

La prescrizione sociale in 1000 parole

La **prescrizione sociale** è un approccio olistico all'assistenza sanitaria che crea un percorso formale di invio affinché i professionisti della salute possano connettere i pazienti a servizi e risorse non cliniche presenti nella comunità. Questo modello si basa sulla consapevolezza scientifica che circa **l'80% degli esiti di salute** di una persona dipende dai cosiddetti **determinanti sociali della salute** (SDH), come lo stato socioeconomico, la rete sociale, l'abitazione, l'istruzione e l'ambiente fisico. Invece di limitarsi a trattare i sintomi fisici attraverso il modello biomedico tradizionale, la prescrizione sociale affronta le cause profonde del malessere, come la solitudine, l'insicurezza abitativa o lo stress finanziario.

Il cuore di questo approccio è il passaggio dalla domanda clinica "Cosa c'è che non va in te?" alla domanda centrata sulla persona **"Cosa conta per te?"**. Questo paradigma trasforma il paziente da ricevitore passivo di cure in un agente attivo del proprio benessere, valorizzando le sue aspirazioni, i suoi valori e i suoi punti di forza (approccio asset-based).

Per comprendere appieno la prescrizione sociale, è necessario analizzarla attraverso due lenti: le **fasi di attuazione organizzativa** (come si costruisce un programma) e le **fasi del percorso del destinatario** (il viaggio del paziente nel sistema).

A. LE FASI DI ATTUAZIONE ORGANIZZATIVA

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e i principali framework nazionali individuano sette fasi cruciali per lo sviluppo di un programma di successo:

- **Fase 1: Analisi della situazione.** Prima di iniziare, è fondamentale comprendere il contesto socioculturale locale. Si consultano gli stakeholder (medici, pazienti, partner comunitari) per identificare i bisogni della popolazione target e valutare la fattibilità del progetto.
- **Fase 2: Costituzione di un gruppo di riferimento centrale.** Si forma un team multidisciplinare che pianifica e supervisiona l'attuazione. In genere è guidato da un servizio sanitario territoriale, ma deve includere responsabili territoriali e volontari.
- **Fase 3: Sviluppo di un piano di lavoro.** Il team concorda gli obiettivi, definisce i ruoli e crea un "quadro logico" (teoria del cambiamento) che visualizzi la relazione tra risorse impiegate e impatti attesi.
- **Fase 4: Mappatura delle risorse della comunità (Asset Mapping).** Si censiscono sistematicamente i servizi disponibili: gruppi di arte, ginnastica, supporto legale, orti urbani o volontariato. È vitale valutare la qualità e la sicurezza di queste organizzazioni per proteggere i cittadini vulnerabili.
- **Fase 5: Coinvolgimento degli stakeholder.** È la fase di mobilitazione degli attori chiave: gli operatori sanitari (identificatori), le organizzazioni del Terzo Settore (fornitori) e gli operatori di collegamento (connettori).
- **Fase 6: Formazione degli operatori di collegamento.** I **Link Worker** devono ricevere una formazione basata sulle competenze, che includa l'ascolto attivo, il colloquio motivazionale e la comprensione dei determinanti sociali.
- **Fase 7: Monitoraggio e valutazione.** Si predispongono sistemi per raccogliere dati quantitativi e qualitativi, misurando l'impatto sul benessere dei singoli e il risparmio per il sistema sanitario.

B. LE FASI DEL PERCORSO DEL DESTINATARIO (PATIENT PATHWAY)

A livello operativo, il percorso di un individuo all'interno della prescrizione sociale segue un flusso logico e personalizzato:

Fase 1: Identificazione e Screening

Il percorso inizia da un setting sanitario, sociale o comunitario, dove si riconosce che la persona ha bisogni non medici che influenzano la sua salute. L'identificatore utilizza strumenti di screening standardizzati o colloqui per rilevare fragilità come isolamento sociale o ansia lieve. In alcuni modelli avanzati, è incoraggiata anche l'**auto-segnalazione** (self-referral) per aumentare l'autonomia del cittadino.

Fase 2: Segnalazione (Referral)

Una volta identificata la necessità, il paziente viene indirizzato all'**operatore di contatto (Link Worker)**. La figura che segnala, l'identificatore, non è un mediatore che ha il tempo necessario per approfondire la situazione della persona. La segnalazione deve essere un "passaggio caldo" basato sulla fiducia, per garantire che il paziente non si perda tra i servizi.

Fase 3: Valutazione Olistica e Colloquio

L'operatore di contatto incontra il destinatario per una conversazione approfondita. L'obiettivo è comprendere la storia della persona, i suoi interessi e le barriere che le impediscono di stare bene (costi, trasporti, ansia sociale). In questa fase si utilizzano spesso tecniche di **colloquio motivazionale** per stimolare il desiderio di cambiamento e l'autoefficacia.

Fase 4: Coproduzione del Piano di Benessere Individuale

Insieme, l'operatore e il cittadino co-progettano un piano di azione personalizzato. Questo documento non è una ricetta imposta dall'alto, ma un accordo che riflette le aspirazioni del destinatario. Il piano identifica attività specifiche nella comunità, come un coro, un gruppo di cammino o un servizio di consulenza sui benefit del welfare.

Fase 5: Connessione alle Risorse Comunitarie

L'operatore di contatto facilita l'accesso alle attività scelte. Se necessario, l'operatore può accompagnare fisicamente la persona alla prima sessione di un'attività per aiutarla a superare le barriere emotive e sentirsi accolta. Le attività possono variare enormemente: dal **Green Social Prescribing** (attività in natura come il giardinaggio) ad attività artistiche, culturali o di supporto pratico al welfare.

Fase 6: Follow-up e Monitoraggio dei Progressi

L'operatore di contatto non interrompe la relazione dopo l'invio. Sono previsti contatti regolari (bi-settimanali o mensili) per valutare se le attività sono efficaci e se il paziente sta partecipando con continuità. I progressi vengono riportati al medico inviante per garantire la continuità della cura. Se i bisogni cambiano, il piano viene aggiornato.

Attori e Fattori di Successo

Il successo di queste fasi dipende dalla solidità del **Terzo Settore** (associazioni di volontariato, imprese sociali), che funge da "farmacia sociale" fornendo le attività prescritte. È essenziale che queste realtà siano sostenute finanziariamente e non sovraccaricate dai rinvii medici.

Un altro elemento critico è il **personale dedicato**. Mentre in alcuni Paesi si riqualificano infermieri o assistenti sociali, il modello più efficace prevede Link Worker specificamente formati per gestire casi complessi e vulnerabili.

Impatto e Benefici Attesi

Una corretta esecuzione di tutte le fasi porta a benefici tangibili su tre livelli:

1. **Per l'individuo:** miglioramento del benessere mentale e fisico, riduzione della solitudine e aumento dell'autostima e della fiducia (empowerment).
2. **Per il sistema sanitario:** riduzione della pressione sui medici di medicina generale e diminuzione degli accessi impropri al Pronto Soccorso (studi indicano riduzioni medie del 24-28%).
3. **Per la comunità:** rafforzamento della coesione sociale, sviluppo di nuove reti di mutuo aiuto e valorizzazione degli asset locali.