocognitivi si confronta con modelli organizzativi ancora prevalentemente centrati sulla prestazione e sull'evento acuto. L'analisi condotta nei diversi capitoli ha evidenziato come tale scarto non sia soltanto clinico, ma profondamente organizzativo, culturale e sistemico.

1. Fragilità come categoria organizzativa e non solo clinica

Uno dei principali contributi teorici del lavoro consiste nell'aver assunto la fragilità non come esito terminale di un processo patologico, bensì come indicatore organizzativo prioritario per l'attivazione precoce di interventi preventivi e comunitari. La letteratura internazionale e i dati territoriali analizzati mostrano come solitudine, isolamento sociale, deprivazione economica e vulnerabilità relazionale costituiscano amplificatori di declino funzionale e cognitivo.

La fragilità emerge dunque come costrutto bio-psico-sociale coerente con:

- il paradigma dei determinanti sociali della salute;
- l'approccio One Health;
- la prospettiva della salute collettiva.

In questo senso, la matrice "Fragilità → Prescrizione sociale → Esiti attesi" non rappresenta soltanto uno strumento operativo, ma una riconfigurazione concettuale del rapporto tra bisogno e risposta organizzativa.

2. Dal progetto alla struttura: il superamento della frammentazione

L'analisi del contesto modenese e del progetto "Prevenzione e Inclusione" ha evidenziato come il territorio sia già attraversato da pratiche virtuose di integrazione tra sanità, Terzo Settore e comunità. Tuttavia, tali esperienze restano spesso:

- progettuali,

- temporanee,
- dipendenti da finanziamenti dedicati,
- prive di formalizzazione sistemica.

Il modello proposto intende superare questa frammentazione, trasformando pratiche efficaci in assetti organizzativi strutturati. Il passaggio chiave non è l'introduzione di nuove attività, ma la sistematizzazione di funzioni già esistenti: mappatura attiva, visite domiciliari osservative, facilitazione dell'accesso, connessione con risorse comunitarie.

In questa prospettiva, la prescrizione sociale non è un "progetto aggiuntivo", ma un dispositivo organizzativo trasversale capace di integrare dimensione clinica e dimensione comunitaria.

3. Il confronto con il modello brasiliano: prossimità come funzione strutturale

Il confronto con il Sistema Único de Saúde brasiliano ha rappresentato un passaggio strategico della tesi. L'esperienza degli Agenti Comunitari di Salute mostra come la prossimità non sia una dimensione accessoria, ma una funzione istituzionalizzata del sistema.

Nel contesto italiano, e in particolare alla luce del DM 77/2022, le Case della Comunità costituiscono un'infrastruttura potenzialmente favorevole, ma permane l'assenza di una figura formalmente riconosciuta con mandato esplicito di lettura dei bisogni nei contesti di vita e di attivazione sistematica delle risorse comunitarie.

Il modello proposto si colloca quindi in una fase transitoria: attribuisce temporaneamente funzioni di comunità a professionisti già presenti, con l'obiettivo di porre le basi per una futura istituzionalizzazione dell'Agente di Comunità per la Salute.

4. Prescrizione sociale e inclusione delle persone con disturbo neurocognitivo

Un elemento di particolare rilevanza emerso dall'analisi riguarda l'inclusione delle persone con disturbo neurocognitivo maggiore. L'esperienza modenese dimostra che, attraverso formazione, adattamento dei setting e collaborazione tra professionisti e associazioni, è possibile:

- includere persone con demenza in attività precedentemente non strutturate per accoglierle;
- generare benefici significativi non solo per la persona, ma per il caregiver;

- attivare reti relazionali durature e nuove forme di partecipazione.

In questo senso, la prescrizione sociale assume una funzione che va oltre la prevenzione: diventa strumento di dignità, cittadinanza e contrasto allo stigma, coerente con la prospettiva della Dementia Friendly Community.

5. Fattibilità e limiti

Lo studio di fattibilità ha confermato la coerenza organizzativa del modello con:

- l'assetto normativo vigente (DM 77/2022);
- le strutture territoriali esistenti;
- le competenze professionali già presenti.

Tuttavia, sono emerse criticità potenziali:

- rischio di sovrapposizione tra funzioni cliniche e funzioni di comunità;
- necessità di tempo dedicato;
- dipendenza dalla qualità delle reti territoriali;
- variabilità delle risorse comunitarie disponibili.

Questi elementi indicano che la sostenibilità del modello non dipende tanto dalla sua solidità teorica, quanto dalla chiarezza della governance e dal riconoscimento formale delle funzioni di prossimità.

6. Implicazioni sistemiche

Il modello proposto suggerisce un possibile cambio di paradigma nella sanità territoriale:

- da sistema reattivo a sistema anticipatorio;
- da centralità della prestazione a centralità della relazione;
- da frammentazione tra sanitario e sociale a integrazione strutturata.

In questa chiave, la salute collettiva non è un concetto astratto, ma un criterio organizzativo operativo.

CONCLUSIONI

La presente tesi ha affrontato il problema di ricerca relativo alla strutturazione di un modello territoriale capace di intercettare precocemente la fragilità e integrare stabilmente interventi sanitari e risorse comunitarie in una prospettiva di salute collettiva.

Alla luce dell'analisi teorica, del confronto internazionale e dello studio di fattibilità, è possibile trarre alcune conclusioni principali.

1. La fragilità come leva strategica per la riorganizzazione territoriale

Fragilità, solitudine e disturbi neurocognitivi non rappresentano fenomeni marginali, ma configurano il cuore della domanda sanitaria contemporanea. Intercettarli precocemente significa agire a monte di eventi acuti, istituzionalizzazioni e utilizzi impropri dei servizi.

La fragilità diventa quindi non solo oggetto di cura, ma criterio organizzativo per orientare le priorità territoriali.

2. La prescrizione sociale come dispositivo organizzativo

La prescrizione sociale, nel modello elaborato, non è intesa come iniziativa episodica o progetto parallelo, ma come funzione sistemica che connette:

- valutazione bio-psico-sociale,
- risorse comunitarie,
- promozione della salute,
- inclusione.

La matrice "Fragilità → Prescrizione sociale → Esiti attesi" rappresenta l'architettura concettuale e operativo del modello, rendendo esplicito il nesso tra bisogno intercettato e attivazione di risorse territoriali.

3. Verso l'istituzionalizzazione delle funzioni di comunità

Il modello dimostra che l'integrazione tra sanità e comunità è organizzativamente possibile. Tuttavia, la piena sostenibilità richiede un passaggio ulteriore: il riconoscimento strutturale delle funzioni di prossimità e di connessione comunitaria.

In questo senso, la tesi apre alla prospettiva di una progressiva istituzionalizzazione dell'Agente di Comunità per la Salute, figura capace di consolidare in modo permanente le logiche di prevenzione e inclusione.

4. Contributo scientifico e operativo

Il contributo della tesi si colloca su tre livelli:

1. **Teorico:** integrazione tra determinanti sociali, One Health, salute collettiva e prescrizione sociale in una cornice coerente.
2. **Organizzativo:** elaborazione di un modello territoriale formalizzato e trasferibile.
3. **Strategico:** proposta di una evoluzione della sanità territoriale verso assetti anticipatori e comunitari.

5. Prospettive future

Il lavoro indica la necessità di:

- una successiva fase di sperimentazione applicativa;
- l'utilizzo sistematico di strumenti di monitoraggio e valutazione;
- l'approfondimento dell'impatto su esiti di sistema (appropriatezza, continuità, istituzionalizzazione evitabile);
- lo sviluppo di percorsi formativi dedicati ai professionisti territoriali.

Considerazione conclusiva

In un contesto segnato dall'invecchiamento demografico e dalla crescente complessità dei bisogni, la sostenibilità dei sistemi sanitari non può essere affidata esclusivamente all'aumento delle prestazioni, ma richiede una riorganizzazione orientata alla prevenzione, alla prossimità e alla partecipazione.

Il modello proposto in questa tesi non rappresenta un punto di arrivo, ma un passaggio evolutivo verso una sanità territoriale capace di costruire salute non solo nei servizi, ma nelle comunità.

BIBLIOGRAFIA

Abel, J., Kingston, H., Scally, A., et al. (2018). Reducing emergency admissions through community engagement: A cohort study. *BMJ Open*, 8, e020973.

<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-020973>

Alzheimer Italia. (2025, 9 settembre). *Vivere in salute, vivere protetti: Come l'ambiente e le condizioni sociali influenzano il rischio di demenza*.

<https://www.alzheimer.it/2025/09/09/vivere-in-salute-vivere-protetti-come-lambiente-e-le-condizioni-sociali-influenzano-il-rischio-di-demenza/>

Beard, J. R., Officer, A., de Carvalho, I. A., et al. (2016). The World Report on Ageing and Health. *The Lancet*, 387(10033), 2145–2154. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00516-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00516-4)

Bickerdike, L., Booth, A., Wilson, P. M., Farley, K., & Wright, K. (2017). Social prescribing: Less rhetoric and more reality. *BMJ Open*, 7, e013384. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-013384>

Bind, R. H., Lawrence, A. J., et al. (2025). Clinical effectiveness, implementation effectiveness and cost-effectiveness of a community singing intervention for postnatal depressive symptoms (SHAPER-PND): Randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 227(6), 836–845. <https://doi.org/10.1192/bjp.2025.10377>

Brasil. (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Presidência da República.

Brasil. Ministério da Saúde. (n.d.). *Agentes de saúde*. Governo Federal.

<https://www.gov.br/secom/pt-br/aceso-a-informacao/comunicabr/lista-de-aco-es-e-programas/agentes-de-saude>

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS). (n.d.-a). *Secretaria de Atenção Primária à Saúde*. Governo Federal. <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps>

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS). (n.d.-c). *Estratégia Saúde da Família (ESF)*. Governo Federal. <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/esf>

Brasil. Presidência da República. (2023, gennaio). *Lula exalta trabalho de agentes comunitários de saúde e de combate às endemias durante sanção de PL que regulamenta profissões*. Governo Federal. <https://www.gov.br/planalto/pt-br/acompanhe-o-planalto/noticias/2023/01/lula-exalta-trabalho-de-agentes-comunitarios-de-saude-e-de-combate-as-endemias-durante-sancao-de-pl-que-regulamenta-profissoes>

Comune di Modena. (2025). *Deliberazione della Giunta Comunale n. 417 del 24 settembre 2025: Progetto "Dementia Friendly Community – Comunità amiche della demenza" – Rinnovo adesione del Comune di Modena*.

Dayson, C., & Bashir, N. (2014). *The social and economic impact of the Rotherham Social Prescribing Pilot*. Sheffield Hallam University.

DISF – Centro Internazionale di Studi su Fede e Cultura. (n.d.). *Carta della transdisciplinarietà*. <https://disf.org/carta-transdisciplinarieta>

DoRS Regione Piemonte, Istituto Superiore di Sanità, & Cultural Welfare Center. (2023). *La prescrizione sociale in Italia: Strumenti e prospettive*. Torino.

Drinkwater, C., Wildman, J., & Moffatt, S. (2019). Social prescribing. *BMJ*, 364, 11285. <https://doi.org/10.1136/bmj.11285>

Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129–136. <https://doi.org/10.1126/science.847460>

Federazione Alzheimer Italia. (n.d.). *Cos'è la comunità amica della demenza*. <https://www.dementiafriendly.it/le-comunita/cose-la-comunita/>

Fondazione di Modena. (2024). *Bando Personae 2024 – Pubblicazione esiti (Versione 2)*. <https://www.fondazioneDIModena.it/wp-content/uploads/2024/02/Bando-Personae-2024-Pubblicazione-esiti-vers2.pdf>

Food and Agriculture Organization of the United Nations, World Organisation for Animal Health, & World Health Organization. (2010). *The One Health concept note*. FAO.

Gradi, T., & Vivoli, V. (2025). *La facilitazione situata nelle politiche pubbliche: Istruzioni all'uso nell'ambito del welfare*. Regione Emilia-Romagna.

Holt-Lunstad, J., Robles, T. F., & Sbarra, D. A. (2017). Advancing social connection as a public health priority in the United States. *American Psychologist*, 72(6), 517–530. <https://doi.org/10.1037/amp0000103>

Holt-Lunstad, J., Smith, T. B., Baker, M., Harris, T., & Stephenson, D. (2015). Loneliness and social isolation as risk factors for mortality: A meta-analytic review. *Perspectives on Psychological Science*, 10(2), 227–237. <https://doi.org/10.1177/1745691614568352>

Husk, K., Elston, J., Gradinger, F., et al. (2019). Social prescribing: Where is the evidence? *BMJ Open*, 9, e027837. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-027837>

Istituto Superiore di Sanità. (2022). *Prescrizione sociale: Esperienze e prospettive in Italia*. ISS.

Istituto Superiore di Sanità. (2024). *PASSI d'Argento 2021–2023. Profilo socioeconomico, salute e partecipazione – Provincia di Modena*. https://www.epicentro.iss.it/passi-argento/pdf2024/1_SocioEconomi_Salute_Partecipazione_MO_PdA_2021-2023.pdf

Kuiper, J. S., Zuidersma, M., Oude Voshaar, R. C., et al. (2023). Social relationships and risk of dementia: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet Public Health*, 8(1), e52–e62. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(22\)00241-2](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(22)00241-2)

Ministero della Cultura. (n.d.). *Il programma prescrizione creativa*. Archivio Storico delle Memorie Orali (ASMO). <https://asmo.cultura.gov.it/progetti/archivi-e-salute/il-programma-prescrizione-creativa>

Ministero della Salute. (2022). *Decreto Ministeriale 23 maggio 2022, n. 77. Modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale*.

NHS England. (2019). *The NHS Long Term Plan*. NHS England.

Nicolescu, B. (1996). *La transdisciplinarietà: Manifesto*. CIRET.

Paim, J., Travassos, C., Almeida, C., Bahia, L., & Macinko, J. (2011). The Brazilian health system: History, advances, and challenges. *The Lancet*, 377(9779), 1778–1797. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60054-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60054-8)

Pellegrino, V., & Rodeschini, G. (2024). *Il welfare pubblico partecipativo: Pratiche di riflessività collettiva sulle trasformazioni dello Stato sociale*. FrancoAngeli.

Peschery, J. V., Gunn, L. H., & Randhawa, G. (2020). The impact of social prescribing services on service users: A systematic review. *Health & Social Care in the Community*, 28(1), 309–318. <https://doi.org/10.1111/hsc.12826>

Promo PA Fondazione. (n.d.). *Manifesto per il welfare culturale*. <https://manifestowelfareculturale.promopa.it/>

Rifkin, S. B. (2014). Examining the links between community participation and health outcomes: A review of the literature. *Journal of Public Health Policy*, 35(2), 151–166. <https://doi.org/10.1057/jphp.2014.1>

Social Prescribing Network. (2016). *What is social prescribing?* Social Prescribing Network.

Sogni & Bisogni. (n.d.). *La prescrizione sociale e il link worker: Avviata la formazione dell'AUSL di Bologna*. <https://www.sogniebisogni.it/documenti/articoli/1511-la-prescrizione-sociale-e-il-link-worker-avviata-la-formazione-dell-ausl-di-bologna>

Walsh, S., Klee, M., Hui, E. K., et al. (2025). Social determinants of dementia: A scoping review. *Alzheimer's & Dementia*, 21, e70524. <https://doi.org/10.1002/alz.70524>

World Health Organization. (2008). *Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health*. WHO.

World Health Organization. (2019). *Integrated care for older people (ICOPE): Guidelines on community-level interventions to manage declines in intrinsic capacity*. WHO.

World Health Organization. (2022). *One Health Joint Plan of Action (2022–2026)*. WHO.

World Health Organization. (n.d.). *Commission on Social Connection*. <https://www.who.int/groups/commission-on-social-connection>

World Health Organization Regional Office for Europe. (2022). *A toolkit on how to implement social prescribing*. WHO.

Xia, X., Eriksdotter, M., Zetterberg, H., et al. (2025). Frailty and prognosis of biomarker-confirmed Alzheimer's disease: A Swedish register-based retrospective cohort study. *The Lancet Healthy Longevity*, 6(12), 100797. <https://doi.org/10.1016/j.lanhl.2025.100797>








ALLEGATI

ALLEGATO 1

CLINICAL FRAILTY SCALE - SCALA CLINICA PER LA FRAGILITÀ*



Questa scala clinica per valutare la fragilità del paziente deve essere utilizzata dal Medico di Medicina Generale e richiede il suo giudizio clinico. Il MMG deve inserire il paziente nella categoria che lo descrive meglio. Le diverse categorie sono ben illustrate nelle corrispondenti brevi descrizioni. La maggior parte degli aspetti da considerare sono ben noti ai Medici di Medicina Generale (ad esempio: se il paziente ha patologie attive, se esse sono ben controllate, o se il paziente presenta sintomi di malattia). Alcuni aspetti potrebbero richiedere domande aggiuntive da rivolgere al paziente (per esempio se lui/lei necessita di aiuto per attività strumentali della vita quotidiana di livello superiore (IADL) quali la gestione delle finanze, dei trasporti, l'effettuare lavori domestici pesanti, la gestione dei farmaci; se lui/lei ha bisogno di aiuto con tutte le attività all'aperto e con la cura della casa; o se lui/lei necessita di un aiuto anche per le attività di base come lavarsi o vestirsi).

 1 – MOLTO IN FORMA Persona forte, attiva, energica e motivata. Pratica regolare esercizio fisico e appartiene alla categoria di persone più in forma fra la propria fascia d'età.	 6 – MODERATAMENTE FRAGILE Queste persone hanno bisogno di assistenza in tutte le attività esterne alla casa e nella gestione delle finanze. Spesso hanno difficoltà a salire le scale, hanno bisogno di aiuto per lavarsi e possono avere bisogno di aiuto per vestirsi.
 2 – IN FORMA Persone che non hanno sintomi della malattia attivi, ma che sono meno in forma rispetto alle persone della categoria 1. Praticano spesso sport o sono a volte molto attive, a seconda della stagione.	 7 – MOLTO FRAGILE Completamente dipendenti per la cura personale, per qualunque tipo di causa (fisica o cognitiva). Tuttavia, sembrano stabili e non ad alto rischio di morte (entro - 6 mesi).
 3 – SE LA CAVA BENE Persone, i cui problemi medici sono ben monitorati, ma non sono però regolarmente attive al di fuori della normale deambulazione quotidiana esterna.	 8 – FRAGILITÀ MOLTO GRAVE Queste persone si avvicinano al decesso e sono completamente dipendenti dagli altri. Se si ammalassero di qualsiasi malattia, molto probabilmente non riuscirebbero a riprendersi.
 4 – SE LA CAVA ABBASTANZA BENE Anche se non dipendenti dall'aiuto degli altri nella vita quotidiana, queste persone sono spesso limitate nelle loro attività a causa di sintomi di malattia. Spesso lamentano di sentirsi "rallentati" e / o stanchi durante il giorno.	 9 - MALATO TERMINALE Queste persone hanno un'aspettativa di vita <6 mesi e si avvicinano alla fine della vita, anche se la loro condizione non è così marcatamente visibile.
 5 – LEGGERMENTE FRAGILE Persone spesso evidentemente rallentate nei movimenti e nelle attività più impegnative della vita quotidiana (ad es. gestione delle finanze, locomozione, lavori domestici pesanti, gestione dei farmaci) e hanno bisogno di aiuto. Sono in genere sempre più limitate nello shopping, nella deambulazione autonoma, nella preparazione dei pasti e nei lavori domestici.	

Libera traduzione della Clinical Frailty Scale per gentile concessione degli autori. I 7 stadi della versione originale inglese sono stati sviluppati da K. Rockwood e coll., testati psicometricamente (Rockwood K et al. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. CMAJ 2005;173:489-495) e applicati come parte dello studio canadese sulla salute e l'invecchiamento (CSHA) e ulteriormente sviluppati (Geriatric Medicine Research, Dalhousie University. Clinical Frailty Scale [Internet]. 2007-2008, Version 1.2. [cited 16.08.2014]. URL: http://geriatricresearch.medicine.dal.ca/clinical_frailty_scale.htm).

ALLEGATO 2

Tilburg Frailty Indicator - TFI

PARTE A. DETERMINANTI DELLA FRAGILITÀ

1. Qual é il suo genere? maschile femminile
2. Qual é la sua età? _____ anni
3. Qual é il suo stato civile? coniugato/convivente
 libero (celibe/nubile)
 separato/divorziato
 vedova/o
4. Dove é nato? in Italia (indichi in quale Regione _____)
 all'estero (indichi in quale Stato _____)
5. Qual é il titolo di studio piú alto che ha conseguito?
 nessun titolo di studio
 licenza elementare
 licenza media inferiore/avviamento professionale
 diploma scuola superiore
 laurea o diploma universitario
6. Indichi la sua attività lavorativa prima del pensionamento (*es. operaio, agricoltore, impiegato, insegnante, casalinga, commerciante, ecc...*)
-
7. In generale, quanto pensa che il suo stile di vita sia salutare?
 salutare
 piú o meno salutare
 non salutare

8. Ha una o piú malattie croniche? NO SI

Se SI, indichi quali (*es. diabete, ipertensione, malattia di Parkinson, cardiopatia cronica, osteoporosi, artrite, ecc...*):

9. Ha avuto esperienza di uno o piú dei seguenti eventi nel corso dell'ultimo anno?

- la morte di una persona cara SI NO

- una grave malattia di cui ha sofferto SI NO

- una grave malattia di cui ha sofferto
una persona a lei cara SI NO

- un divorzio o la fine di una relazione
sentimentale importante SI NO

- un incidente stradale SI NO

- un reato (*es. furto, truffa...*) SI NO

10. É soddisfatto del suo ambiente di vita domestico?

SI NO

PARTE B. COMPONENTI DELLA FRAGILITÀ

B1. Componenti fisiche

11. Pensa di essere sufficientemente attivo dal punto di vista fisico?

SI NO

12. Recentemente ha perso molto peso non intenzionalmente (*per "molto" si intende: 6 kg o piú negli ultimi 6 mesi, o 3 kg o piú nell'ultimo mese*)?

SI

NO

Nella sua vita quotidiana, riscontra problemi dovuti a:

13. difficoltà nella deambulazione?

SI

NO

14. difficoltà nel mantenere l'equilibrio?

SI

NO

15. scarso udito?

SI

NO

16. scarsa vista?

SI

NO

17. mancanza di forza nelle mani?

SI

NO

18. stanchezza fisica?

SI

NO

B2. Componenti psicologiche

19. Ha problemi di memoria?

SI

Qualche volta

NO

20. Si é sentito giú di morale durante l'ultimo mese?

SI

Qualche volta

NO

21. Si é sentito nervoso o ansioso durante l'ultimo mese?

SI

Qualche volta

NO

22. É in grado di far fronte ai problemi?

SI

NO

B3. Componenti sociali

23. Vive da solo?

SI

NO

24. A volte sente la mancanza di persone intorno a lei?

SI

Qualche volta

NO

25. Riceve sufficiente sostegno dalle altre persone?

SI

NO



WHODAS 2.0

WORLD HEALTH ORGANIZATION
DISABILITY ASSESSMENT SCHEDULE 2.0

36

Intervista

Versione a 36 item, somministrata da un intervistatore

Introduzione

Questo strumento è stato sviluppato dal *Classification, Terminology and Standards Team* dell'OMS, nell'ambito del WHO/National Institutes of Health (NIH) Joint Project on Assessment and Classification of Disability.

Prima di utilizzare questo strumento, gli intervistatori devono essere formati utilizzando il manuale *Misurare la Salute e la Disabilità: Manuale dello Strumento OMS per la Valutazione della Disabilità – WHODAS 2.0* (traduzione italiana 2018 della versione OMS 2010), che comprende una guida all'intervista e altro materiale formativo.

Le versioni dell'intervista disponibili sono le seguenti:

- 36 item – Somministrata da un intervistatore
- 36 item – Autosomministrata
- 36 item – Somministrata a un proxy^a
- 12 item – Somministrata da un intervistatore^b
- 12 item – Autosomministrata
- 12 item – Somministrata a un proxy
- 12+24 item – Somministrata da un intervistatore

^a Parenti, amici o persone che forniscono assistenza

^b La versione a 12 item spiega l'81% della varianza della versione più dettagliata a 36 item

Per maggiori dettagli sulle versioni, consultare il manuale di WHODAS 2.0 *Misurare la Salute e la Disabilità: Manuale dello Strumento OMS per la Valutazione della Disabilità – WHODAS 2.0* (traduzione italiana 2018 della versione OMS 2010).

Il permesso di tradurre questo strumento in altre lingue deve essere richiesto all'OMS e tutte le traduzioni devono essere preparate in accordo con le linee guida dell'OMS per le traduzioni, come specificato in dettaglio nel manuale di accompagnamento.

Per ulteriori informazioni, visitare il sito www.who.int/classifications/icf/whodasii o contattare:

Dr T Bedirhan Üstün
Classification, Terminology and Standards
Health Statistics and Informatics
World Health Organization (WHO)
1211 Geneva 27
Switzerland

Tel. + 41 22 791 3609
E-mail: ustunb@who.int

ALLEGATO 4

SCALA MULTIDIMENSIONALE DEL SOSTEGNO SOCIALE PERCEPITO

Leggi attentamente le affermazioni sottoelencate e indica come ti senti.

Cerchia 1 se sei completamente in disaccordo
 cerchia 2 se sei molto in disaccordo
 cerchia 3 se sei poco in disaccordo
 cerchia 4 se non sei né in disaccordo né d' accordo
 cerchia 5 se sei poco d' accordo
 cerchia 6 se sei molto d' accordo
 cerchia 7 se sei completamente d' accordo

1	E' presente una persona particolare che mi è vicina quando ne ho bisogno	1	2	3	4	5	6	7	PP
2	E' presente una persona particolare con cui condividere gioie e dispiaceri	1	2	3	4	5	6	7	PP
3	La mia famiglia cerca davvero di aiutarmi	1	2	3	4	5	6	7	FAM
4	La mia famiglia mi sostiene emotivamente e mi aiuta	1	2	3	4	5	6	7	FAM
5	E' presente una persona particolare che mi dà conforto	1	2	3	4	5	6	7	PP
6	I miei amici cercano di aiutarmi	1	2	3	4	5	6	7	AM
7	Posso contare sui miei amici quando le cose vanno male	1	2	3	4	5	6	7	AM
8	Posso parlare dei miei problemi con la mia famiglia	1	2	3	4	5	6	7	FAM
9	Ho degli amici con cui condividere le gioie e i dispiaceri	1	2	3	4	5	6	7	AM
10	E' presente una persona particolare a cui interessano i miei sentimenti	1	2	3	4	5	6	7	PP
11	La mia famiglia è disposta ad aiutarmi nel prendere le decisioni	1	2	3	4	5	6	7	FAM
12	Posso parlare dei miei problemi con gli amici	1	2	3	4	5	6	7	AM
TOTALE									

ALLEGATO 5

Lubben Social Network Scale (LSNS-6)

Famiglia: Considerando le persone a cui sei imparentato per nascita, matrimonio, adozione, ecc.

1. **Quanti parenti vedi o senti almeno una volta al mese?**
 0. Nessuno
 1. Uno
 2. Due
 3. Tre o quattro
 4. Cinque fino ad otto
 5. Nove o più
2. **Con quanti parenti ti senti a tuo agio nel parlare di questioni private?**
 0. Nessuno
 1. Uno
 2. Due
 3. Tre o quattro
 4. Cinque fino ad otto
 5. Nove o più
3. **Con quanti parenti ti senti vicino in modo tale da poter chiedere aiuto?**
 0. Nessuno
 1. Uno
 2. Due
 3. Tre o quattro
 4. Cinque fino ad otto
 5. Nove o più

Amicizia: Considerando tutti i tuoi amici compresi quelli che vivono nel tuo vicinato

4. **Quanti dei tuoi amici vedi o senti almeno una volta al mese?**
 0. Nessuno
 1. Uno
 2. Due
 3. Tre o quattro
 4. Cinque fino ad otto
 5. Nove o più
5. **Con quanti amici ti senti a tuo agio nel parlare di questioni private?**
 0. Nessuno
 1. Uno
 2. Due
 3. Tre o quattro
 4. Cinque fino ad otto
 5. Nove o più
6. **Con quanti amici ti senti vicino in modo tale da poter chiedere aiuto?**
 0. Nessuno
 1. Uno
 2. Due
 3. Tre o quattro
 4. Cinque fino ad otto
 5. Nove o più

ALLEGATO 6

Brief Sense of Community Scale

Overview

Below is a measure of sense of community (SOC), the Brief Sense of Community Scale (BSCS), which was published in Peterson, Speer & McMillan (2008). The BSCS was designed to assess the dimensions of needs fulfillment, group membership, influence, and emotional connection as defined in the McMillan and Chavis (1986) theoretical model. This scale was developed to address method bias and other limitations of previous SOC measures, which demonstrated poor reliability and validity or which could not be conveniently and efficiently administered in applied community contexts (see Peterson, Hughey & Speer, 2006, for a review). The BSCS items were designed to reference respondent neighborhood and use a 5-point, Likert-type response option format ranging from strongly agree to strongly disagree. The BSCS was found to have strong internal consistency. Cronbach's alpha for the overall BSCS was .92. Alphas among the subscales were .86 for needs fulfillment, .94 for group membership, .77 for influence, and .87 for emotional connection. Confirmatory factor analysis supported the first-order and second-order structures of the BSCS, providing evidence for the factorial validity of the measure. Furthermore, in support of the measure's construct validity, the overall BSCS scale and its subscales were also found to be correlated as expected with community participation, psychological empowerment, mental health, and depression.

Participant Instructions

Below are a set of statements about your neighborhood. Please indicate the extent to which you agree or disagree with these statements by placing a check mark in the appropriate box.

BSCS Items	Strongly Agree	Somewhat Agree	Neutral	Somewhat Disagree	Strongly Disagree
1. I can get what I need in this neighborhood.					
2. This neighborhood helps me fulfill my needs.					
3. I feel like a member of this neighborhood.					
4. I belong in this neighborhood.					
5. I have a say about what goes on in my neighborhood.					
6. People in this neighborhood are good at influencing each other.					
7. I feel connected to this neighborhood.					
8. I have a good bond with others in this neighborhood.					

References

- McMillan, D.W., & Chavis, D.M. (1986). Sense of community: A definition and theory. *Journal of Community Psychology, 14*, 6–23.
- Peterson, N.A., Speer, P.W., & Hughey, J. (2006). Measuring sense of community: A methodological interpretation of the factor structure debate. *Journal of Community Psychology, 34*, 453–469.
- Peterson, N.A., Speer, P.W. & McMillan, D. (2008). Validation of a brief sense of community scale: Confirmation of the principal theory of sense of community. *Journal of Community Psychology, 36*, 61-73.

Scoring

Values: Strongly Agree=5; Somewhat Agree=4; Neutral=3; Somewhat Disagree=2; Strongly Disagree=1.

Reverse coding: No reverse coded items.

Scales: Needs Fulfillment, mean of items 1 & 2; Group Membership, mean of items 3 & 4; Influence, mean of items 5 & 6; Emotional Connection, mean of items 7 & 8.

ALLEGATO 7



Psychiatric Research Unit
WHO Collaborating Centre in Mental Health

Questionario dell'OMS (in 5 domande) sullo stato di benessere (versione del 1998)

Per ciascuna delle cinque affermazioni, la preghiamo di indicare la risposta che più si avvicina a come si è sentito/a nelle ultime due settimane. I numeri più alti corrispondono ad un maggior stato di benessere.

Esempio: se nelle ultime due settimane si è sentito/a allegro/a e di buon umore per più della metà del tempo, faccia una crocetta nella casella con il numero 3 nell'angolo in alto a destra.

	<i>Nelle ultime due settimane</i>	Sempre	La maggior parte del tempo	Più della metà del tempo	Meno della metà del tempo	A volte	Mai
1	Mi sono sentito/a allegro/a e di buon umore	<input type="checkbox"/> ⁵	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ⁰
2	Mi sono sentito/a calmo/a e rilassato/a	<input type="checkbox"/> ⁵	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ⁰
3	Mi sono sentito/a attivo/a ed energico/a	<input type="checkbox"/> ⁵	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ⁰
4	Mi sono svegliato/a sentendomi fresco/a e riposato/a	<input type="checkbox"/> ⁵	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ⁰
5	La mia vita di tutti i giorni è stata piena di cose che mi interessano	<input type="checkbox"/> ⁵	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ⁰

Come calcolare il punteggio:

Il punteggio grezzo viene calcolato sommando i numeri delle cinque risposte. Il punteggio grezzo varia da 0 a 25, dove 0 rappresenta la peggiore qualità di vita possibile e 25 rappresenta la migliore qualità di vita possibile.

Per ottenere un punteggio percentuale variabile tra 0 e 100, occorre moltiplicare per 4 il punteggio grezzo. Un punteggio percentuale di 0 rappresenta la peggiore qualità di vita possibile, mentre invece un punteggio di 100 rappresenta la migliore qualità di vita possibile.

ALLEGATO 8

ZARIT BURDEN INTERVIEW

Le domande che seguono riflettono come una persona si sente, a volte, quando si prende cura di un'altra persona in condizioni di malattia o disabilità.
 Dopo ogni domanda faccia una croce sulla risposta che descrive nel modo migliore quanto frequentemente Lei si sente in quel modo. Non ci sono risposte giuste o sbagliate.
 La ringraziamo anticipatamente per la Sua collaborazione e le ricordiamo che è importante che Lei cerchi di rispondere a tutte le domande.

Nome: _____ Cognome: _____ Familiare di: _____ Data: _____

	Mai	Raramente	Qualche volta	Spesso	Quasi sempre
1. Ritiene che il suo familiare le chieda un aiuto maggiore rispetto a quello di cui ha bisogno?	0	1	2	3	4
2. Ritiene di non avere abbastanza tempo per se stesso a causa del tempo impegnato nella cura del suo familiare?	0	1	2	3	4
3. Si sente stressato dall'aver cura del suo familiare e dal cercare di far fronte alle altre responsabilità verso la sua famiglia o verso il lavoro?	0	1	2	3	4
4. Si sente in imbarazzo per il comportamento del suo familiare?	0	1	2	3	4
5. Si sente arrabbiato quando è con il suo familiare?	0	1	2	3	4
6. Ritiene che il suo familiare influisca attualmente in maniera negativa sul suo rapporto con gli altri membri della famiglia o con gli amici?	0	1	2	3	4
7. Teme ciò che il futuro riserva al suo familiare?	0	1	2	3	4
8. Sente che il suo familiare è dipendente da lei?	0	1	2	3	4
9. Si sente affaticato quando sta dietro al suo familiare?	0	1	2	3	4
10. Ritiene che la sua salute abbia risentito dal prendersi cura del suo familiare?	0	1	2	3	4
11. Ritiene di non avere l'intimità e la privacy che vorrebbe a causa del suo familiare?	0	1	2	3	4
12. Ritiene che la sua vita sociale abbia risentito dal prendersi cura del suo familiare?	0	1	2	3	4
13. Si sente a disagio ad invitare a casa gli amici a causa del suo familiare?	0	1	2	3	4

	Mai	Raramente	Qualche volta	Spesso	Quasi sempre
14. Ritiene che il suo familiare si aspetti da lei che lei se ne prenda cura come se fosse l'unica persona da cui lui può dipendere?	0	1	2	3	4
15. Sente di non avere abbastanza denaro per prendersi cura del suo familiare oltre alle sue spese personali?	0	1	2	3	4
16. Pensa di non farcela a prendersi cura del suo familiare ancora per molto tempo?	0	1	2	3	4
17. Pensa di non essere stato più padrone della sua vita dal momento in cui il suo familiare si è ammalato?	0	1	2	3	4
18. Desidererebbe affidare la cura del suo familiare a qualcun altro?	0	1	2	3	4
19. Si sente insicuro su cosa fare per il suo familiare?	0	1	2	3	4
20. Sente che dovrebbe fare di più per il suo familiare?	0	1	2	3	4
21. Crede che potrebbe fare di meglio nella cura del suo familiare?	0	1	2	3	4
22. Infine quanto si sente sovraccaricato dall'aver cura del suo familiare?	0	1	2	3	4

GRAZIE PER LA COLLABORAZIONE

RINGRAZIAMENTI

Desidero innanzitutto ringraziare per l'opportunità di aver potuto frequentare questo Master, un percorso che ha rappresentato per me non solo un'esperienza formativa di alto livello, ma anche un passaggio di crescita professionale e personale profondo.

Questo Master mi ha offerto stimoli continui, strumenti teorici e chiavi di lettura nuove, permettendomi di ampliare lo sguardo oltre i confini tradizionali dell'organizzazione sanitaria. Mi ha aiutato a comprendere con maggiore consapevolezza il valore della comunità, della partecipazione e del welfare pubblico partecipativo come dimensioni strutturali della salute collettiva.

Molte delle idee sviluppate in questo lavoro erano già presenti nei miei ragionamenti e nelle mie riflessioni maturate nel tempo. Tuttavia, è stato questo percorso a dare loro un nome, una cornice teorica, una spiegazione e un significato più compiuto. Ha reso più chiaro ciò che intuivo: che la salute non si costruisce solo nei servizi, ma nelle relazioni, nei territori, nelle comunità.

Confido che le riflessioni e le proposte contenute in questa tesi possano raggiungere chi si occupa di organizzazione sanitaria e contribuire, anche in misura piccola ma concreta, a orientare decisioni più inclusive, partecipative e lungimiranti. Spero di poter continuare a dare il mio contributo in questa direzione, con l'obiettivo di promuovere un modello di sanità capace di garantire una salute di tutti e per tutti, equa e accessibile, fondata sulla responsabilità collettiva e sulla dignità delle persone.