

Cerca nel sito

4 Settembre 2026 12:01

quotidianosanità.it

Lettere al direttore

Cronache Governo e Parlamento Regioni e AsL Lavoro e Professioni Scienza e Farmaci Studi e Analisi Lettere al direttore
Edizioni Regionali QS Pro Professionisti Sanitari. AI

QS Club Newsletter

QS » Lettere al direttore » Il sociale e la sanità: due separati in casa



Stampa

Il sociale e la sanità: due separati in casa



Gentile Direttore, le politiche sanitarie e le Politiche sociali fanno capo a due circuiti diversi di gestione e erogazione. Le politiche di contenimento della spesa pubblica hanno ridotto di molto le dotazioni dei Fondi per le Politiche sociali e contenuto quelli per le politiche sanitarie. Mancano strumenti di gestione per l'integrazione e il coordinamento. Superare

questa situazione è fondamentale per dare sostenibilità e resilienza alle politiche sanitarie, socio sanitari e sociali.

Gentile Direttore,

nell'ordinamento dello Stato Italiano le politiche sanitarie e le Politiche sociali fanno capo a due circuiti diversi di gestione e erogazione. Le politiche di contenimento della spesa pubblica hanno ridotto di molto le dotazioni dei Fondi per le Politiche sociali e contenuto quelli per le politiche sanitarie. Mancano strumenti di gestione per l'integrazione e il coordinamento. Assistiamo ad una dispersione di risorse e di competenze. Abbiamo milioni di volontari, caregiver e badanti. Li vediamo ancora e prevalentemente come erogatori di prestazioni e non come soggetti di co-progettazione e co-gestione. Superare questa situazione è fondamentale per dare sostenibilità e resilienza alle politiche sanitarie, socio sanitari e sociali.

Le Linee Guida AGENAS

Il 28 luglio 2026, AGENAS ha pubblicato le *Linee di indirizzo tecniche* intitolate "Le équipe multiprofessionali e multidisciplinari nelle Case della Comunità". Il documento fornisce indicazioni operative alle Regioni per attuare il Decreto Ministeriale 77/2022 e la riforma della sanità territoriale legata al PNRR, passando da un lavoro in serie a un modello di squadra integrato.

Il testo definisce due livelli principali di collaborazione tra i professionisti sanitari e sociali:

Équipe di base: l'unità minima essenziale composta da medici di medicina generale o pediatri di

Ultime analisi e review da QS Pro Gold



Cloud sanitario: infrastrutture, compliance, GDPR e Risk management



Gestione dell'ipertensione resistente: dalle Linee Guida alle terapie innovative



Leadership Infermieristica 2026: nuovi modelli di responsabilità e autonomia



Leadership Medica 2026: guidare team clinici ad alte prestazioni



AI e telemedicina nello studio odontoiatrico: applicazioni concrete e uso protetto

Quotidiano Sanità CLUB

Gli speciali



Sanità digitale per garantire più salute e sostenibilità. Ma servono standard e condivisione

Tutti gli speciali

I più letti [7 giorni] [30 giorni]



La Lombardia anticipa al 1° settembre la campagna gratuita di immunizzazione anti-VRS per tutti i neonati



Acque trattate in bar e ristoranti. Nas: irregolarità nel 54% dei controlli. Sanzioni per 175mila euro

libera scelta e infermieri di famiglia o di comunità.

Équipe allargata: include specialisti ambulatoriali, psicologi, biologi, assistenti sociali e altri operatori della salute in base ai bisogni del territorio.

Gli obiettivi operativi delle équipes sono la presa in carico del cittadino con una visione globale e multidisciplinare; la definizione di ruoli chiari, compiti e responsabilità di ogni figura professionale; promuovere la prevenzione e l'analisi dei bisogni di salute locali e monitorare i risultati con strumenti di valutazione standardizzati.

Gli strumenti indicati come utilizzabili e le operatività organizzative dovrebbero essere la informatizzazione tramite l'adozione di cartelle cliniche sociosanitarie condivise e agende di prenotazione integrate; lo sviluppo di processi clinici tramite l'uso di protocolli operativi comuni, riunioni periodiche di team e audit clinici programmati. Lo sviluppo della prevenzione dando centralità ai profili di comunità e alla co-progettazione del piano di salute personalizzato.

Per gestire il monitoraggio e la valutazione si prevede lo sviluppo di indicatori quantitativi basati sui volumi di attività, sulla riduzione dei tempi di attesa e sul calo dei tassi di ricovero ospedaliero evitabile (tutti derivati dai flussi informativi ospedalieri) e tramite lo sviluppo di indicatori qualitativi per monitorare il benessere organizzativo degli operatori e il livello di soddisfazione degli assistiti.

Quanto sopra è ancora in una fase di difficile implementazione.

Standard del DM77 e implementazione reale

I criteri di attivazione regionali per le Case della Comunità previsti dal [Ministero della Salute](#) seguono gli standard definiti dal DM 77/2022. Fissano una soglia minima di una struttura hub ogni 40.000-50.000 abitanti, integrando équipes multiprofessionali, accesso unitario e integrazione tra servizi sanitari e sociali.

Gli standard organizzativi e strutturali prevedono l'applicazione del modello *Hub and Spoke* con gli *Hub* che offrono assistenza 24 ore su 24 con diagnostica di base. Gli *Spoke*, invece, devono garantire presidi ambulatoriali a minor intensità per le aree interne o meno densamente abitate. Sono previsti inoltre procedure e servizi di "accesso unitario" che si sostanziano in un punto unico d'accoglienza fisico per l'orientamento e la presa in carico del cittadino (PUA).

L'integrazione professionale avviene invece con la presenza obbligatoria o coordinata di Medici di Medicina Generale, di Pediatri di Famiglia, di Infermieri di Famiglia o di Comunità e di eventuali specialisti (dipendenti ASL o libero – professionisti SUMAI).

Nel corso del 2026 (scadenza cruciale per il PNRR, M6), le Regioni attestano l'attivazione fisica e procedurale delle strutture programmate (dopo l'ultima revisione le Case della Comunità a livello nazionale risultano essere 1.038). L'attenzione si sposta quindi dal semplice completamento dei lavori edili all'effettiva operatività dei servizi e all'integrazione degli organici territoriali.

Per visualizzare la mappa interattiva ufficiale e l'infografica delle Case di Comunità in Italia, è possibile consultare la [Mappa Interattiva Strutture PNRR Salute di AGENAS](#). Questo portale permette di esplorare la dislocazione territoriale e i progetti previsti Regione per Regione finanziati dalla Missione 6 del PNRR.

Altri strumenti di mappatura e dati nazionali sono disponibili anche tramite il monitoraggio civico di [Cittadinanzattiva](#) che offre report di approfondimento e analisi dettagliate sulla dislocazione regionale delle strutture, oppure tramite i report semestrali su GIMBE e i report di ASQUAS Review. Infine sul portale del [Ministero della Salute – PNRR](#) sono disponibili gli aggiornamenti e le infografiche riassuntive sull'avanzamento della riforma dell'assistenza territoriale.

Tabella 1 – Dati di implementazione a giugno 2026 (Fonte GIMBE)

Regione	Programmate	Con almeno un servizio dichiarato attivo	Con tutti i servizi obbligatori dichiarati attivi	
			Senza presenza medica e infermieristica	Con presenza medica e infermieristica
..	..	..	..	..



Assistente infermiere. Arriva l'ok del Tar: "Nessuna invasione delle competenze degli infermieri"



Psoriasi a placche. Biosimilare di infliximab efficace e sicuro quanto l'originator



Liste d'attesa, cambia il rapporto con il cittadino: Cup unico, richiamata automatica, percorsi di tutela e più trasparenza. Ma se non disdici l'appuntamento paghi anche se sei esente. Ecco cosa prevede il nuovo Piano 2026-2028

Abruzzo	43	1	-	-
Basilicata	19	-	-	-
Calabria	63	1	1	-
Campania	191	-	-	-
Emilia-Romagna	177	125	26	13
Friuli Venezia Giulia	32	-	-	-
Lazio	147	39	13	8
Liguria	33	11	5	1
Lombardia	207	138	46	10
Marche	29	16	2	1
Molise	13	5	2	2
Piemonte	95	28	3	-
Prov. Aut. di Bolzano	10	-	-	-
Prov. Aut. di Trento	10	-	-	-
Puglia	123	1	-	-
Sardegna	80	4	-	-
Sicilia	164	6	2	-
Toscana	156	42	11	7
Umbria	22	6	3	2
Valle d'Aosta	4	-	-	-

Da quanto sopra, fonte AGENAS, le Case di Comunità attive con presenza medica infermieristica sono ad oggi solo 46 a livello nazionale.

Tabella 2 – Rimodulazione del numero delle Case di Comunità per anno e % di realizzazione

Tipologia	PNRR 2021	PNRR 2023	PNRR 2024	PNRR 2025	PNRR 2026	% Realizzazione sul 2025
Case di Comunità	3.010	1.715	1.512	1.038	781	45,53%

(Elaborazioni su dati Ragioneria dello Stato, Corte dei Conti e ReGIS)

Il “sociale” nelle Case di Comunità

Le Linee Guida AGENAS (in coerenza con il D.M. 77/2022) inseriscono la componente sociale come pilastro fondamentale nelle Case di Comunità. L'obiettivo è superare la divisione tra cure sanitarie e interventi sociali, creando équipe multiprofessionali e multidisciplinari per una presa in carico globale della persona.

Il modello di integrazione socio-sanitaria si sostanzierà nello sviluppo dei Punti Unici di Accesso (PUA) quali porte d'ingresso unitarie dove il cittadino trova accoglienza, orientamento e prima valutazione del bisogno, con la compresenza di operatori sanitari e sociali; nello sviluppo di équipe multiprofessionali in cui gli assistenti sociali lavorano insieme a medici di medicina generale, a infermieri di famiglia e di comunità, a specialisti e psicologi. Nell'ambito dell'analisi dei bisogni complessi Il Sociale dovrà intervenire non solo sulla non autosufficienza e sulla disabilità, ma anche sulla fragilità sociale ed economica che influenza lo stato di salute.

È previsto anche il raccordo delle Case di Comunità con gli Enti locali e i loro servizi sociali per coordinare i piani di assistenza individuali (PAI). E, Infine, il coinvolgimento delle comunità sviluppando la collaborazione attiva con le reti di volontariato, gli Enti del Terzo Settore e le risorse informali del territorio per la promozione della salute e la lotta alla solitudine.

Nelle Case di Comunità, i flussi informativi relativi all'area sociale serviranno a riunire i dati dei Comuni e quelli delle ASL. Questo scambio permetterà di gestire insieme le fragilità e i bisogni complessi. Superando così – questo è l'auspicio – la divisione storica tra banche dati sanitarie e sociali, non risolta né dal Punto Unico di Accesso (PUA) né da sistemi digitali in evoluzione.

Come dovranno funzionare i flussi sociali?

Punto Unico di Accesso (PUA): raccoglierà la prima richiesta del cittadino e avvia la condivisione delle informazioni tra assistenti sociali e personale medico.

L'integrazione dei dati: assocerà le informazioni sui problemi socio-familiari ai dati sanitari della persona.

La cartella sociosanitaria unica è previsto che sia lo strumento digitale dove annotare valutazioni, servizi attivi e diari dei contatti condivisi tra enti diversi.

Le criticità e gli obiettivi digitali sono:

La rimozione delle barriere tecnologiche determinate dai sistemi informatici dei Comuni (servizi sociali) e delle Regioni (sanità) che non sono interoperabili;

Il Sistema Gestionale Digitale Territoriale (SGDT) che deve diventare la piattaforma di riferimento promossa per superare la frammentazione e tracciare i percorsi di cura e assistenza, ma in molte realtà è ancora in implementazione;

Il rispetto della privacy che richiede regole precise per il trattamento dei dati personali tra operatori di settori differenti. E siamo ancora lontani da procedure condivise.

L'integrazione sociosanitaria e l'ordinamento dello stato italiano

L'integrazione socio-sanitaria nell'ordinamento italiano che dichiara di voler unire le cure sanitarie e i servizi sociali trova fondamento nell'Articolo 32 (*Tutela della salute*) e nell'Articolo 38 (*Assistenza sociale*) della Costituzione.

Il sistema coordina Stato, Regioni e Comuni per rispondere ai bisogni complessi delle persone fragili, come anziani, disabili e malati cronici.

I riferimenti costituzionali e normativi sono:

Articolo 32 e 38 della Costituzione: La Repubblica garantisce cure gratuite agli indigenti e prevede previdenza e assistenza sociale per i cittadini inabili al lavoro.

Legge n. 833/1978: Istituisce il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) e prevede il raccordo tra attività sanitarie e sociali.

Decreto Legislativo n. 502/1992 e n. 229/1999: Riorganizzano il SSN e definiscono i tre livelli di integrazione (istituzionale, gestionale e professionale).

Legge n. 328/2000: Riforma i servizi sociali e promuove la rete integrata di interventi sociali e sanitari.

Le competenze Istituzionali sono suddivise tra:

Stato: fissa i Principi Fondamentali e i Livelli Essenziali delle Prestazioni (LEP e LEA) per garantire uguali diritti in tutto il paese.

Regioni: gestiscono la programmazione sanitaria e finanziano le prestazioni a ciclo sanitario o ad alta integrazione.

Comuni: programmano e gestiscono i servizi sociali territoriali e le prestazioni a prevalente rilievo sociale.

Le tipologie di prestazioni sono suddivise tra quelle:

a elevata integrazione socio-sanitaria: interventi prevalentemente sanitari con forte supporto sociale (es. cure domiciliari complesse, salute mentale).

a rilievo sanitario: prestazioni sanitarie che richiedono interventi di supporto alla persona (es. disabilità gravi).

A rilevanza sociale: aiuti sociali che aiutano a prevenire o curare disabilità e disagi (es. assistenza agli anziani non autosufficienti).

In Italia, l'integrazione tra sanità e sociale si dovrebbe attuare attraverso strumenti di programmazione, operativi e organizzativi coordinati tra ASL e Comuni. Gli strumenti principali dovrebbero essere i Piani di Zona, i PUA (Punti Unici di Accesso), e le UVI / UVMD (Unità Valutative Multidisciplinari) e le nuove Case della Comunità introdotte dal DM 77/2022.

In realtà sappiamo trattarsi di una difficile fase di implementazione: manca il personale medico e infermieristico, mancano accordi credibili con MMG, PLS e SUMAI, L'implementazione delle UVDM è molto lenta e mancano strumenti condivisi uniformi per profilare i bisogni semplici e complessi delle persone/pazienti.

Il RUNTS ([Registro Unico Nazionale del Terzo Settore](#)) è gestito dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, ma attuato su base territoriale in concorso con le Regioni. Le competenze sociosanitarie dividono il Ministero della Salute (cure mediche e Lea) dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali (inclusione sociale e Terzo settore), raccordandosi anche con il nuovo RUAS (Registro associazioni della salute).

Non esiste una sede di coordinamento istituzionale tra Ministero della Sanità e Ministero delle politiche sociali. A tutti i livelli abbiamo una organizzazione a "silos". Tutto questo ritarda e impedisce la implementazione anche del DM77 Misure 5 e 6.

Gli ETS e la co-progettazione e la co-gestione con le ASL.

Nel diritto italiano, gli Enti del Terzo Settore (ETS) sono organizzazioni private senza scopo di lucro che perseguono finalità civiche, solidaristiche e di utilità sociale. La loro forma giuridica può essere quella di Associazioni, Fondazioni, Enti filantropici e Imprese sociali. I loro requisiti chiave sono essere iscritti al RUNTS (Registro Unico Nazionale del Terzo Settore). Le attività prevalenti connesse a azioni di interesse generale in forma volontaria o gratuita.

In Italia gli ETS iscritti al [RUNTS \(Registro Unico Nazionale del Terzo Settore\)](#) sono più di 140.000, con un ritmo di crescita costante di circa 1.000 nuove iscrizioni al mese.

Il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali non pubblica una tabella fissa con il dettaglio analitico costante di ogni singola Regione sul portale pubblico, ma ripartisce i dati territoriali per ripartizioni geografiche (Nord-Ovest 23,3%, Centro 23,2%, Nord-Est 21,9%, Sud 21,5%, Isole 10,1%).

La co-progettazione e la co-gestione di interventi tra enti pubblici (inclusi i settori sanitario e sociale) e gli ETS sono disciplinate principalmente dall'articolo 55 del Decreto Legislativo 3 luglio 2017, n. 117 (noto come Codice del Terzo Settore), che ha recepito il principio di sussidiarietà orizzontale

La co-progettazione e la co-gestione tra gli ETS e le ASL sono strumenti di amministrazione condivisa. Regolate dall'articolo 55 del Codice del Terzo Settore (D.Lgs. 117/2017), permettono a pubblico e privato sociale di superare la logica della normale gara d'appalto. Si lavora insieme in modo orizzontale per definire e gestire interventi socio-sanitari orientati ai bisogni reali della comunità.

L'articolo 55 del D.Lgs. 117/2017 (Codice del Terzo Settore) Impone alle amministrazioni pubbliche di assicurare il coinvolgimento attivo degli Enti del Terzo settore attraverso la co-programmazione e la co-progettazione nei settori della salute, del sociale e delle attività di interesse generale.

La Sentenza della Corte Costituzionale n. 131/2020 ha chiarito che la co-progettazione e la co-programmazione sono strumenti fondamentali di "amministrazione condivisa", alternativi ai normali contratti d'appalto e basati sulla collaborazione paritetica.

Il Decreto del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali n. 72/2021 ha approvato le linee guida specifiche per regolare i rapporti di co-programmazione, co-progettazione e accreditamento tra la pubblica amministrazione e gli ETS.

Il quadro normativo e i principi di base sono:

Sussidiarietà orizzontale: L'ente pubblico riconosce il valore sociale e civico dell'azione degli ETS.

Condivisione, non concorrenza: Non c'è un rapporto cliente-fornitore, ma una partnership basata su obiettivi comuni di interesse generale.

Copertura dei costi: Gli ETS hanno diritto al rimborso dei costi reali, inclusi quelli di personale e di gestione indiretta sostenuti per l'attività.

Come funziona la co-progettazione e tramite quali strumenti?

Avviso pubblico: l'ASL (spesso insieme ai Comuni o agli Ambiti Territoriali Sociali) pubblica un avviso per intercettare bisogni specifici di salute o marginalità.

Tavolo di lavoro congiunto: gli ETS selezionati e l'ASL siedono allo stesso tavolo per ideare il servizio nel dettaglio, definire le risorse e stabilire i compiti.

Rimodulazione: il progetto è flessibile e può essere aggiustato periodicamente in base alle verifiche sull'andamento delle attività.

La Fase della Co-gestione deve a sua volta fornire:

Integrazione operativa: nella fase attuativa, il personale clinico/educativo dell'ASL lavora a stretto contatto con gli operatori degli ETS.

Presa in carico globale: si realizzano percorsi complessi come il contrasto alla povertà sanitaria, l'assistenza domiciliare integrata, la gestione di centri di salute mentale o dipendenze e le dimissioni protette ospedaliere.

Proposte e strumenti di sviluppo

Raccomandazioni SIQUAS VRQ, 2012. "La qualità nell'integrazione tra sociale e sanitario"

Sono, purtroppo, ancora di grande attualità alcune delle Raccomandazioni Macro di allora, come:

Garantire una unicità di governo istituzionale delle politiche sanitarie e sociali integrate individuando, presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri, un Dipartimento che abbia la titolarità delle competenze per l'integrazione sociale e sanitaria, coordinando le azioni del Ministero della Salute e del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali

Promuovere il Fascicolo Socio Sanitario Elettronico

Individuare le tipologie di soggetti dell'integrazione sociale e sanitaria a livello nazionale.

Garantire che la definizione delle policy siano basate su metodologie di analisi dei bisogni della popolazione residente fondate sui dati storici e sulle direttrici di cambiamento della domanda di medio e lungo termine (invecchiamento della popolazione, cronicità, disabilità, dipendenze, fragilità, disagio ed emarginazioni sociali).

- *Per le tipologie di soggetti dell'integrazione sociale e sanitaria individuate dalla normativa nazionale ri/definire:*
 - *I Livelli di Assistenza (LEA + LIVEAS)* con la contestuale definizione dei corrispondenti interventi e prestazioni sanitarie e sociali, integrate, coerenti ed in continuità con i processi di promozione, prevenzione, cura, riabilitazione;
 - *I livelli/requisiti minimi organizzativi e gestionali per garantire l'azione comune dei servizi e degli operatori sanitari e sociali* nel percorso assistenziale "logico" dell'integrazione sociale e sanitaria (accettazione/accolgenza, valutazione multidimensionale, presa in carico globale e costruzione del piano assistenziale individualizzato).
- *Definire i costi standard, condivisi e definiti a livello di Conferenza Stato-Regioni*, per i servizi, gli interventi e le prestazioni sociali e sanitarie integrate offerti, verso i quali far convergere l'organizzazione dei servizi da parte delle singole Regioni e da usare come nomenclatore tariffario nazionale di riferimento massimo, non superabile a livello delle singole Regioni;

- *Allocare risorse adeguate a livello nazionale per sostenere lo sviluppo delle reti di integrazione tra sanità e sociale a livello regionale con particolare riferimento ad attività di ricerca, sviluppo, formazione, aggiornamento professionale, costruzione di flussi informativi nazionali a supporto della governance e del monitoraggio delle reti regionali;*

Raccomandazioni Network Italiano “Comunità, Solitudini e salute”, 2026:

Le nuove Raccomandazioni, partendo da quelle del 2012 e implementandole hanno individuato le seguenti possibili policy a livello Macro e Meso (Modello di Sir Michael Marmot):

Inserire la solitudine e l'isolamento sociale come determinanti di salute nella programmazione sanitaria nazionale e regionale, definendo una cornice normativa e strategica nazionale per la prevenzione e il contrasto attraverso DPCM, documenti di indirizzo interministeriali (Sanità, Lavoro e Politiche Sociali, Istruzione, Ricerca, Ambiente e altri) e una Strategia nazionale dedicata; promuovendo e realizzando campagne nazionali di comunicazione e sensibilizzazione che presentino la solitudine e l'isolamento come fattori di rischio per la salute e per il benessere delle persone e delle comunità.

Le Regioni provvedono alla *coincidenza geografica obbligatoria* tra Distretti Sociosanitari e Ambiti Territoriali Sociali (ATS), e alla obbligatorietà della definizione del territorio di appartenenza di ogni Casa della Comunità. Questo territorio deve essere ulteriormente articolato in *Microaree* (popolazione compresa tra 4.000 e 10.000 abitanti), individuate come unità minime per la programmazione della salute di comunità e il monitoraggio delle solitudini.

Definire i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) e i Livelli Essenziali delle Prestazioni Sociali (LEPS) includendo esplicitamente gli interventi di salute di comunità e contrasto all'isolamento sociale, con riferimento anche ai Fondi FNA e FSE per la copertura finanziaria, prevedendo esenzione totale per persone in povertà, e definire caratteristiche e costi standard di riferimento degli interventi integrati socio-sanitari di promozione comunitaria, con nomenclatore tariffario nazionale da approvare in Conferenza Stato-Regioni. Una quota delle risorse dei Fondi Sanitari Regionali destinate alla medicina territoriale deve essere vincolata a progetti di prescrizione sociale e supporto alla domiciliarità proattiva.

Emanare linee guida nazionali sulla “prescrizione sociale” in collaborazione con ISS, AGENAS, Federazioni Nazionali degli Ordini Professionali, Società Scientifiche, rappresentanti nazionali del Terzo Settore, definendo modelli operativi, standard di qualità e percorsi formativi per gli operatori. Le Linee guida dovranno prevedere modalità standardizzate di registrazione della prescrizione sociale nel Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE 2.0), assicurandone la tracciabilità e l'integrazione nei flussi informativi nazionali (NSIS), al fine di garantirne monitoraggio, valutazione e confrontabilità interregionale secondo gli standard SNOMED-CT.

Istituire un Osservatorio nazionale su Solitudine, Isolamento Sociale e Salute di Comunità presso e con il concorso di Ministeri, di Istituti e di Agenzie nazionali, con il compito di raccogliere dati epidemiologici e monitorare l'efficacia degli interventi, garantendo l'accessibilità dei dati a Università e Istituti di Ricerca. L'Osservatorio opererà in raccordo con i flussi NSIS e con i dati aggregati derivanti dal FSE 2.0, garantendo l'utilizzo di dati interoperabili e standardizzati per il monitoraggio degli interventi e dei percorsi di presa in carico.

Implementare sistemi di screening della solitudine e dell'isolamento sociale nei punti di contatto territoriali (Case della Comunità, farmacie, ambulatori singoli e associati dei Medici di Medicina Generale, servizi sociali, etc.) delle microaree utilizzando scale validate (UCLA o De Jong Gierveld), con focus prioritario sugli over 65 e sulle popolazioni fragili (giovani, famiglie in povertà, donne sole, etc.), sviluppando conseguenti progetti integrati di prevenzione attiva, di medicina di iniziativa, di “prescrizione sociale”, di attivazione di sportelli di prossimità:

Consolidare e diffondere la figura dell'Infermiere di Famiglia e di Comunità come riferimento territoriale stabile per l'individuazione precoce, la presa in carico leggera e il monitoraggio delle persone fragili (con accesso al FSE e agli strumenti informativi territoriali). Introdurre, consolidare e diffondere nuove figure della salute di comunità, professionali (MMG, Infermieri di Famiglia e di Comunità, psicologi, assistenti sociali, educatori e altri) e volontarie (facilitatori, connettori sociali,

animatori di punti di comunità e di reti di prossimità), opportunamente formati ad agire anche come operatori di comunità.

Garantire una presa in carico globale delle persone vulnerabili, prevedendo l'attivazione diffusa di *Punti Unici di Accesso* territoriali in collaborazione stabile fra Distretti sociosanitari e Ambiti Territoriali Sociali, nel sistema delle Case della Comunità – Centrali Operative Territoriali e protocolli di dimissione protetta per la continuità assistenziale ospedale-territorio, con particolare tempestività per i pazienti che vivono soli e privi di rete familiare.

Istituire tavoli misti permanenti sanità-sociale-Terzo Settore a livello distrettuale per la co-programmazione, co-progettazione e co-produzione degli interventi di contrasto alla solitudine e promozione della salute di comunità, formalizzando accordi secondo il D.Lgs. 117/2017 con definizione di ruoli, risorse e responsabilità.

Implementare un modello modulare di valutazione multidimensionale, differenziato per fasce d'età e tipologie di fragilità, dei bisogni, semplici e complessi, da far adottare in tutte le Unità Valutazione Multidimensionale dei Distretti Socio Sanitari, e da tutti gli operatori dei Comuni, delle Case della Comunità, dai servizi di prossimità e condiviso con gli Enti del Terzo Settore, lavorando per processi integrati superando le logiche a silos, con piani e percorsi personalizzati socio-sanitari (vedi PAI, Programmi Assistenziali Individuali, o PidS, Programmi Individuali di Salute).

I modelli di valutazione multidimensionale adottati dovranno essere integrabili con il FSE 2.0 e coerenti con i tracciati informativi NSIS, al fine di assicurare continuità informativa nei percorsi di presa in carico e nelle *transitional care* gestite dalle COT, Centrali Operative Territoriali.

Si ringrazia il collega **Andrea Vannucci** per i contributi apportati.

Giorgio Banchieri,

Segretario Nazionale ASQUAS, Docente DiSSE, Università "Sapienza", Roma

Riferimenti:

- Piattaforma ReGIS per il monitoraggio, la rendicontazione e il controllo del PNRR;
- Sito web del Ministero della Salute dedicato alla Missione 6;
- Sito di *"Italiadoman"* riguardante l'intero PNRR;
- Rapporto del Ministero della Salute sull'avanzamento della Missione 6;
- Rapporti AGENAS sul monitoraggio dell'attuazione del DM 77/2022, recante la definizione dei modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale del SSN;
- Relazioni della Corte dei Conti sullo stato di attuazione degli interventi del PNRR e del PNC;
- Le Relazioni al Parlamento sullo stato di attuazione del PNRR;
- Rapporti della Ragioneria Generale dello Stato (RGS) sullo stato delle attività connesse con il PNC alla fine del 2023;
- Documenti di finanza pubblica (DFP).
- *"La qualità nell'Integrazione tra sanità e sociale"*, SIQUAS VRQ, Franco Angeli Editore, Roma 2013.
- Raccomandazioni su *"Comunità, solitudini e salute"*, Network Italia omologo, vedi link al portale DiSSE, Università "Sapienza", <https://disse.web.uniroma1.it/it/convegno-presentazione-raccomandazioni>.

04 Settembre 2026

© Riproduzione riservata

Potrebbe interessarti in Lettere al direttore



Sanità pubblica: i numeri non sono più un allarme,



sono una scelta che il Paese deve decidere se continuare a compiere

Gentile Direttore, i dati pubblicati sulla spesa sanitaria italiana impongono una riflessione che non può più essere rinviata. Essere ultimi nel G7 per spesa sanitaria pubblica pro capite non rappresenta semplicemente...



Dignità del lavoro e sostenibilità della cura: la stessa responsabilità

Gentile Direttore, ho letto con grande attenzione La trappola del non profit di Rita Longobardi, una persona che stimo e apprezzo sinceramente per la serietà, la sensibilità e la chiarezza con...



Spesa sanitaria e PIL: cinque osservazioni di metodo sull'analisi GIMBE

Gentile Direttore, l'analisi che la Fondazione GIMBE ha diffuso il 2 settembre sulla spesa sanitaria pubblica nei Paesi OCSE svolge, come ogni anno, un servizio utile: mette in fila dati...



Debito orario e Case di Comunità: la contraddizione del PNRR che mette in crisi le Medicine di Gruppo

Gentile Direttore, l'ACN stralcio firmato il giugno scorso ha introdotto il debito orario di 6 ore settimanali nelle Case di Comunità (CdC) per la continuità assistenziale diurna ed è in fase...

Edizioni Regionali

**Abruzzo Veneto Piemonte Valle
Basilicata Giulia Provincia Trentino D'Aosta
Calabria Lazio Autor Puglia Venezia
Campidoglio Liguria di Sardegna
Emilia Romagna Lombardia Sicilia
Roma Marche Provincia Toscana
Friuli Molise Autor Umbria**



**Quotidiano online
d'informazione sanitaria**

Direttore responsabile

Luciano Fassari

Direttore editoriale

Francesco Maria Avitto

Sede legale e operativa:

Via della Stelletta, 23, 00186 - Roma

Sede operativa:

Via Luigi Galvani, 24, 20124 - Milano

Tel: (+39) 06 45209 715

Email: info@homnya.com

Coordinamento Pubblicità

commerciale@homnya.com

Redazione

redazione@homnya.com



Copyright 2013-2026 © Homnya Srl
Tutti i diritti sono riservati

P.I. e C.F. 13026241003

Iscrizione al ROC n.34308
Iscrizione Tribunale di Roma
n.115/2013 del 22/05/2013

Riproduzione riservata

[Privacy Policy](#)