

I limiti della prescrizione sociale in quanto strumento di prevenzione individuale

La prescrizione sociale rappresenta uno strumento innovativo e ma che ha già dimostrato, in molti Paesi, la sua importanza per personalizzare la promozione della salute, collegando le persone a risorse comunitarie non cliniche. Tuttavia, la letteratura scientifica evidenzia con crescente chiarezza un limite strutturale fondamentale: agire esclusivamente sul singolo individuo non è sufficiente per produrre cambiamenti profondi e duraturi nella salute della popolazione.

Il problema di scala e dell'Individualizzazione

Il primo limite riguarda la **portata dell'intervento**. Un operatore di contatto a tempo pieno può supportare mediamente tra 250 e 400 persone all'anno. Questo dato rende evidente l'impossibilità di "scalare" la prescrizione sociale all'intera popolazione, mentre le politiche di popolazione mirano a modificare i determinanti di salute per tutti simultaneamente. I programmi di prescrizione sociale tendono a concentrarsi su una parte limitata della popolazione con bisogni complessi, trascurando la prevenzione primaria per la grande maggioranza dei cittadini.

Un secondo problema, ancora più profondo, è il **rischio di individualizzazione dei problemi sistemici**. La prescrizione sociale corre il pericolo di trattare cause strutturali — come povertà, disoccupazione, isolamento sociale, disuguaglianze economiche e culturali — come se fossero questioni di benessere individuale gestibili attraverso piani di supporto personalizzati. In questo modo, si interviene sugli effetti a valle dei determinanti sociali avversi, senza affrontarne le cause a monte.

La prospettiva dei grandi autori

Questi limiti non sono una critica recente. **Geoffrey Rose**, con la sua celebre distinzione tra strategia ad alto rischio e strategia di popolazione, aveva già dimostrato che spostare la distribuzione di un fattore di rischio nell'intera popolazione produce benefici di salute enormemente superiori rispetto al trattare i soli individui ad alto rischio. La malattia nei molti pesa complessivamente più della malattia nei pochi, anche se questi ultimi hanno un rischio individuale più elevato.

Glenn Laverack rafforza questa posizione sottolineando che le azioni individuali — seguire una dieta equilibrata, fare attività fisica, evitare il fumo — sono importanti, ma devono essere obbligatoriamente accompagnate da interventi collettivi, sociali e politici per risultare davvero efficaci. Senza un cambiamento nelle condizioni strutturali in cui le persone vivono, il miglioramento ottenuto attraverso la prescrizione sociale rischia di essere superficiale e temporaneo. Intervendiamo su di una persona per poi rimetterlo nello stesso contesto ambientale e sociale che è causa principale anche se non esclusiva del rischio.

Il contributo fondamentale di **Michael Marmot**, in particolare attraverso il *Marmot Review* del 2010 e il suo aggiornamento del 2020, dimostra empiricamente che le disuguaglianze di salute seguono un gradiente sociale: più bassa è la posizione socioeconomica di una persona, peggiori sono i suoi esiti di salute. Nessuna strategia individuale può compensare strutturalmente questo

gradiente senza politiche che agiscano sull'intera distribuzione delle condizioni di vita — dall'infanzia all'età adulta, dall'abitazione al lavoro.

Un'azione retroattiva in un sistema che dovrebbe essere proattivo

La prescrizione sociale interviene prevalentemente quando il bisogno è già manifesto, operando come un "pronto soccorso sociale" stiamo riparando a quanto non siamo stati in grado di prevenire. Le strategie di popolazione sono invece **proattive**: agiscono sull'ambiente fisico e sociale prima che le fragilità emergano. Creare spazi verdi, piste ciclabili, centri culturali accessibili, politiche abitative inclusive o programmi di workplace wellbeing significa rendere la scelta salutare quella più facile e naturale per tutti, indipendentemente dalla motivazione individuale.

La prescrizione sociale non è un intervento a sé stante, ma un "percorso". Se la "farmacia sociale" è vuota — ovvero se mancano parchi, associazioni o gruppi di supporto — l'operatore non ha nulla da prescrivere. Inoltre, dipende dall'esistenza di **risorse comunitarie fragili** che spesso sono, finanziate con piccoli finanziamenti temporanei, a progetto, e non strutturalmente garantiti. Senza investimenti sistemici nel terzo settore e nelle infrastrutture comunitarie, il "ponte" costruito dalla prescrizione sociale rischia semplicemente di crollare.

Verso un Sistema Integrato

La soluzione non è abbandonare la prescrizione sociale, bensì collocarla correttamente all'interno di un **sistema integrato e multilivello**. Essa deve essere la componente aggiuntiva di una catena di interventi che include: politiche pubbliche per ridurre le disuguaglianze socioeconomiche (*Health in All Policies*), investimenti strutturali nell'ambiente fisico e comunitario, approcci di *Asset Based Community Development* per rafforzare il capitale sociale locale, e sorveglianza epidemiologica per monitorare se si riducono le disuguaglianze e si raggiungono le popolazioni più vulnerabili.

Come sintetizza efficacemente il modello ispirato al pensiero di Marmot e Laverack: la prescrizione sociale è efficace nel **riparare** o **mitigare** gli effetti a valle dei determinanti avversi, ma non può sostituire gli interventi della sanità pubblica che sono in grado di **generare** salute. Usata da sola diventa un rattoppo; inserita in un sistema coerente di politiche di popolazione, diventa uno strumento prezioso di giustizia sociale e di promozione della salute.