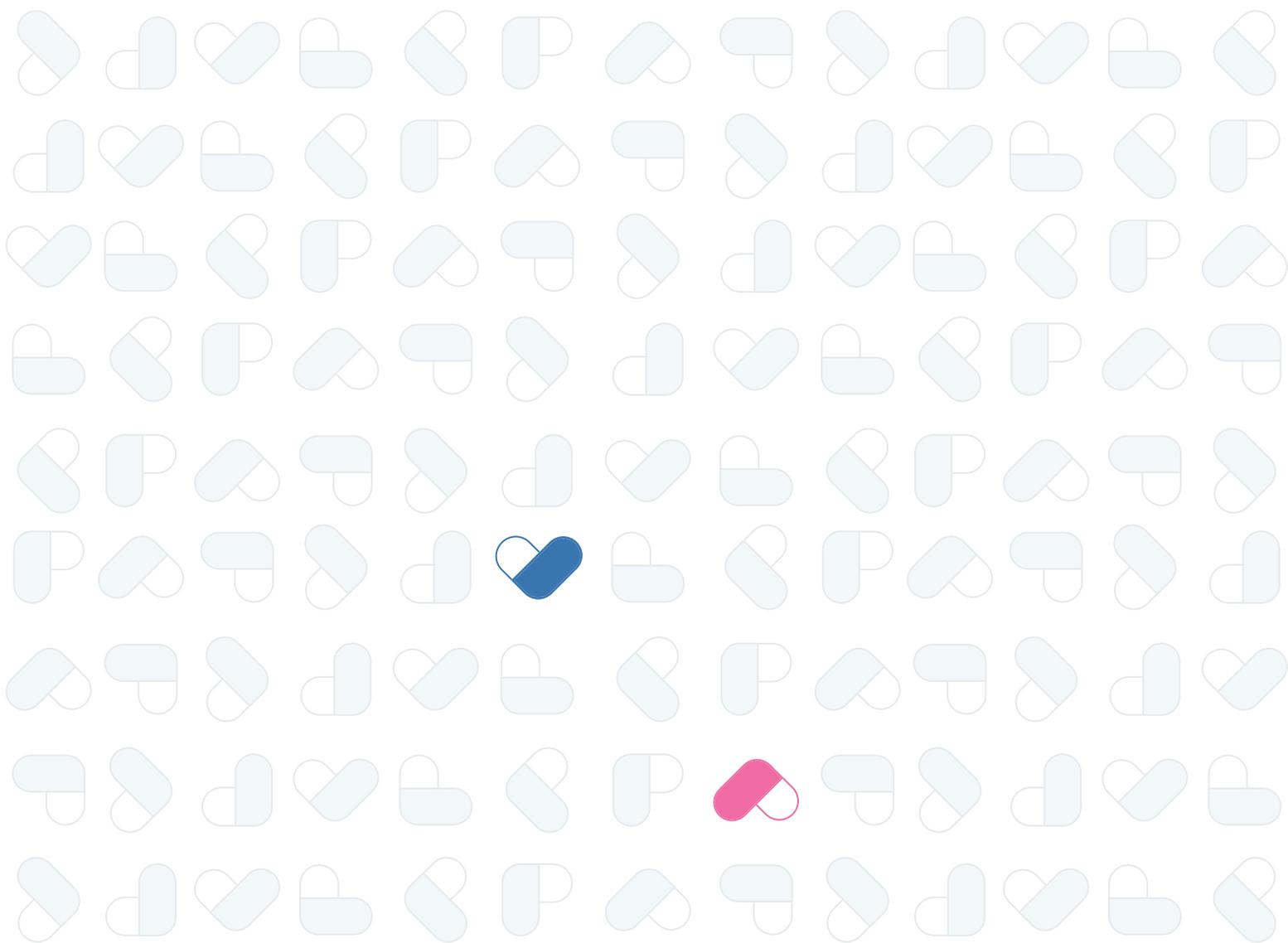


InTime

Un servizio per la prossimità ibrida



Candidato
Filippo Bindi

Relatore
Andrea Di Salvo

Tesi di Laurea Magistrale
Design Sistemico A.A. 2022/2023

Introduzione

9

Metodologia e percorso progettuale

1° CAPITOLO

La salute come punto di partenza **1**

1.1	L'evoluzione del termine	13
1.1.1	La salute nel linguaggio	13
1.1.2	L'organizzazione mondiale della sanità	14
1.1.3	I contributi istituzionali	16
1.2	La visione moderna della salute	26
1.2.1	L'approccio sistemico	26
1.2.2	Il sistema salute	27
1.3	Quando la città cura	28
1.3.1	Design e vulnerabilità	28
1.3.2	Cosa significa prendersi cura	30
1.3.3	Scenari in competizione	33
1.3.4	La prossimità ibrida	34
1.7	Conclusioni	36

2° CAPITOLO

Invecchiare: un percorso complesso **2**

2.1	Anzianità e salute	39
2.1.1	Fasi dell'invecchiamento: terza e quarta età	39
2.1.2	Aspetti biologici e sociali	40
2.2	Un nuovo punto di vista	41
2.2.1	Dal pregiudizio ad una visione positiva	41
2.2.2	L'invecchiamento attivo	41
2.3.2	La diffusione in Europa	44
2.3	La demografia nel futuro	46
2.4	Sviluppo delle capacità	50
2.5	Conclusioni	51

3° CAPITOLO**Invecchiamento
indipendente** **3**

3.1	Primo tentativo di inquadramento	53
3.2	Le caratteristiche fondamentali	54
3.2.1	Persona e spazio domestico	54
3.2.2	Autonomia e livelli di assistenza	56
3.3	Secondo tentativo di inquadramento	58
3.4	Il contesto europeo	59
3.4.1	Uno strumento operativo	59
3.4.2	I diversi sistemi nazionali	60
3.5	Conclusioni	62

4° CAPITOLO**Il design per
la salute** **4**

4.1	Un argomento multidisciplinare	65
4.1.1	Introduzione e ruolo del designer	65
4.1.2	Mappa delle aree di intervento	66
4.2	Dispositivi digitali per la salute	68
	Ohealth-H1	70
	ElliQ	72
	NextDoor	74
	Karuna	76
	Idego	78
	HoloLens 2	80
4.3	Conclusioni	82

CAPITOLO 5

Mappatura **5**

5.1 Circoscrizioni	86
5.2 Età abitanti	88
5.3 Personas	90
Assistente domiciliare	90
Persona anziana	91
Figlia	92
Operatore	93

CAPITOLO 6

Concept **6**

6.1 Significato	95
6.2 Sviluppo	96
Story concept 1	96
Story concept 2	98
Story concept 3	100
Story concept 4	102

CAPITOLO 7**Progetto****7**

7.1		
Introduzione		105
7.2		
Journey Map		106
7.3		
Mappa piattaforma		114
7.4		
User Flow		116
7.5		
Identità visiva		118
7.6		
Wireframe		122
7.7		
UI Design		124
7.8		
Analisi qualitativa		132
Questionario		132
Intervista		149

Conclusioni 150

Bibliografia 151

Ringrazimenti 153

INTRODUZIONE

**Metodologia
e percorso
progettuale**

La dissertazione che segue è il risultato di un ricco percorso progettuale che ha permesso di esplorare ambiti professionali e argomenti accademici diversi che confluiscono tutti nel settore della salute. Nello specifico l'obiettivo di questo lavoro è quello di porre l'attenzione sul processo di deospedalizzazione delle persone anziane, che presentano un discreto grado di autonomia e che decidono di limitare i contatti con le strutture sanitarie, eccetto visite o operazioni fisiche obbligatorie, per invecchiare in maniera indipendente nelle proprie case, vicino alle loro famiglie e alle loro memorie: un fenomeno sociale che in inglese viene definito "Ageing in Place". Questa pratica presenta un vantaggio importante per il sistema sanitario, perché permette di ridurre il carico di lavoro diretto sui medici e gli infermieri.

Se da un lato spostare la cura direttamente a casa presenta vantaggi di natura economica, ancora troppo poco è stato studiato rispetto l'efficacia e il grado di accettazione delle nuove tecnologie di assistenza. Il design si presenta come uno strumento molto potente per analizzare con empatia questo scenario, al fine di trovare una soluzione per limitare le implicazioni negative e valorizzare gli aspetti positivi di questa forma di cura.

La metodologia progettuale utilizzata per questo lavoro di ricerca fa riferimento ai principi del Design Sistemico teorizzati dai ricercatori del DAD del Politecnico di Torino e prevede in un primo momento l'analisi olistica delle caratteristiche di un determinato ambito, non solamente industriale ma anche sociale: le informazioni raccolte provengono prevalentemente da ricerche scientifiche, siti meritevoli, sondaggi e database istituzionali e privati. Si è scelto di analizzare i differenti argomenti con testi accompagnati da immagini rilevanti, assieme ad una localizzazione geografica di attori ed infrastrutture su base cartografica. Attraverso la metodologia del Design Sistemico quindi è stato possibile mappare e mettere a sistema gli elementi.

“

Lo scopo del design sistemico è quello di creare una rete di relazioni tra attori territoriali in un flusso di energia, materia e conoscenze in profonda connessione con il territorio locale.

”

Carla Lanzavecchia, 2012

L'attenzione progettuale posta nell'ambito della salute ci ha portato ad usufruire di un'ulteriore comparto di strumenti teorici e pratici che appartengono alla metodologia del design dell'interazione, con il fine di studiare il grado di percezione e il comportamento delle persone coinvolte nel progetto. Non è oggetto di questa tesi descrivere la nascita e lo sviluppo di questa disciplina, tantomeno analizzare le questioni aperte in ambito accademico. Per noi il design dell'interazione è una scatola degli attrezzi da cui attingere per agire con precisione nel nostro spazio di lavoro. Anche se questa disciplina può assumere diversi nomi: User-Centered Design (UCD), Human computer interaction (HCI), Interaction Design (IxD), User-Experience Design (UX); questo grande sistema di nomenclature e acronimi appartiene sempre al grande dominio di ricerca del rapporto uomo-tecnologia. Per chiarezza espositiva d'ora in avanti quando faremo riferimento a questo settore ricorremo soltanto al nome più utilizzato oggi in ambito professionale, ovvero **User-Experience (UX)**.

La letteratura di riferimento sottolinea che i progettisti UX studiano o progettano le **modalità di interazione tra persone e tecnologia** impiegando sia la propria esperienza sia la propria conoscenza nel comprendere quelle che saranno le modalità di azione degli utenti. Osservazioni sul campo, questionari, mappe concettuali, utenti archetipi, punti di contatto, disegni delle gestualità sono alcuni degli strumenti utilizzati in ambito UX che ci hanno garantito una capacità di analisi profonda del rapporto tra uomo e tecnologia al fine di acquisire una maggiore conoscenza dei processi cognitivi e i rispettivi schemi comportamentali dell'utente per ridurre al minimo la possibilità di errori.

La **ricerca** è stata strutturata all'interno di due sfere concettuali che sono rappresentate nello schema essenziale affianco: da una parte troviamo la **salute**, una dimensione prevalentemente teorica dalla quale abbiamo raccolto diverse informazioni per comprendere questo tema; dall'altra parte ritroviamo la sfera del **digitale** che rappresenta la dimensione più pratica del progetto.

Successivamente le due sfere tematiche sono state approfondire attraverso diversi argomenti schematizzati e presentati nello schema generale che mostra i contributi al lavoro di ricerca. Nel susseguirsi delle pagine e dei capitoli verrà approfondito ciascun argomento in modo tale da aumentare il grado di consapevolezza rispetto il tema della salute. Dall'intersezione delle due aree emerge quello che è il centro di questo lavoro di ricerca, ovvero la pratica dell'**invecchiamento attivo** che si presenta come un **sistema complesso** impossibile da comprendere se prima non vengono analizzati tutti i suoi aspetti teorici e pratici.

Attraverso la visione di tipo sistemico è stato possibile effettuare la ricerca sia con un angolo di visuale ampio per osservare "l'immagine di insieme", per comprendere aspetti complessi come il concetto di salute o di invecchiamento, sia di orientare i nostri sforzi rispetto argomenti tecnici come i dispositivi domiciliari. Per concludere, schematizzare gli argomenti ci ha permesso di strutturare in maniera chiara e logica il lavoro di ricerca multidisciplinare; inoltre, l'impiego di strumenti pratici ci ha permesso di costruire le domande giuste per porre la persona al centro del progetto.

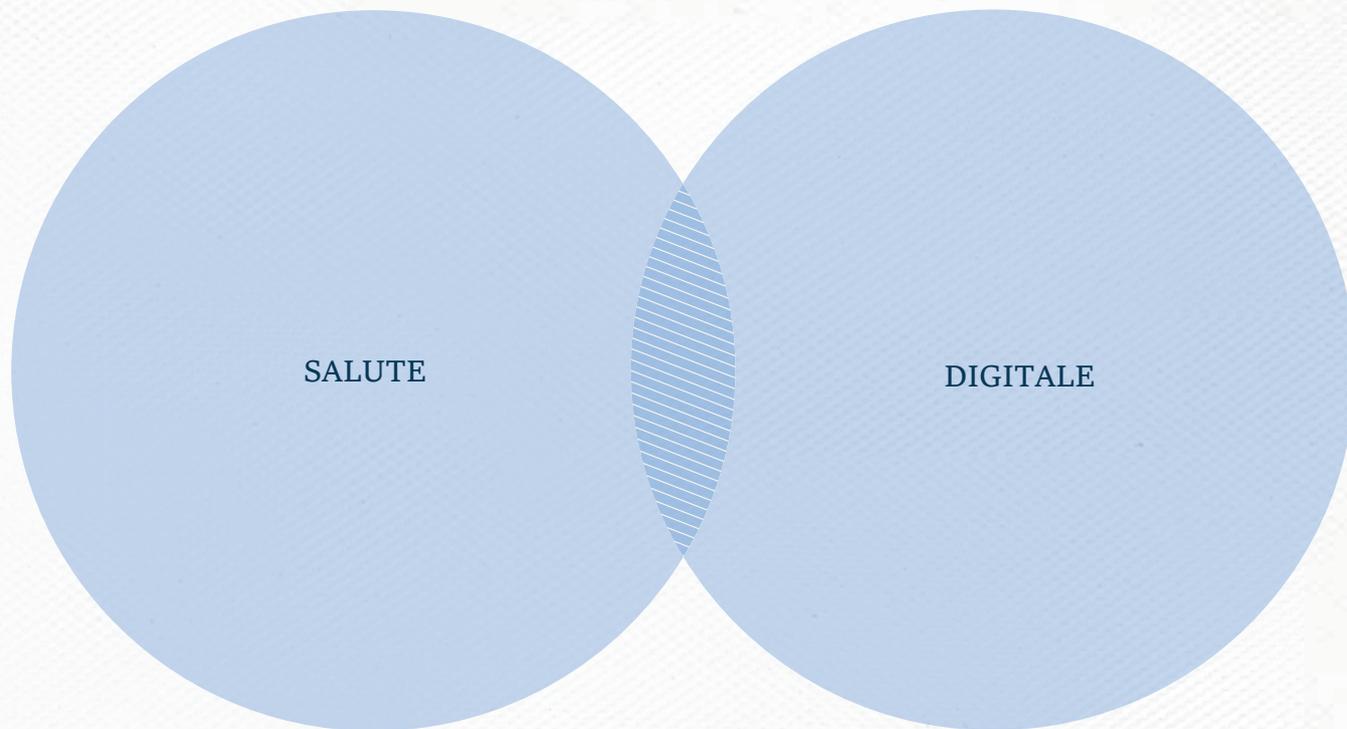


Gli errori di interazione avvengono quando il modello concettuale del designer non corrisponde al modello mentale dell'utente.

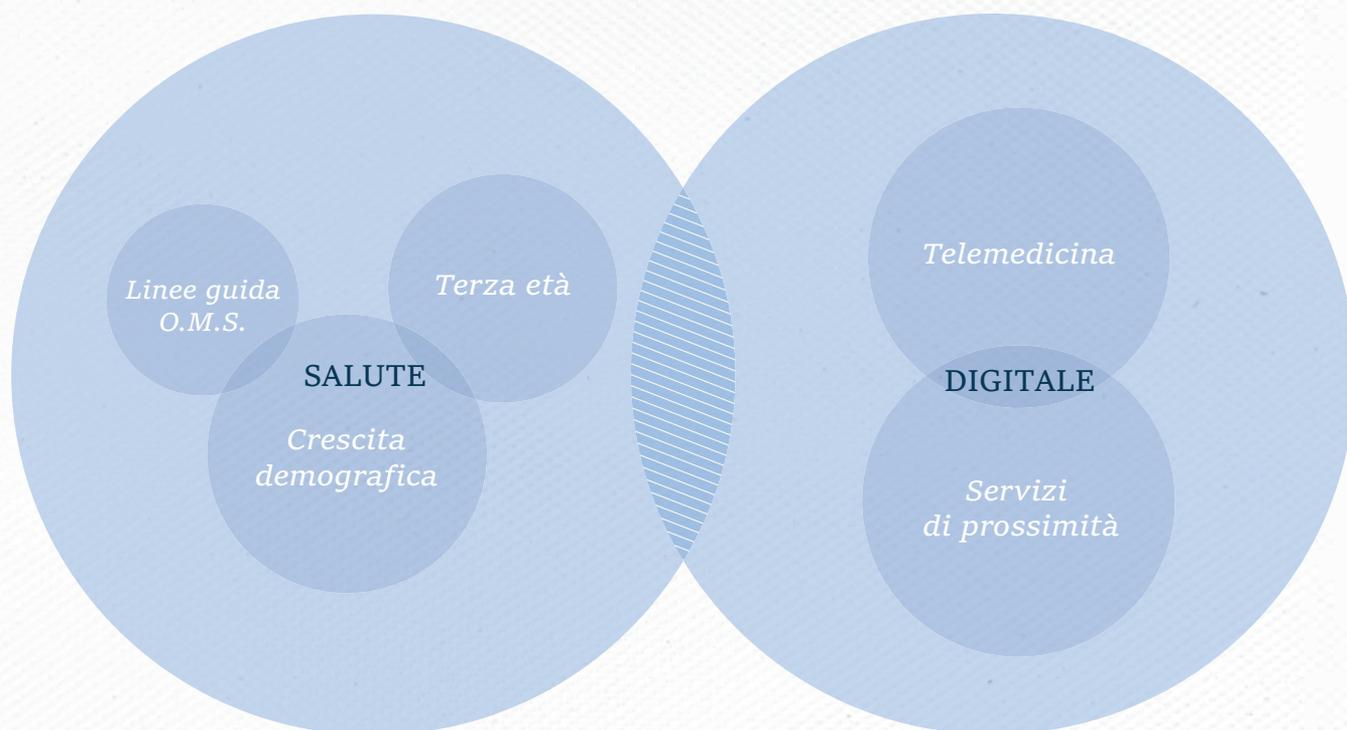
Donald Norman, 1996



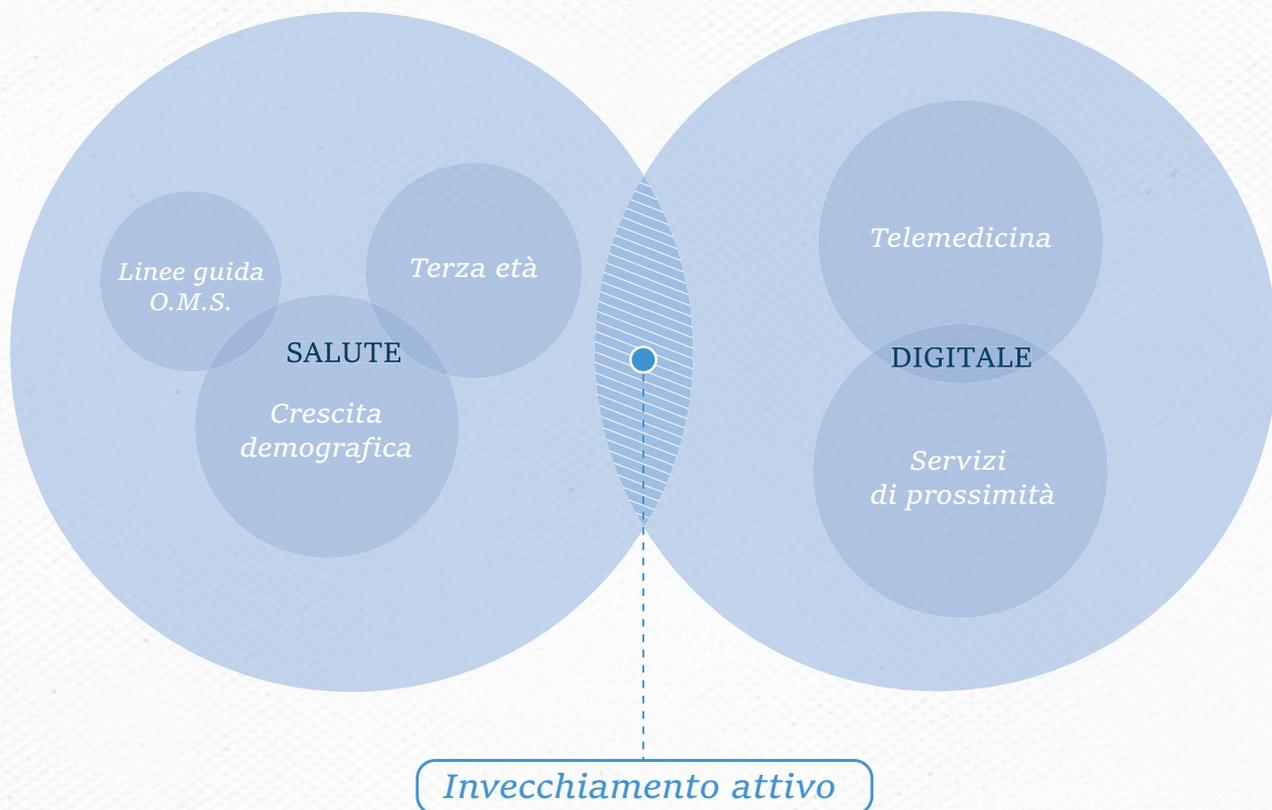
Schema essenziale



Schema generale



Schema generale



**Il design come può
migliorare l'esperienza
dell'invecchiamento attivo?**



CAPITOLO

1

La salute come punto di partenza

1.1 L'evoluzione del termine

1.1.1

La salute nel linguaggio

Il termine salute nella lingua italiana assume significato di sostantivo o aggettivo a seconda del posizionamento nella frase. L'etimologia deriva dal latino *salu-utis*, letteralmente salvezza, soprattutto come stato di benessere, tranquillità e di integrità individuale: infatti la salute è quello stato di felicità spirituale che procura salvezza. In ambito medico questa parola indica uno stato di benessere fisico e di equilibrio psichico dell'organismo, in quanto esente da malattie e disturbi organici o funzionali.

Nel linguaggio la salute assume invece significati diversi a seconda di quello che vogliamo esprimere. Può essere impiegata in espressioni figurative per comunicare uno stato di ottima salute ad esempio con le frasi “ho una salute di ferro” oppure “ho salute da vendere”. La parola salute viene usata anche per comunicare un'intenzione, utilizzandola come elemento rafforzativo all'interno della frase: “porterò a termine il lavoro, a costo di rimetterci la salute”. La parola salute può essere usata in espressioni familiari ad esempio per consigliare ad altri di dare il giusto peso alle cose, di non prendersela eccessivamente per quello che accade con espressioni come: “pensa alla salute”. In maniera diametralmente opposta, questa parola può essere impiegata in espressioni di minaccia a scopo intimidatorio: “se hai cara la salute non farti più vedere da queste parti!”, proprio come nei più classici film western.

Il linguaggio è un sistema di simboli complesso non fisso, al contrario, è in continuo mutamento nel tempo e la disciplina scientifica che studia l'evoluzione dei significati è la linguistica. Il concetto di salute è stato protagonista di un'evoluzione attraverso un processo culturale che ha condotto la società a redigere una nuova e migliore definizione: la salute è una sola parola ma dalle profonde implicazioni mediche, economiche, culturali e sociali.

1.1.2

L'organizzazione mondiale della sanità

La **definizione moderna** della salute la possiamo ritrovare nell'atto costitutivo dell'**Organizzazione mondiale della Sanità (OMS)** firmato a Nuova York nel 22 luglio del 1946 ed entrato in vigore nel 1948, tre anni dopo la fine della Seconda Guerra Mondiale. La necessità di costituire un organismo istituzionale è stata quella di definire un'autorità direttrice e coordinatrice nel campo sanitario, che potesse aiutare i governi a rafforzare i loro servizi sanitari fornendo l'assistenza tecnica appropriata, e nei casi urgenti, l'aiuto necessario. Infatti l'OMS stabilisce e mantiene i servizi amministrativi e tecnici compresi i servizi di statistica e di epidemiologia, oltre a promuove lo sviluppo dell'azione intesa alla soppressione delle malattie epidemiche, endemiche ed altre; in aggiunta, l'OMS favorisce se necessario, facendo capo ad altre istituzioni speciali, il miglioramento dell'alimentazione, il risanamento delle abitazioni, delle installazioni sanitarie, il miglioramento delle condizioni economiche e di lavoro, come pure di tutti gli altri fattori dell'igiene dell'ambiente. Infine stimola e guida le ricerche favorendo la cooperazione tra i gruppi scientifici e professionali che contribuiscono al progresso sanitario globale

Proprio per la sua autorevolezza è stato ricercato nella sua costituzione la definizione di salute per comprenderne al meglio il suo significato. A tutti gli effetti i concetti presentati all'inizio del documento sono stati il primo tentativo in età moderna di estensione della definizione storica mai rivisitata fino a quel momento. La **definizione** risale al 1946 e fu **innovativa** per la sua ampiezza e ambizione, innanzitutto perché scardinò la concezione storica data dalla medicina, ovvero che la salute di un individuo è identificabile esclusivamente dall'assenza di malattie; inoltre, **l'OMS incluse quasi ottanta anni fa la dimensione mentale e sociale, condizioni imprescindibili per il raggiungimento del più alto grado di sanità ed inclusione.** Nella costituzione dell'OMS si legge:

“

La salute è uno stato di completo benessere fisico, mentale, sociale e non consiste solo in un'assenza di malattia.

”



1.1 Assemblea O.M.S.

Se da un lato l'OMS superò la visione storica della salute, che avrebbe potuto generare situazioni di pericolo, perché l'enfasi sulla salute fisica completa, come condizione univoca di benessere, poteva indurre un grande numero di persone a fare controlli ed interventi onerosi in termini economici e fisici, che magari non erano strettamente necessari; dall'altro lato la nuova definizione porta dentro di sé ancora un problema concettuale: la demografia e la natura delle patologie dal 1948 sono cambiate considerevolmente. Il numero di persone che convivono con una malattia è aumentato a livello globale grazie agli importanti progressi fatti in campo igienico, sanitario e nutrizionale: invecchiare con una patologia oggi è la normalità.

La definizione di salute dell'OMS è diventata anacronistica perché dichiara che le persone che hanno una malattia cronica o che soffrono di disabilità sono irrimediabilmente malate, escludendo la possibilità di vivere la loro vita con soddisfazione e benessere, minimizzando il ruolo della volontà individuale nel fronteggiare le sfide fisiche, emotive e sociali della vita.

“

La **promozione della salute** è il processo che consente alle **persone** di migliorare la loro vita. Per raggiungere uno stato di completo **benessere fisico, mentale e sociale**, un individuo o un gruppo deve essere in grado di identificare e realizzare **aspirazioni**, soddisfare **bisogni**, cambiare o far fronte all'ambiente. La salute quindi è vista come una **risorsa** per la **vita quotidiana**, non come l'obiettivo della vita. La salute è un concetto positivo che enfatizza le risorse sociali e personali, così come le capacità fisiche. Pertanto, la promozione della salute non è solo **responsabilità** del settore sanitario, perché va oltre verso stili di vita salutari e di benessere.

”



Conferenza di Ottawa, 1986:
Il tema della salute viene definito il pilastro fondamentale per lo sviluppo economico, sociale e personale. La promozione della salute diventa un valore culturale, sociale, ambientale e politico.

Le conferenze mondiali dell'O.M.S.

» 1986



SVEZIA



Sundsvall

Conferenza di Sundsvall, 1991:
 Venne discusso il tema degli ambienti favorevoli alla salute. Il tema fa riferimento sia agli aspetti fisici che a quelli sociali, perchè l'ambiente comprende il luogo dove le persone vivono, la loro comunità locale, la loro casa, dove lavorano e si divertono.

> 1991

> 1988

Conferenza di Adelaide, 1988:
 Il congresso internazionale chiarì l'importanza della strategia di promozione della salute a livello istituzionale, infatti venne affrontato il tema delle politiche pubbliche per la salute.

> 1997

Conferenza di Jakarta, 1977:
 In questo incontro vennero presentate le priorità per la salute del 21° secolo: promozione della responsabilità sociale per la salute; consolidamento ed ampliamento delle convenzioni sui servizi sanitari; potenziamento delle comunità e responsabilizzazione degli individui.

INDONESIA



Jakarta



Conferenza di Città del Messico, 2000:

Durante l'incontro vennero identificate le azioni necessarie per colmare le lacune nell'equità nella promozione della salute, attivando forti meccanismi di collaborazione tra tutti i settori della società

Conferenza di Nairobi, 2009:

Nella Settima Conferenza vennero individuati i cinque punti chiave necessari per promuovere la salute e ridurre le disuguaglianze: empowerment della comunità; alfabetizzazione sanitaria; rafforzamento dei sistemi sanitari; partnership e azioni intersectoriali; costruzione di capacità per la promozione della salute.

›2000

›2009

›2006



Conferenza di Bangkok, 2006:

La Carta di Bangkok unisce i valori, i principi e le strategie d'azione di promozione della salute stabiliti anni prima dalla Carta di Ottawa e le raccomandazioni delle conferenze mondiali precedenti sulla Promozione della Salute. Il documento individua le strategie e gli impegni necessari per affrontare i determinanti della salute in un mondo globalizzato.





Conferenza di Shanghai, 2016:

Trent'anni dopo il primo convegno in materia di salute ad Ottawa del 1986, sono state proposte a Shanghai quattro strategie (policy briefs). Città sane: le città sono 'piattaforme' importanti per promuovere il benessere e la salute, proteggere l'equità e raggiungere gli Obiettivi di Sviluppo Sostenibile. Strategie intersectoriali: sono necessarie forti alleanze tra la sanità e altri settori per sviluppare e attuare programmi politici che promuovano e proteggano la salute e il benessere. Impegno sociale: le politiche intersectoriali sono anche la base per la nascita e lo sviluppo di processi di partecipazione delle comunità locali. Alfabetizzazione sanitaria: l'alfabetizzazione sanitaria è un determinante fondamentale della salute.



» 2016

» 2013

Conferenza di Helsinki, 2013:

I punti che sono stati discussi in Finlandia furono: facilitare lo scambio di esperienze e lezioni apprese e fornire meccanismi efficaci per l'azione intersectoriale; esaminare i modi per affrontare le barriere e sviluppare la capacità di implementare la salute in tutte le politiche; affrontare il contributo della promozione della salute al rinnovamento e alla riforma dell'assistenza sanitaria di base; valutare i progressi, l'impatto dei risultati, nella promozione della salute dopo la Conferenza di Ottawa.



» 2021

Conferenza di Ginevra, 2021:

Il più recente contributo al tema è stato fatto durante la decima conferenza tenutasi online nel 2021 a Ginevra a causa delle limitazioni imposte per contenere la pandemia del Covid-19. La Carta di Ginevra sottolinea l'urgenza di agire, perché la pandemia ha mostrato globalmente le disuguaglianze nella società. Per la prima volta dalla formazione dell'OMS, il concetto di salute viene associato a quello di sostenibilità ambientale con una richiesta di allineamento agli obiettivi dell'Agenda 2030 per lo Sviluppo Sostenibile per tutti i paesi membri.

L'evoluzione dell'idea di salute è stato un percorso complesso: dalla concezione storica come assenza di malattia, al primo tentativo di estensione della definizione per comprendere categorie marginalizzate come le persone affette da malattie mentali; dall'inclusione delle persone che soffrono di disabilità o di malattie croniche, fino alla visione che comprende ogni aspetto della vita in sincronia con l'ambiente.

Il tema della salute è stato esplorato anche grazie ai progressi scientifici e culturali, tuttavia molte sfide devono ancora essere affrontate per garantire le legittime aspirazioni per una vita sana a livello globale. Per raggiungere questi obiettivi, l'Unione Europea e le Nazioni Unite, lavorano attivamente attraverso due piani d'azione l'Agenda 2030 e Horizon 2020, fornendo alle università, e agli enti pubblici e privati, gli strumenti necessari che li aiutino a realizzare i propri progetti. In questo senso, il design ha l'opportunità di offrire il proprio contributo alla ricerca di prodotti, servizi e sistemi innovativi e di affrontare i temi ben descritti nelle strategie di promozione della salute.

Discostandoci dal dibattito istituzionale, nel prossimo paragrafo guarderemo verso i confini della scienza contemporanea grazie ad un nuovo approccio scientifico: il pensiero sistemico. Dopo aver analizzato le sue caratteristiche, e le differenze con il pensiero analitico, verrà approfondito l'approccio sistemico rispetto il tema della salute.

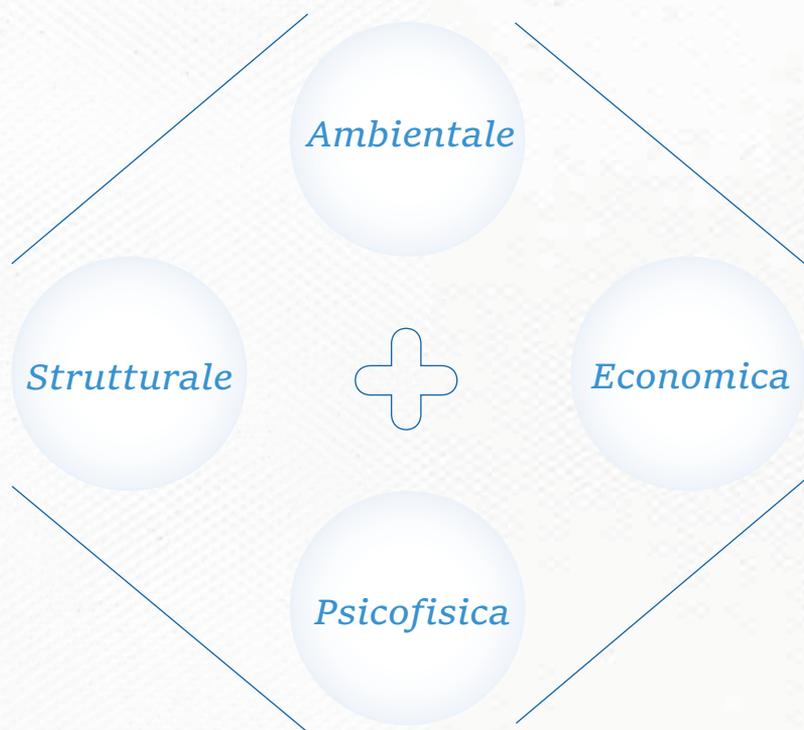
“

Il cambiamento climatico, la perdita di biodiversità, l'inquinamento, la rapida urbanizzazione, i cambiamenti demografici, le migrazioni dei popoli, la povertà e il diffondersi delle diseguaglianze creano rischi per crisi future ancora più gravi di quelle di cui attualmente stiamo facendo esperienza.

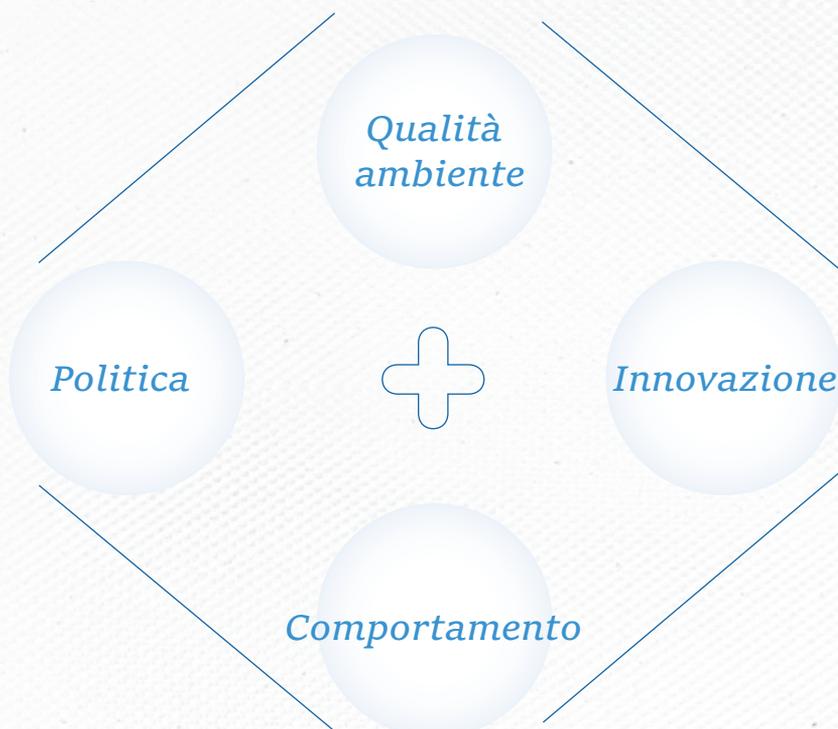
Carta di Ginevra, 2021

”

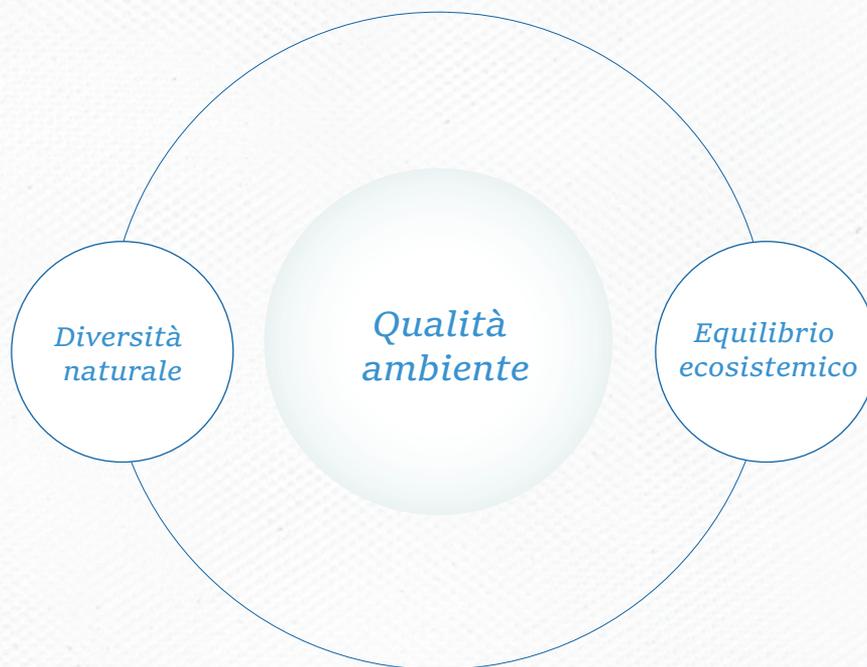
○ Quali sono le categorie della salute?

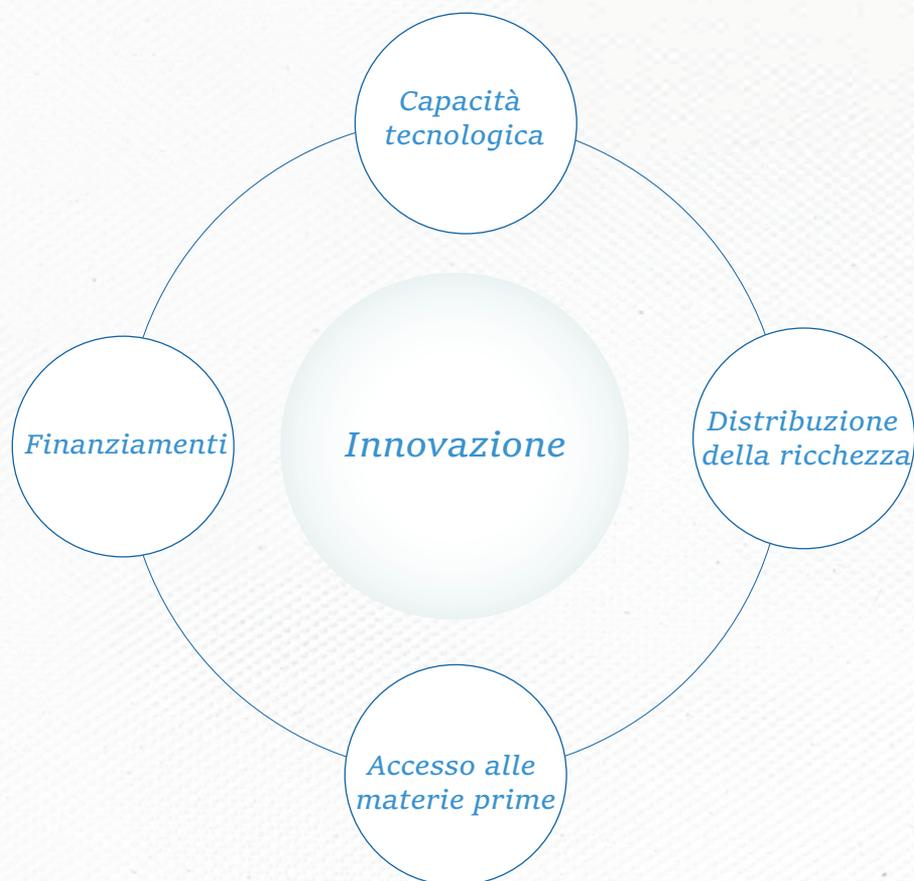
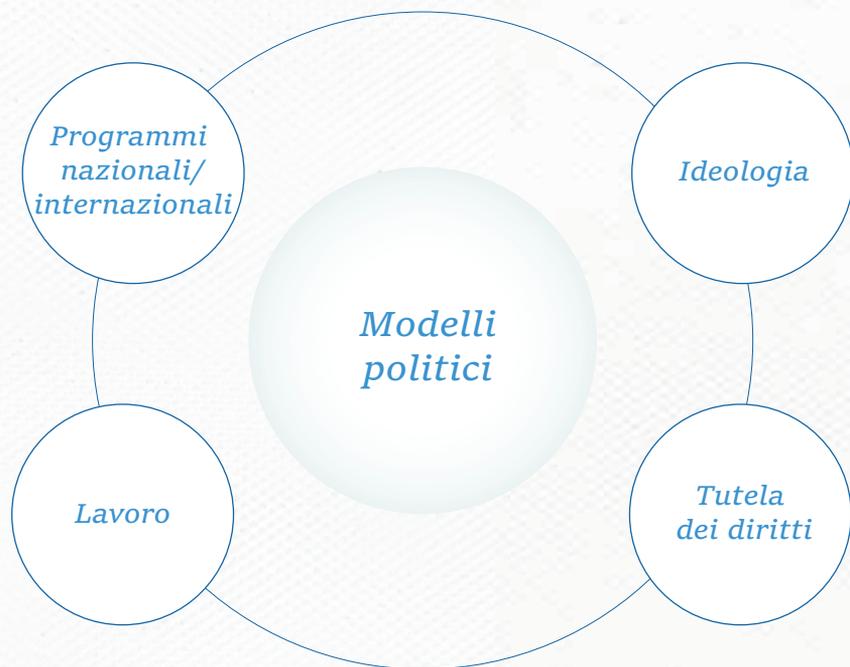


○ Da quali fattori sono influenzate?



Il grafico mostra quelle che sono le macro-categorie della salute: ambientale, economica, psicofisica e strutturale. Successivamente vengono approfonditi i quattro fattori.





Gli schemi a lato mostrano gli elementi che influenzano la qualità di ogni singolo fattore. L'obiettivo di questo grafico è quello di presentare in maniera unitaria la complessità di questo argomento profondamente multidisciplinare.

1.2 La visione moderna della salute

1.2.1

L'approccio sistemico

Negli ultimi 30 anni ai confini della scienza, è stata data una nuova enfasi ai sistemi complessi e agli schemi di organizzazione presenti in tutte le dimensioni della vita, da quella biologica a quella cognitiva, da quella ecologica a quella sociale, fino a quella economica. L'importanza data ai sistemi è iniziata dalla scoperta che la realtà fisica più profonda, ovvero quella quantistica, è un insieme di relazioni altamente complesse, dinamiche e interdipendenti. Questa scoperta ha portato i fisici a dover cambiare il paradigma di pensiero per affrontare una nuova classe di problemi, che non potevano più essere risolti con gli strumenti deduttivi della ricerca empirica, perché il solo osservare un fenomeno cambiava le sue caratteristiche generando paradossi inspiegabili. Per far fronte a questa nuova complessità è stato quindi necessario definire un approccio diverso che potesse guardare a questo sistema di relazioni dinamiche: il pensiero sistemico ha permesso di affrontare problemi complessi e difficili da definire con importanti implicazioni per tutti i campi della conoscenza.

La matematica distingue i problemi "ben posti" da quelli "mal posti": un problema ben posto è un tipo di problema formulabile in modo rigoroso in cui sono chiari ed univocamente definiti gli obiettivi e dove la soluzione in un certo senso è già inclusa nella sua formulazione; l'unica vera difficoltà consiste nel trovare i mezzi tecnici appropriati per scomporlo ed 'estrarre' la soluzione dalla formulazione del problema. Esistono tuttavia ampie classi di problemi disordinati, nascosti e mutevoli, che non possono essere scomposti perché si aumenterebbe vertiginosamente il grado di confusione e frustrazione. Ad esempio all'interno di un sistema dinamico come quello familiare, un problema è influenzato da variabili identificabili nel

passato anche remoto, o poste addirittura al di fuori dei confini del sistema. Per risolvere una complessità di questo livello risulta fondamentale evitare di cercare la relazione lineare causa-effetto, perché le cause non sono evidenti e gli effetti spesso sono imprevedibili, invece risulta più efficace identificare il modello nascosto del problema e i suoi processi multipli non lineari al fine di poterlo risolvere. Il pensiero sistemico approccia problemi mal posti senza la scomposizione delle loro parti per studiarne quelle che sono le connessioni non lineari e i loro fenomeni al fine di comprenderli, risolverli, e in taluni casi, prevenirli. La criticità del metodo analitico è che comporta la perdita della visione d'insieme, fondamentale per far fronte a problemi mal posti o nascosti, dove risulta invece fondamentale mantenere una visione olistica per comprendere il rapporto di interdipendenza degli elementi del problema: possiamo pensare di guarire un cuore malato senza preoccuparci di verificare se l'organismo che dovrà continuare ad ospitarlo sia sano?

Nonostante gli importanti avanzamenti fatti dalla scienza medica nell'ultimo secolo, la società è testimone di una insoddisfazione generale delle istituzioni mediche. Le ragioni di questo malcontento sono ad esempio l'inaccessibilità dei servizi e la mancanza di cura; le manifestazioni sono diverse in ogni paese, a causa dei sistemi sanitari differenti, ma la fotografia d'insieme è la stessa. Nonostante gli sconcertanti aumenti dei costi sanitari nei decenni passati e gli eccezionali avanzamenti nelle tecniche diagnostiche e delle procedure chirurgiche, complessivamente la salute della popolazione mondiale non sembra essere migliorata significativamente.

1.2.2 Il sistema salute

Come anticipato all'inizio del paragrafo precedente, secondo la definizione della medicina classica, la salute è lo stato di assenza di malattia, mentre la malattia è il malfunzionamento dei meccanismi biologici. Il pensiero sistemico propone una visione alternativa, che inizia con la realizzazione che è impossibile dare una definizione precisa: la ragione principale è che il benessere è un'esperienza profonda che dipende dal soggetto preso in esame, le cui qualità possono essere riconosciute ma non possono essere descritte o quantificate in maniera esaustiva. Questa concezione tiene conto delle continue attività e dei cambiamenti che riflettono le risposte di un qualsiasi organismo alle sfide del proprio ambiente, questo significa che la dimensione biologica e quella cognitiva corrispondono a quella della salute; inoltre, la dimensione sociale ed ecologica arricchiscono questa visione, perché creano uno spazio di possibilità che con le condizioni appropriate può supportare la vita, il suo sviluppo e i suoi cicli. Un sistema vivente mostra un elevato grado di stabilità, ma questa si presenta in maniera dinamica,

perché è caratterizzata da continue fluttuazioni con il proprio ambiente; tutte le sue variabili oscillano dinamicamente entro certi limiti: più è dinamico lo stato di un sistema e più grande sarà la sua adattabilità e flessibilità, mentre la perdita di flessibilità corrisponderà alla perdita di salute. Per la **concezione sistemica della salute** questo **equilibrio dinamico include sia il corpo che la mente**. Ammalarsi, uscire dall'equilibrio, e guarire, recuperare l'equilibrio, sono entrambe parti integranti di un processo che è anche cognitivo; questo significa che c'è una dimensione mentale in ogni malattia, anche se spesso giace nella sfera dell'inconscio.

Per spiegare la mancanza di equilibrio di un organismo, il concetto di stress è provato come essere molto utile. Lo stress temporaneo è un aspetto essenziale della vita per rispondere efficacemente agli stimoli, ma lo stress cronico o prolungato può essere pericoloso e gioca un ruolo significativo nell'origine e nello sviluppo di molte malattie. Ad esempio un elemento chiave del rapporto tra stress e malattia è il fatto che lo stress prolungato sopprime il sistema immunitario del corpo. Molte persone trovano impossibile rilasciare il loro stress in maniera salutare e per questo scelgono, consciamente o inconsciamente, di farsi male come via di uscita. Questo ci conduce ad una ridefinizione del termine **psicosomatico**: questo termine in passato è stato spesso usato per riferirsi a disordini che non avevano un fondamento fisico chiaramente diagnosticato, perché questi disturbi erano di solito considerati come "immaginati". **Solo recentemente i ricercatori sono diventati consapevoli del rapporto intimo che esiste tra la mente e il corpo.**

Tutti i disordini sono psicosomatici nel senso che coinvolgono continue interazioni tra la mente e il corpo nella loro origine, sviluppo e cura. La nuova comprensione sistemica del "disturbo psicosomatico" indica il perché le tecniche di attitudine mentale e psicologica sono importanti mezzi per la guarigione: una disposizione positiva avrà un impatto benefico sul sistema corpo-mente. **Nell'approccio sistemico alla terapia medica**, il primo passo fondamentale sarà quello di **rendere consapevole il paziente** di questo disequilibrio e questo implicherà **mettere i problemi all'interno di un contesto più ampio** dal quale emergono e questo comporterà un'attenta analisi degli aspetti multipli di una malattia. Questo significa che un tale approccio di cura implicherà **non solo aspetti tecnici** ma anche una conoscenza guidata da esperienza, saggezza e compassione. La **consulenza psicologica avrà un ruolo determinante** in questo processo, ed il rapporto tra medico e paziente, a parte situazioni di emergenza, sarà quello di **esplorare con il paziente la natura e il significato della malattia**, per trovare delle possibilità di cambiare il modello che ha generato la malattia. Il medico dovrà provare ad imporsi in maniera non pesante ed aiutare a creare le giuste condizioni per una cura multidimensionale su diversi livelli del sistema. Questa nuova visione della cura dovrà essere affiancata ad una riorganizzazione del sistema sanitario, questo significherà progettare ospedali ed istituzioni di cura in luoghi più umani, intimi, desiderabili, per creare ambienti confortevoli per la terapia, che impiegherà le medicine soltanto in casi di emergenza liberandosi dall'eccessiva influenza dell'industria farmaceutica. Chimici, fisici, medici e farmacisti dovranno collaborare nel selezionare dai migliaia di prodotti farmaceutici solo un numero limitato, che saranno quelli completamente adeguati per un'efficace cura medica. Attualmente un'organizzazione no profit di base in Inghilterra con una rete estesa a più 190 paesi che lavora in questa direzione è Cochrane che fornisce dal suo portale informazioni di altissima qualità per aiutare chiunque sia interessato a prendere decisioni sulla salute: dal medico al paziente o la sua badante, da un ricercatore ad un policy-maker. Non accettano finanziamenti commerciali o conflittuali e questo è vitale per generare

informazioni autorevoli e affidabili, lavorando liberamente, senza vincoli da interessi commerciali e finanziari. Per la concezione sistemica la sanità consiste nel mantenere o ripristinare l'equilibrio dinamico di un individuo, di una famiglia o di una comunità, perché il **mantenimento della salute è in parte una questione individuale e in parte una questione collettiva** ed il più delle volte queste sono **intimamente collegate**.

Il benessere individuale si basa sul riconoscimento che la salute è determinata soprattutto dal nostro comportamento, dal nostro cibo e dal nostro ambiente. Come esseri umani abbiamo il potere e la responsabilità di mantenere il nostro organismo in equilibrio osservando semplici regole di comportamento relative al sonno, al cibo, all'esercizio fisico e come ci curiamo: il ruolo del terapeuta e dei medici in generale sarà principalmente quello di assistere le persone nel farlo. **Negli scritti di Ippocrate, che costituiscono le fondamenta della medicina Occidentale, si legge che il ruolo del terapeuta è quello di un assistente delle forze naturali di cura.** Mentre il benessere collettivo della società ha due componenti di base che sono l'educazione della salute ed il volere politico per la costruzione di policy per la comunità. Le forze promotrici di questa concezione di cura operano sia dentro che fuori il sistema sanitario nazionale. In tal senso è fondamentale consolidare la gestione degli attori sul territorio per coinvolgerli attivamente in nuove progettualità, orientando e promuovendo sinergie tra le risorse pubbliche e private. Perché affianco al lavoro del Welfare di Stato strutturato a metà del Novecento, si è consolidato un Secondo Welfare, composto da soggetti non pubblici come imprese o organizzazioni, per far fronte alla sempre più evidente crisi della sanità nazionale, in forte difficoltà nell'affrontare problemi emergenti e complessi come la diffusione dei disturbi patologici o l'invecchiamento esponenziale della popolazione.

Nel prossimo paragrafo verrà approfondito il tema della salute rispetto il concetto della **vulnerabilità e della resilienza**; inoltre, verrà analizzata la disposizione dei servizi per evidenziare come la loro organizzazione possa amplificare o soffocare iniziative di cura.

1.3 Quando la città cura

1.3.1

Design e vulnerabilità

Il sentimento della vulnerabilità implica una condizione di assoluta incapacità di resistere, affrontare e superare situazioni di difficoltà. Questa posizione è stata studiata da numerosi campi di ricerca, alcuni esempi includono la vulnerabilità economica, quella politica oppure quella psicologia. Storicamente questo paradigma è emerso nel 1970 dal movimento ambientalista formatosi in quegli anni intorno agli impulsi di organizzazioni a sostegno dell'ambiente come Greenpeace. Il fervore dell'epoca alimentò il propagarsi di idee nuove che iniziarono ad alimentare dibattiti sul futuro del pianeta prima in ambito accademico e poi nella società civile. Divenne presto evidente la necessità di definire uno spazio di ricerca che approfondisse i temi della vulnerabilità. La condizione della vulnerabilità all'interno della disciplina del design è un concetto relativamente recente, introdotto dall'esperta di innovazione sociale e di design dei servizi Carla Cipolla, professoressa associata dell'Università Federale di Rio de Janeiro. Il **termine design** si riferisce ad una parola inglese che si traduce in progetto, che deriva dal latino *proiectum*, participio passato del verbo infinito *proicere*, che **significa proiettare in avanti**. Questa spiegazione etimologica presenta implicitamente quelli che sono gli obiettivi di questa disciplina. Il **design** si avvale di strumenti concettuali e tecnici per **progettare azioni con lo scopo di avere un impatto positivo nel presente e creare la migliore forma possibile di futuro**. La progettazione di servizi raccoglie quelle che sono le esperienze di ricerca di ambiti diversi: dal design dell'interazione al design strategico, dal design dell'esperienza a quello per la sostenibilità. Il contributo del design dei servizi nell'ambito sociale riguarda lo sviluppo di percorsi progettuali focalizzati all'attuazione di pratiche innovative per migliorare la qualità della vita

delle persone per aiutarli a superare momenti di vulnerabilità. Ad esempio la professoressa Cipolla durante la sua attività di ricercatrice ha sviluppato un modello di servizio nuovo chiamato collaborativo. In seguito questo modello venne esplorato ed approfondito con l'esperto italiano di innovazione sociale Ezio Manzini nei primi anni del 2000 e dai loro sforzi congiunti, il concetto di collaborazione applicato alla progettazione, ha guidato la professoressa Cipolla alla formulazione di un nuovo termine: il **servizio relazionale**. Un esempio di servizio relazionale è il progetto "Ospitare uno studente", nato nel 2007 all'interno del Politecnico di Milano e sperimentato nella medesima città. Il progetto è stato sviluppato dalla professoressa Anna Meroni, la cui ricerca si concentra sul design strategico e dei servizi per la sostenibilità, per promuovere l'innovazione sociale, la partecipazione e lo sviluppo locale; insieme al contributo scientifico della professoressa Carla Cipolla. "Ospitare uno studente" è un modello di co-abitazione che mette in relazione persone anziane indipendenti e studenti universitari fuori sede. La soluzione risponde contemporaneamente a due richieste: fornire un servizio per migliorare la qualità della vita delle persone anziane in cerca di compagnia e, allo stesso tempo, garantire agli studenti un'accomodazione ad un prezzo molto basso. Questo servizio non definisce nessuna regola precisa per la convivenza quotidiana. **I ruoli e le regole sono lasciati flessibili proprio per permettere la modifica del servizio per affrontare problemi emergenti inaspettati o situazioni di conflittualità**. Gli studenti hanno solo l'obbligo di fornire compagnia alle persone anziane e rispondere a piccole richieste quotidiane se necessario. Un servizio di questo tipo, che mette in stretta relazione due generazioni molto diverse tra loro, sia nei propri stili di vita che nei propri bisogni, deve chiaramente rimanere progettabile, infatti i **servizi relazionali sono co-progettati e co-prodotti dai partecipanti, sulla base di soluzioni che favoriscano lo sviluppo del servizio**.

“

I servizi relazionali sono particolari tipi di servizi collaborativi nei quali i partecipanti non devono solo essere operativamente attivi e collaborativi, ma anche ben inclini a relazionarsi con gli altri in maniera personale. . . .

... significa progettare per una possibilità che può o non può verificarsi: in termini pratici significa porre una persona davanti ad un'altra progettando una situazione, un servizio o un prodotto che attivi, o almeno, non impedisca, la possibilità di instaurare una relazione.

C. Cipolla

”

Tra i suoi oggetti di ricerca, la professoressa Cipolla ha anche esplorato il concetto di vulnerabilità sociale, inquadrandola all'interno di uno spazio di lavoro nuovo, che permette di affrontare la condizione di vulnerabilità attraverso quelli che lei chiama gli "attivatori", i quali favoriscono la formazione naturale di relazioni interpersonali significative per sostenere e risolvere situazioni di difficoltà. Secondo l'esperta, ogni azione di progetto deve essere proiettata in un contesto fisico locale, perché le caratteristiche del luogo, insieme ad altri fattori come la frequenza, diventano aspetti importanti per la riuscita del progetto, perché influiscono direttamente sul coinvolgimento delle persone e sugli effetti a lungo termine. Per questa ragione è decisivo specificare quelle che sono le caratteristiche del progetto, definendo i seguenti elementi: il **luogo**, descrive le caratteristiche dello spazio; l'**artefatto principale**, un oggetto o una storia per iniziare a supportare esperienze di confronto; la **frequenza di attivazione**, indica l'intensità con cui i partecipanti sono esposti a questa relazione; i **processi intrapersonali e interpersonali**, considerare gli aspetti soggettivi che emergono e valutare i risultati prodotti.

Progettare per la vulnerabilità richiede l'accettazione dell'elemento dell'imprevedibilità, oltre alla mancanza di controllo sul processo e sui risultati finali. Il design diventa la possibilità di stimolare conversazioni per generare azioni di cura che però possono anche non essere totalmente efficaci. La possibilità di instaurare relazioni interpersonali a partire da una situazione di vulnerabilità è condizionata anche da come si prova ad attivare la relazione, quindi che tipo di attivatore viene applicato. Esistono diversi tipi di attivatori: gli **attivatori artificiali e di processo** fanno affidamento ad una progettazione attenta ed esperta di prodotto e di servizio per mediare la collaborazione e le relazioni; un **attivatore narrativo** si basa sulla comunicazione e stimola relazioni interpersonali attraverso l'interpretazione personale di incidenti o eventi, oppure a partire da una struttura narrativa di finzione; mentre un **attivatore di attitudine** ha lo scopo di facilitare l'espressione delle attitudini personali o emotive. Questi attivatori possono essere mescolati tra loro all'interno dello stesso progetto. La condizione di vulnerabilità spiegata all'inizio appare in opposizione a quella di resilienza, perché la resilienza è il processo continuo che porta ad identificare, valutare, fronteggiare e superare una crisi. Nel corso del tempo questo concetto si è evoluto dall'essere un aspetto puramente descrittivo ad uno che denota un maggiore orientamento all'azione: un'impostazione necessaria per poter affrontare le difficoltà che si presentano in ogni aspetto della vita.

Nel prossimo paragrafo verranno messe a confronto due idee diverse di città: a partire dalla formazione dei suoi servizi, fino ad evidenziare quelle che sono le vulnerabilità attuali, verrà presentato un modello nuovo, resiliente, che esiste attraverso anche gli strumenti del digitale, che può promuovere azioni efficaci per il settore sanitario, ma che allo stesso tempo, richiede una visione lungimirante oltre le difficoltà del presente.



1.3.2

Cosa significa prendersi cura

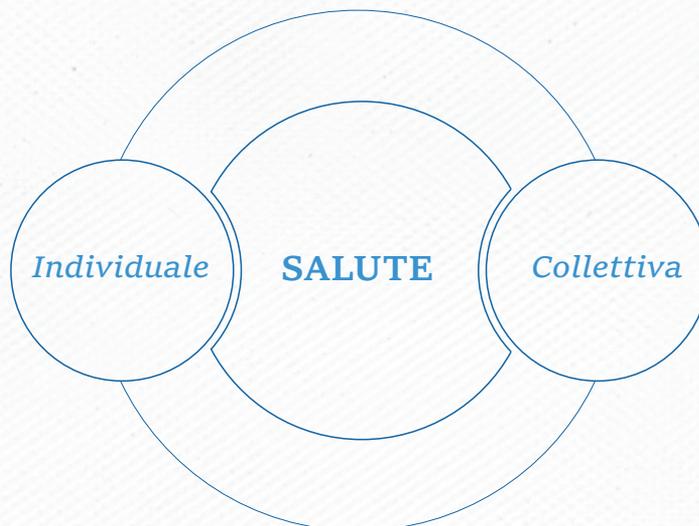
L'esperto di innovazione sociale e design Ezio Manzini sostiene che la cura ha sempre una dimensione fisica che non può fare affidamento solo sul digitale, perchè per avere cura occorre essere in contatto ed implica dunque un senso di vicinanza e reciprocità; inoltre, la cura non è da considerarsi un'azione, ma un'interazione. In altre parole, la cura non deve essere intesa come l'azione di qualcuno verso qualcun altro o verso qualcosa in un momento specifico, ma nei diversi modi che si presenta grazie ad una forza collettiva diffusa nella società. Per questo quando agiamo con attenzione ed empatia verso gli altri, mettiamo in atto delle relazioni di cura. Al contrario di quello che ci spinge a credere il pensiero dominante, la cura non è un fatto individuale da risolvere tra chi ne ha bisogno e chi offre soluzioni. Questo modo di vedere le cose è il risultato di un meccanismo economico che pone la cura al centro di un processo che immagina la società come un insieme di individui sani e produttivi, che devono competere e non hanno tempo da perdere, quindi non hanno tempo e attenzione da dedicare alla cura. Oggi per diversi motivi, la domanda di cura, intesa come farsi carico di qualcuno o qualcosa, sta crescendo e diventando più complessa, mentre sia l'offerta formale sia quella informale sono sempre meno capaci di farvi fronte. Nelle attuali società iper-individualizzate, famiglie, comunità di quartiere si stanno indebolendo e gli individui, dato il modo in cui sono portati a strutturare la loro quotidianità, hanno sempre meno possibilità pratiche di prendersi cura degli altri, anche quando vorrebbero farlo.

Ma che cosa significa esattamente prendersi cura? Secondo Manzini nel linguaggio quotidiano il termine cura rimanda a diversi significati: il primo si riferisce al dedicare attenzione verso qualcuno o qualcosa; il secondo significato è più specifico e riguarda le situazioni in cui l'attenzione diventa farsi carico di qualcuno o qualcosa. Quindi l'attenzione va sulle

pratiche da mettere in atto nei confronti di persone o cose che ne hanno bisogno perché malate, o perché non sono autonome come gli anziani. In questo caso l'interazione di cura richiede un impegno riconoscibile come un vero e proprio lavoro di cura. Infine il terzo significato è sinonimo di terapia che, come dice il vocabolario, "si riferisce al complesso dei mezzi terapeutici e delle prescrizioni mediche che hanno il fine di guarire una malattia".

Le attività che rientrano nel lavoro di cura sono molto diverse, perché alcune possono essere svolte da chiunque sia disposto a farlo, come occuparsi della spesa per qualcuno che è momentaneamente malato; altre possono richiedere molto tempo, attenzione e assunzione di responsabilità, come prendersi cura delle necessità quotidiane di una persona gravemente malata; altre ancora possono richiedere interventi tempestivi da parte di esperti altamente specializzati, come gli interventi chirurgici. In termini generali, queste diverse attività sono caratterizzate da un'insieme di parametri quali: tempo (durata, frequenza, flessibilità); competenze (normali, specifiche, specialistiche); responsabilità (molto bassa, bassa, alta, molto alta). Il lavoro di cura dovrebbe essere caratterizzato e mappato utilizzando parametri di questo tipo.

Attualmente il lavoro di cura coinvolge un insieme di tre risorse principali: operatori sanitari specializzati e professionisti; organizzazioni del terzo settore di beneficenza; comunità di cura come famiglie e quartieri. Tutte queste potenzialità sociali hanno difficoltà a far fronte alla domanda di cura crescente, si tratta quindi di ridefinire i servizi e più in generale di trasformare l'ecosistema della cura per far emergere nuove risorse, che si possono trovare in un coinvolgimento di un maggiore numero di persone, visto che come si è detto, una grande parte del lavoro di cura non richiede competenze tecniche. Il problema però è che tutti i lavori di cura richiedono due componenti fondamentali: il tempo e l'attenzione. Per cui la ridefinizione del sistema di cura che si rende necessaria deve trovare il modo di abilitare alla cura persone con tempo e attenzione limitati; parallelamente deve generare una nuova cultura del tempo e dell'attenzione, quindi della cura.





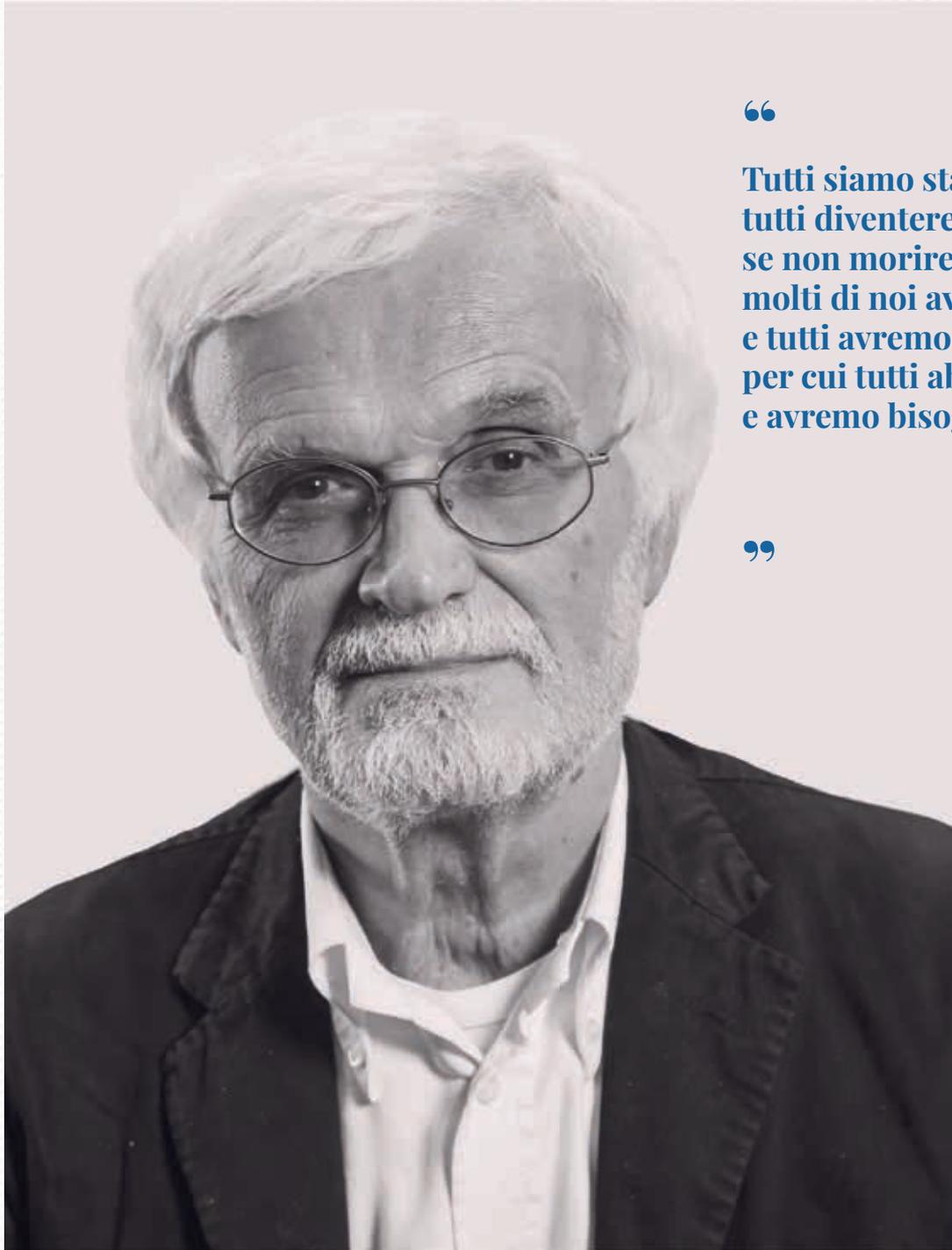
Dedicare attenzione verso qualcuno



Farsi carico di qualcuno



Terapia medica specialistica



“

**Tutti siamo stati bambini,
tutti diventeremo vecchi,
se non moriremo prima,
molti di noi avranno dei figli
e tutti avremo delle malattie,
per cui tutti abbiamo avuto
e avremo bisogno di cura.**

E. Manzini

”

1.3.3

Scenari in competizione

Le città del secolo scorso sono state costruite attorno ad un'idea di efficienza basata sulla **specializzazione territoriale**: alcune zone della città sono state adibite ad aree industriali, alla gestione finanziaria, alla coltivazione, altre ancora ad aree per la formazione degli studenti, quelle dove si concentrano le opportunità culturali e infine quelle dove si torna a dormire. In queste zone si concentra l'offerta, e quindi la domanda, di una specifica tipologia di attività e servizi. Lo stesso approccio è stato esteso a tutte le aree della vita quotidiana dagli ospedali ai luoghi di svago. Il risultato di questa specializzazione territoriale delle attività e dei servizi è stato che le **persone e le merci devono continuare a spostarsi tra una zona specializzata e l'altra**. Il pensiero dominante aveva portato a pensare che la mobilità e il conseguente traffico, l'inquinamento e i danni alla salute andassero bene, ma con la sensibilità ambientale e sociale che nel frattempo si è evoluta, con le nuove possibilità e opportunità offerte dalla tecnologia, **oggi coesistono e si scontrano diverse idee di città e diverse strategie di sviluppo**. Secondo l'esperto di innovazione sociale e sviluppo locale Ezio Manzini, oggi possiamo definire due scenari opposti tra loro: **lo scenario del tutto a/da casa e quello della città delle prossimità**.

La caratteristica principale del primo scenario, la **città del tutto a/da casa**, in termini funzionali è che si continua a considerare la città come una macchina per produrre risultati attraverso tecnologie digitali che si concretizzano in piattaforme di servizi online come che forniscono nuove possibilità per accelerare un processo, quello del digitale, che in Italia rispetto altri paesi è rallentato da un sistema burocratico e tecnologico non all'avanguardia. La **direzione di questo scenario è verso un benessere individuale**, privato, facilmente accessibile, comodo e veloce; quello che questa visione propone è una città **senza aggregazioni**, senza capitale sociale, una grande macchina per il consumo individuale, che offre a chi ne riceve i servizi comodità in cambio di solitudine e che pone in stato di schiavitù coloro che lavorano incessantemente per rendere disponibili prodotti e servizi a casa.

Il secondo scenario, quello della **città delle prossimità**, propone invece una **città relazionale e ibrida**, in contrasto sia con la città delle distanze della modernità del secolo scorso, con la sua prossimità specializzata, sia con quella dello scenario del tutto a/da casa. Questa visione implica un cambiamento di paradigma: dalla città come macchina, alla città come ecosistema. La città delle prossimità offre molte occasioni di incontro, perché una delle sue proprietà è quella relazionale, ovvero la **capacità di generare socialità e momenti di interazione** attorno a dei luoghi. Dall'occasione di iniziare una conversazione e dalla possibilità di immaginare insieme ad altre persone, nascono comunità costruite attorno a delle idee.

1.3.4

La prossimità ibrida

Il sistema del **welfare**, e in generale la concezione di società dei servizi a suo sostegno, si trova attualmente in una **situazione di crisi** perché oggi il modello su cui è stato costruito risulta strutturalmente inadeguato per funzionare efficacemente

La prima grande riforma del welfare di stato nel continente europeo venne compiuta dall'economista inglese William Beveridge che, nel 1942 nell'epicentro della Guerra Mondiale, fu tra i principali autori del rapporto sulle assicurazioni sociali e servizi connessi, che successivamente prese il nome di **"Rapporto Beveridge"**. Questo rapporto circolò in oltre 70.000 copie, diventando largamente popolare nonostante il carattere tecnico del testo. Nel documento, dopo aver presentato i risultati di un'indagine sullo stato dei servizi sociali nel Regno Unito, Beveridge definiva le **premesse teoriche per riforme sociali riguardanti assicurazioni, salari, previdenza e sanità**. Il modello divenne presto un punto di riferimento per la costruzione di politiche e riforme sociali dei paesi europei che si ispirano al lavoro pionieristico di Beveridge.

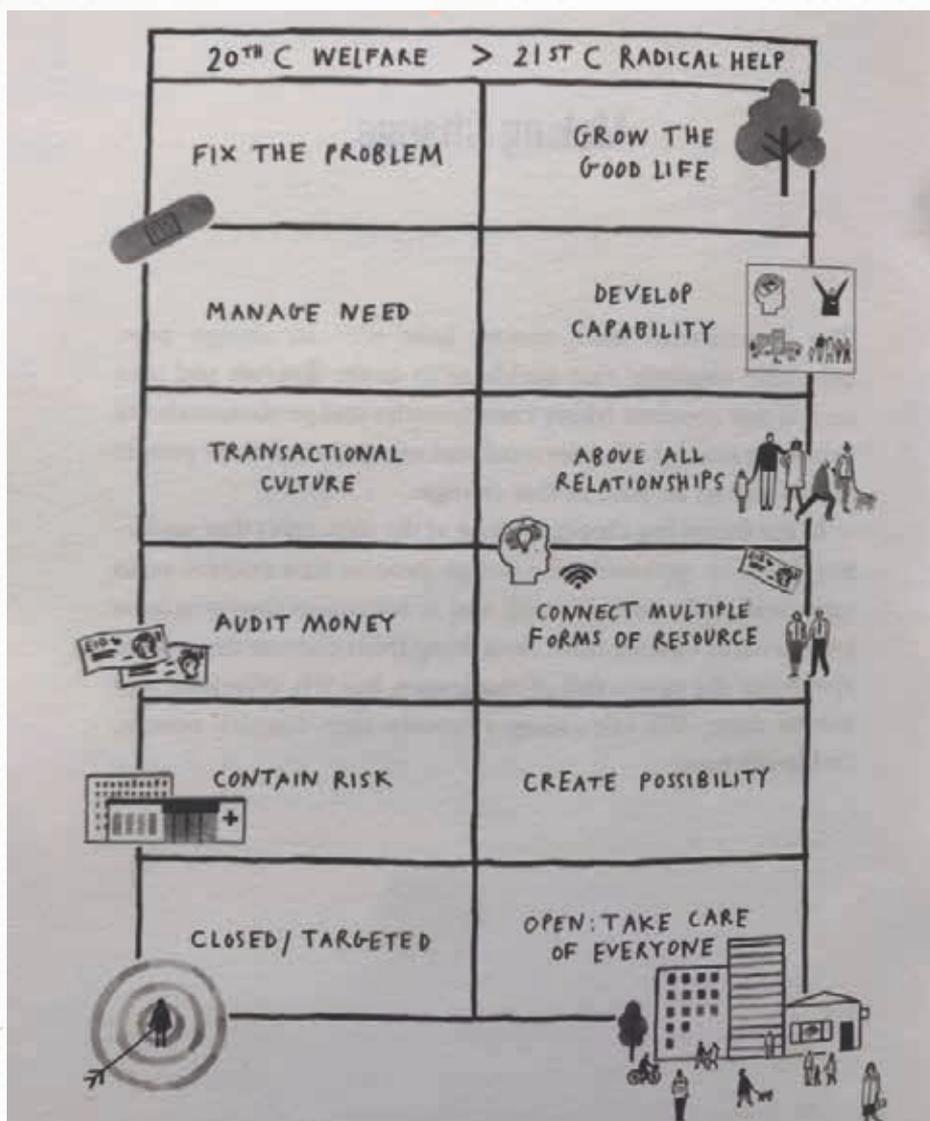
Oggi questo modello è in difficoltà perché deve rispondere a nuove sfide come l'**invecchiamento esponenziale della popolazione e la diffusione capillare di malattie croniche che non erano state previste nel 1942**. Infatti un servizio sanitario strutturato come un sistema centralizzato per la diffusione nazionale di assistenza e di medicine, oggi non può più rispondere efficacemente alle nuove emergenze. Le cause di questa crisi del welfare sono molteplici, ma tra quelle più evidenti vi sono i problemi causati dalla privatizzazione e dai tagli alla spesa pubblica, che hanno portato ad un aumento significativo di disuguaglianze sociali e di genere. Tuttavia, una ragione più profonda della crisi è da ricercarsi proprio nei limiti raggiunti dal modello dei servizi che si è affermato nel periodo successivo alla Seconda Guerra Mondiale, ovvero la concezione dei servizi come specifiche soluzioni individuali a problemi individuali.

L'invecchiamento della popolazione e le sue implicazioni in termini medici e sociali ne è la dimostrazione più palese: **se l'essere anziani viene considerato solo un insieme di problemi da risolvere e malattie da curare, l'aumento della domanda di servizi diventerà tale che non ci potrà essere alcun sistema sociosanitario, così come finora inteso, in grado di farvi fronte.**

Secondo l'esperta di innovazione sociale inglese Hilary Cottam, il lavoro di cura deve partire dalla costruzione di comunità che alimentano le relazioni tra le persone e, in questo senso, il lavoro di cura deve essere ri-orientato al mantenimento di questi legami. Perché il futuro del welfare non si baserà più nell'offrire servizi di cura o sul ricevere prestazioni per essere curati, ma si dovrà anche fondare sull'alimentare queste relazioni di comunità, con l'obiettivo di fare luce su situazioni ai margini della società, per portare al centro del lavoro di cura le persone e sostenere quello che l'esperta definisce come il relational welfare. Hilary Cottam sostiene che una buona vita è composta sempre da quattro aspetti, interdipendenti tra loro, che creano un sistema di nodi dentro il quale l'uomo può coltivare e valorizzare le proprie capacità. Questi nodi sono il lavoro e l'apprendimento, la salute e la vitalità, le relazioni e infine il concetto comunità; l'opportunità che il mondo digitale ci dà di essere in contatto non solo con coloro che sono molto lontani fisicamente, ma anche con coloro che ci sono in prossimità indica un'interessante strategia d'uso della tecnologia: quella di coltivarvi anche e soprattutto relazioni tra vicini per valorizzare sia le capacità individuali sia quelle collettive.

I sistemi digitali di cura possono diventare il **supporto a una nuova tipologia di servizi**, che si basano sull'idea che raramente i problemi sono individuali e che sempre si risolvono meglio collaborando con gli altri. Una tale direzione implica sviluppare una nuova generazione di piattaforme pensate come strumenti per stimolare e supportare incontri nello spazio digitale che portino a incontri in quello fisico; in altre parole strumenti per una prossimità ibrida, che non vadano nella direzione distopica dello scenario del tutto a/da casa, in cui la dimensione della cura e della relazione sono controllata esclusivamente dalla teleassistenza e gestite dalla robotica domestica come sostituzione di attività mediche o sociali da fare in presenza.

In conclusione questo scenario va verso un'altra direzione, quello di una prossimità che propone una visione progettuale in cui le **interazioni digitali generano incontri ed opportunità di confronto nel mondo fisico** fino alla creazione di **comunità ibride**.



1.3 Dal libro Radical Help, H. Cottam

1.4 Conclusioni

Lo sviluppo di questo capitolo è stato costruito sulla base di due domande fondamentali che sono rimaste sottintese nel susseguirsi delle pagine ma senza mai mutare di forma: la loro risposta vuole essere un primo obiettivo progettuale.

La prima domanda che ha mosso le ricerche si interroga su che cosa sia la salute e come è cambiata nel tempo la sua percezione: “cosa significa essere in salute?” Paradossalmente a questa domanda semplice è seguita una risposta complessa. La salute storicamente è sempre stata descritta come l'assenza della malattia in termini fisici; tuttavia, questa definizione così diretta non comprendeva la complessità che caratterizza lo scenario sanitario della società di oggi, perché escludeva tutte le persone che convivono in salute con una disabilità, inoltre, non considerava la diffusione in continuo aumento delle patologie croniche e delle malattie mentali che non erano considerate in passato. Questo scenario ha portato l'O.M.S. a dibattere su questo tema al fine di riscrivere la definizione originaria per una società maggiormente inclusiva: il diritto alla salute è evoluto fino all'idea di includere aspetti sia connessi alle proprie capacità innate di rispondere alle sfide della vita e a quelle dell'ambiente, sia all'equilibrio ecologico del pianeta poiché imprescindibile dalla nostra salute.

Grazie alla visione olistica è stato possibile relazionare queste aree della ricerca sulla salute attraverso una visione integrata, sistemica, che ha permesso di comprendere in maniera più approfondita un quadro concettuale dinamico, complesso, i cui confini sono sfuggenti.

La seconda domanda si interroga su quale sia la funzione della città e il ruolo delle comunità nella pratica della cura: “come la progettazione ad impatto sociale può costruire scenari di cura?” Inizialmente attraverso l'analisi della letteratura specifica è stato esplorato il concetto di vulnerabilità come caratteristica progettuale al fine di trovare le categorie per trattare la dimensione della salute. È decisivo mappare gli aspetti relazionali del progetto come i soggetti, i luoghi, gli attori, i processi per comprendere maggiormente la condizione di malessere che il progetto vuole trasformare. Progettare per la vulnerabilità richiede l'accettazione dell'elemento dell'imprevedibilità, perché non si ha il totale controllo sul processo e sui risultati finali. Il design diventa la possibilità di costruire progettualità per generare processi e azioni di cura.

In questo senso anche la dimensione della città può favorire o interrompere relazioni e scenari di cura: le tecnologie di comunicazione hanno generato la possibilità di una cura del tutto a/da casa che, nonostante i vantaggi iniziali della tele-assistenza, genererebbero un deserto sociale caratterizzato dall'assenza di relazioni sociali fondamentali per la cura. A tal proposito la progettazione della salute deve andare verso una direzione ibrida, che tenga conto sia delle possibilità date dal digitale sia delle pratiche sociali di relazione nel mondo fisico, così da mettere in moto la possibilità di incontri di cura che pur partendo da una dimensione digitale si concretizzino in luoghi fisici.

In conclusione per progettare per una dimensione così complessa come la salute, è necessario adottare un approccio sistemico per costruire una conoscenza profonda del tema e le sue numerose implicazioni; inoltre, alla dimensione teorico-concettuale, è necessario affiancare strumenti pratici di analisi che tengano conto delle possibilità e dei limiti offerti dalla dimensione digitale. Tuttavia in questo capitolo non è stato affrontato un aspetto imprescindibile della salute, ovvero l'anzianità: nel prossimo capitolo verranno approfondite le implicazioni dell'invecchiamento per una comprensione completa del tema della salute.

ONIDREAM

Oniro is a company specialized in individual and dream fatigue, in a world where technology prevents man from making any effort, the only real challenge remains falling asleep. From the need to restore sleep to Humanity is born Onidream, a device for sleeping fatigue and stimulation of conscious dreams.

Are you having trouble falling asleep?

Would you like to remember your dreams clearly?



0.5 ₿



CAPITOLO

2

**Invecchiare: un percorso
naturalmente complesso**

2.1 Anzianità e salute

2.1.2.

Fasi dell'invecchiamento: terza e quarta età

La definizione della vecchiaia dipende in larga misura da parametri spazio-temporali del contesto in cui viene vissuta: nel caso delle società occidentali, culturalmente l'inizio dell'età anziana è situato intorno ai 65 anni, in coincidenza approssimativa con la fine della propria vita lavorativa.

Un effetto della natura normativa della pensione come evento che delimita l'inizio della vecchiaia è che questa soglia rimane stabile mentre l'aspettativa di vita aumenta.

Di conseguenza, il tempo che passa tra la fine degli anni lavorativi e la morte si è allargato come mai nella storia.

Oggi, quando le persone raggiungono la vecchiaia, possono aspettarsi di vivere più a lungo rispetto alle generazioni precedenti: questa estensione ha portato alla divisione della vecchiaia in diversi periodi, etichettati come terza età e quarta età. La differenza fondamentale tra le due fasi è che la prima è legata a una visione positiva, in cui gli individui godono di una salute relativamente buona e sono socialmente integrati; mentre la seconda è associata ad una visione negativa basata sulla dipendenza, un chiaro declino delle capacità fisiche e mentali, e infine la morte. Nonostante le situazioni specifiche, vi è una comune accettazione che la vecchiaia comprende diverse fasi, distinte in termini di partecipazione sociale, stato di salute e bisogni di vita quotidiana. Fino all'età più avanzata e matura, molti anziani vivono senza gravi disabilità fisiche o cognitive che impediscono loro di essere autosufficienti.

2.1.2

Aspetti biologici e sociali

Vecchiaia è il nome dato alla fase finale della vita: il suo significato dipende da una combinazione complessa di fattori biologici e sociali che insieme definiscono chi è considerato una persona anziana. A livello organico, la vecchiaia comporta una serie di cambiamenti biologici legati al declino della capacità funzionali. In senso biologico, l'invecchiamento è un fenomeno irreversibile, inevitabile e universale, perché l'invecchiamento è un processo inerente all'esistenza che non avviene spontaneamente in età avanzata, ma evolve attraverso fasi di crescita, maturazione, declino e infine di morte. Una combinazione di fattori esogeni (situazione socioeconomica o momento storico) e fattori endogeni (abitudini personali e genetica) determinerà la velocità e la forma con cui ogni essere umano vivrà quest'esperienza. Tuttavia, oggi la vecchiaia ha una durata maggiore rispetto al passato, perciò le capacità che gli anziani mostrano durante questo periodo stanno diversificando i profili delle persone anziane e, di conseguenza, la visione che il resto della società aveva di loro. Gradualmente, la percezione che la vecchiaia sia una fase dominata dalla malattia e dalla dipendenza sta svanendo, lasciando il posto a nuove visioni. L'idea che gli anziani siano individui passivi e dipendenti sta venendo gradualmente sostituita dal riconoscimento della loro capacità di gestire la propria realtà quotidiana, prendendo decisioni e avendo un ruolo attivo nella propria vita e nella comunità. La vecchiaia viene inoltre definita meno dall'età anagrafica, piuttosto dai cambiamenti che avvengono nella vita di una persona, come andare in pensione dal lavoro o diventare vedovo: anche se è stata tradizionalmente vista come un periodo di stabilità, la vecchiaia è in realtà un periodo di costante cambiamento e rinegoziazione della propria identità. Nonostante le nuove condizioni di salute, esiste una certa discordia tra le immagini che la società associa a loro e l'eterogeneità dei profili effettivi degli individui anziani.



2.1 Un nuovo punto di vista

2.2.1

Dal pregiudizio ad una visione positiva

Il numero crescente di persone anziane e la diminuzione della popolazione in età lavorativa hanno dato origine ad un dibattito che mette in discussione la sostenibilità economica delle società che stanno invecchiando. L'idea dell'invecchiamento demografico come ostacolo al progresso ha permeato l'immaginario sociale alimentando lo stigma della dipendenza economica e sociale degli anziani. Inoltre, le interpretazioni negative delle conseguenze strutturali del cambiamento demografico e gli stereotipi che ne derivano si sono reciprocamente rafforzati. Questo scenario negativo influisce non solo sulla visione che gli anziani hanno di se stessi, ma anche sulle opinioni di altri gruppi sociali sulla popolazione anziana: lo stigma della dipendenza e dell'inattività hanno generato stereotipi che concepiscono la popolazione anziana come individui incapaci di prendere le proprie decisioni, che richiedono costantemente assistenza e rappresentano (o rappresenteranno) un onere per la società, le istituzioni e le famiglie. La vecchiaia e la dipendenza sono equivalenti, a tal punto da essere spesso usate quasi come sinonimi.

La stigmatizzazione della vecchiaia come periodo di declino e di malattia nelle società post-industriali, che celebrano i giovani come un valore produttivo, ha anche causato che le persone oltre i 65 anni di età si sentono a disagio con questa etichetta e tentano di dissociarsi da essa: considerare l'età come un problema genera situazioni di disagio che non sono sempre esplicite, perché gli stereotipi influenzano il modo in cui gli individui vedono se stessi. Come reazione alla stigmatizzazione della vecchiaia, nella seconda metà del XX secolo sono emersi nuovi approcci per invertire lo stereotipo negativo degli anziani, a sostegno del fatto che questa visione era solo un riflesso parziale della realtà. I concetti emersi dall'ambito della gerontologia, come l'invecchiamento di successo, l'invecchiamento attivo, l'invecchiamento ottimale e invecchiamento sano o l'Invecchiamento produttivo, sono tra le proposte che hanno contribuito allo sviluppo di questo nuovo paradigma che, alla fine, cerca di riconoscere e sottolineare gli aspetti positivi dell'invecchiamento e il potenziale latente di questi gruppi di popolazione, con l'obiettivo di ottenere una visione più ampia e realistica della vecchiaia e degli anziani. L'invecchiamento di successo, emerso dalla psicologia gerontologica e spesso applicato in sociologia, è stata la prima proposta minimamente strutturata volta a identificare i fattori

che portano ad una vecchiaia soddisfacente in termini di benessere fisico, cognitivo e sociale. Questa proposta inverte il significato negativo dell'invecchiamento, sostenendo che la vecchiaia potrebbe anche significare una fase di conquista individuale se vi è un adeguato equilibrio tra i guadagni e le perdite che un individuo prova in questa fase della vita. Questo primo quadro concettuale proponeva che l'idea di invecchiamento soddisfacente dovesse essere disconnessa dalla connotazione materialistica di "successo" tipica delle società post-industriali, che tendono a pensarlo in termini puramente economici. Ci sono casi in cui le persone anziane con risorse economiche sufficienti per affrontare i bisogni materiali della vecchiaia, soffrono per l'invecchiamento in senso psicologico, una situazione che impedisce l'affermazione di sé. A causa della sua componente soggettiva, non esiste un modo universale per invecchiare con successo e il percorso per raggiungerlo dipende dalle circostanze di ogni individuo.

2.2.2.

L'invecchiamento attivo

Dall'apparizione del paradigma dell'invecchiamento positivo, l'invecchiamento attivo è stato usato come sinonimo degli altri costrutti simili. Tuttavia, la recente e rapida espansione di questo concetto è dovuta all'introduzione di un nuovo elemento nello sviluppo del paradigma dell'invecchiamento positivo: la sua natura pratica. In altre parole, il contributo primario dell'invecchiamento attivo al paradigma dell'invecchiamento positivo è la sua intenzione esplicita di trasformare le premesse teoriche in soluzioni strutturali. L'invecchiamento attivo concepisce il cambiamento demografico come un'opportunità piuttosto che un ostacolo, alludendo al potenziale della popolazione anziana come agente sociale.

L'origine del paradigma noto oggi come invecchiamento attivo può essere fatta risalire alla teoria dell'attività, che propone la continuazione in età avanzata dell'attività fisica, psicologica e sociale mostrata nelle prime fasi della vita come il percorso per raggiungere una vecchiaia soddisfacente. Come è successo con l'invecchiamento di successo,

i confini che definiscono questo concetto sono piuttosto diffusi, perché i suoi usi oscillano tra le applicazioni politiche (componente normativa) e le applicazioni scientifiche (componente descrittiva-esplicativa).

Per quanto riguarda la salute, l'invecchiamento attivo propone che le misure adottate in questo campo debbano promuovere l'autonomia e l'indipendenza degli anziani, allungare il più possibile le loro condizioni ottimali di vita e presupporre che ciò comporterà riduzioni dei costi per i sistemi di sanità pubblica. Secondo il quadro politico per l'invecchiamento attivo, il secondo pilastro è la partecipazione, che incoraggia gli anziani a impegnarsi in settori quali l'occupazione, politica, istruzione o cultura, aumentando così il loro contributo alla società. Per quanto riguarda il terzo pilastro, sicurezza, l'invecchiamento attivo deve garantire la protezione, dignità e cura in età avanzata. In sintesi, le azioni necessarie per promuovere questo nuovo paradigma ad ogni livello sono le seguenti:

Livello politico (macrolivello): combattere la discriminazione basata sull'età; trasferire risorse dalla medicina curativa a quella preventiva; investire in nuove tecnologie che sostengono la vita indipendente e in ambienti che favoriscono l'invecchiamento e l'apprendimento permanente.

Livello organizzativo (mediolivello): Adottare politiche di gestione che prevengano la discriminazione basata sull'età; garantire che la formazione sia disponibile per tutte le fasce di età; rendere la pensione più flessibile.

Livello individuale (microlivello): Assumersi la responsabilità della propria salute e delle proprie capacità per tutto il corso della vita; impegnarsi in attività che contribuiscono alla salute fisica e mentale.

In questa prospettiva, "attivo" allude non solo alla produttività economica degli anziani, ma ad una dimensione più ampia e complessa che include la loro partecipazione sociale come meccanismo per ottenere benessere per se stessi, per le loro famiglie e per la società in cui vivono; la diffusione di politiche attive per l'inserimento degli anziani, infine l'attenzione alla propria cura. Perché sebbene l'uso del livello politico abbia avuto una maggiore diffusione, se vogliamo avere una piena comprensione non possiamo dimenticare il significato dell'invecchiamento attivo a livello individuale. Gli aspetti relativi al proprio comportamento, insieme a quelli psicologici, sono fondamentali per le conseguenze positive del processo di invecchiamento perché determinano il raggiungimento di una vecchiaia soddisfacente.

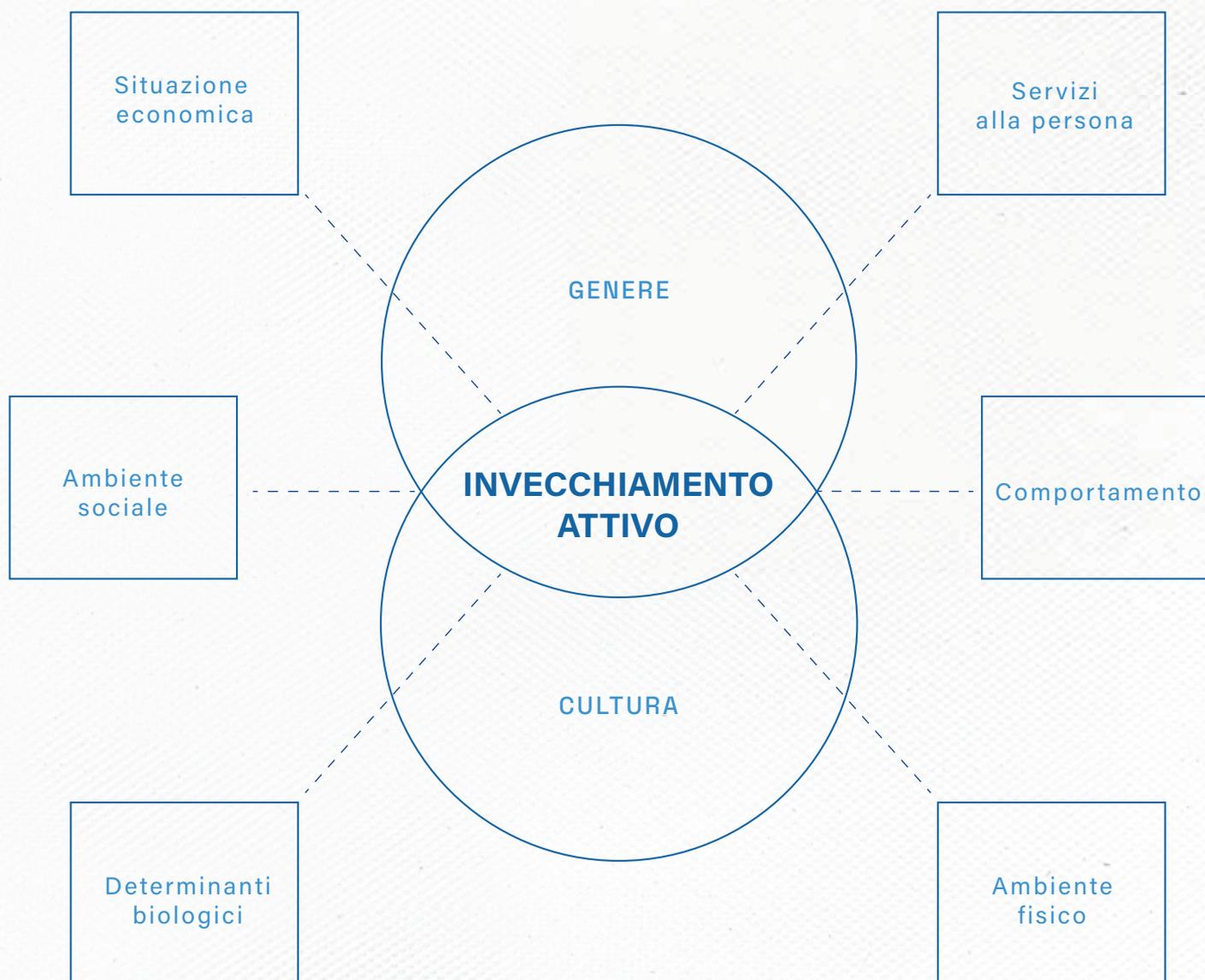
Come mostrato in maniera riassuntiva nello schema creato dall'OMS, i fattori determinanti dell'invecchiamento attivo provengono da due piani: **individuale** (elementi comportamentali e personali) e **strutturale** (elementi economici e sociali, servizi sanitari e sociali e ambiente fisico). Inoltre, ci sono due **fattori sociali** che determinano come questi elementi influenzano l'invecchiamento attivo: **il genere e la cultura**. Per quanto riguarda la cultura, le tradizioni, i valori, le situazioni di vita e le relazioni familiari, le abitudini alimentari o igieniche, il tipo di edifici, sono solo alcuni degli esempi di aspetti che variano in base alla cultura o al gruppo etnico. Lo stesso accade con i ruoli di genere che modellano i comportamenti e le occasioni sperimentati dai diversi generi.

La popolarità dell'invecchiamento attivo è dovuta all'entusiasmo con cui le istituzioni pubbliche l'hanno promosso, ma una certa idealizzazione dell'invecchiamento può essere controproducente e persino opprimente per i gruppi di anziani se una visione ottimistica indotta dall'invecchiamento ignora le reali condizioni degli anziani che evidentemente non sempre sono positive. È quindi necessario essere consapevoli della diversità delle condizioni degli anziani, sia positive che negative, presumendo che non tutti gli individui abbiano le stesse opportunità o limitazioni per l'integrazione sociale e la partecipazione.

“

L'invecchiamento attivo è il processo di ottimizzazione delle opportunità per la salute, la partecipazione e la sicurezza al fine di migliorare la qualità della vita.

”



2.2.3.

La diffusione in Europa

Le prime conferenze che sostenevano la visione positiva dell'invecchiamento basata sull'attività risalgono agli anni '60 nel contesto accademico nordamericano; tuttavia, l'espansione dell'invecchiamento attivo non è iniziata fino agli anni '90, quando le campagne di alcune organizzazioni internazionali hanno utilizzato il concetto di "attivo" come indicatore di una vecchiaia sana. Un primo passo è stata la celebrazione dell'anno internazionale degli anziani, organizzata dall'OMS nel 1999, con l'obiettivo di promuovere società inclusive per tutte le età, avvertendo il rischio di esclusione per gli anziani. Ma l'impulso definitivo alla diffusione del l'invecchiamento attivo in Europa si è verificato nel 2002 con la celebrazione della Seconda Assemblea Mondiale delle Nazioni Unite sull'invecchiamento. L'obiettivo è stato quello di programmare una nuova agenda politica che servisse a gestire il cambiamento demografico, in particolare per quanto riguarda la riforma delle pensioni. **L'invecchiamento attivo è diventato da questo momento la pietra angolare delle politiche europee incentrate sull'invecchiamento.** Nel tempo l'Europa ha dimostrato di essere il contesto in cui questo paradigma ha avuto il maggior sostegno istituzionale.

La Commissione Europea ha implementato una tabella di marcia che adotta l'invecchiamento attivo come principio base, promuovendolo attraverso iniziative come la dichiarazione dell'anno 2012 come "Anno Europeo dell'Invecchiamento Attivo e della Solidarietà tra le Generazioni". D'altro canto, le conferenze e i gruppi di lavoro hanno stabilito linee d'azione prioritarie che guardano al futuro con l'obiettivo di tradurre in pratica le premesse del l'invecchiamento attivo, indirizzandole verso tre settori principali.

La prima linea è la sfera dell'occupazione: l'UE ha invitato gli Stati membri a stimolare la creazione di opportunità che consentano ai lavoratori anziani di continuare nel mercato del lavoro per più anni.

La seconda linea riguarda la partecipazione sociale dopo il pensionamento, riconoscendo il ruolo che gli anziani svolgono come assistenti, sia nell'ambiente familiare che nel volontariato; la UE ha chiesto un maggiore riconoscimento di questi compiti non retribuiti, nonché la creazione delle condizioni necessarie per la loro continuazione.

La terza linea essenziale per lo sviluppo delle politiche relative all'invecchiamento attivo è la necessità di garantire opportunità di vita indipendenti in modo che gli individui possano gestire le loro attività quotidiane il più a lungo possibile.





2.1 Street photographer Balbuena - "Benybeach"

2.3 Demografia e sviluppi futuri

La raccolta di dati sulla popolazione anziana in Europa ha subito una profonda trasformazione negli ultimi tre decenni. L'invecchiamento demografico del continente europeo ha svolto un ruolo catalizzatore nella realizzazione di nuove indagini, il che ha notevolmente aumentato la quantità di informazioni disponibili sulla popolazione anziana. Le nuove indagini riconoscono l'importanza della dimensione temporale nella spiegazione dei fenomeni sociali. Questo è il motivo per cui la raccolta di informazioni ha spesso seguito un disegno longitudinale che traccia i cambiamenti degli individui durante un periodo di tempo stabilito.

In questo paragrafo analizzeremo una serie di proiezioni statistiche sulla demografia in Europa per riflettere, su una base di dati autorevole, le possibili implicazioni sociali che riguardano l'invecchiamento nel continente europeo in un arco temporale a medio-lungo termine, per immaginare gli scenari futuri rispetto al tema dell'invecchiamento indipendente. Questa visione permette di comprendere maggiormente il presente attraverso il pensiero speculativo rivolto al futuro, al fine di identificare come la società potrebbe evolvere "domani". Pensare in maniera critica al futuro è un esercizio importante per fare luce e lavorare con maggiore concretezza sulle sfide del presente.

L'indagine statistica condotta dall'Eurostat, che analizza l'evoluzione dell'invecchiamento della popolazione europea fino al 2100, ci restituisce l'immagine di quella che sarà la possibile struttura della popolazione: la società nel futuro sarà composta prevalentemente da persone anziane sopra i 70 anni, quindi emerge la necessità di pensare oggi a nuove strategie di cura per il

futuro della nostra società. È importante precisare che in questo documento si parla di stime che vengono basate su proiezioni demografiche risultanti dall'applicazione di una serie di ipotesi sugli sviluppi futuri di fertilità, mortalità e migrazione netta. Tali proiezioni ci mostrano quanto accadrebbe alla struttura della popolazione se l'insieme delle ipotesi fosse mantenuto costante sull'intero orizzonte temporale considerato. In altre parole, i cosiddetti scenari "what if", ma al fine del nostro lavoro immaginare che queste ipotesi siano corrette risulta un'operazione significativa per disegnare soluzioni per questo futuro.

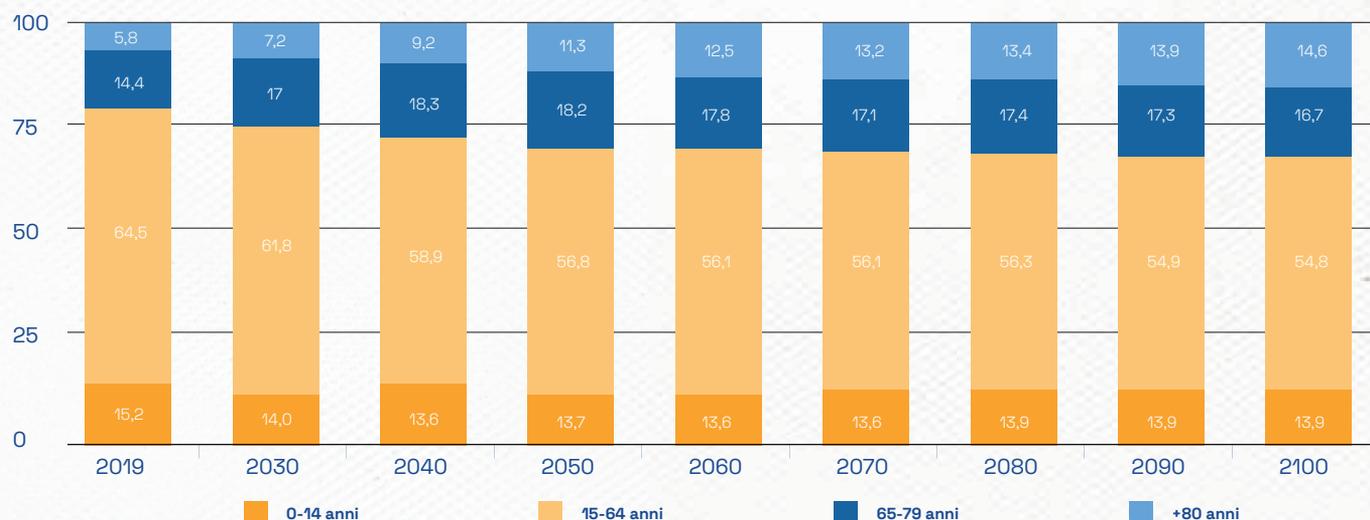
Il contesto d'uso di queste proiezioni demografiche di Eurostat è il loro utilizzo dalla Commissione Europea per una serie di politiche di rilievo, in particolare in campo sociale ed economico, per pianificare interventi, monitorare e valutare programmi: ad esempio, l'invecchiamento della popolazione e i suoi possibili effetti sulla sostenibilità delle finanze pubbliche e delle prestazioni sociali, o l'impatto economico e sociale del cambiamento demografico.

La popolazione in Europa il 1° Gennaio del 2019 era di 446.8 milioni di persone, di cui il 20.20% erano anziani con un'età superiore o uguale ai 65 anni, mentre quelli che superavano gli 80 anni erano il 5.80%. Approfondendo questi macro-dati, possiamo osservare che l'Italia era ed è tuttora oggi il paese più vecchio, dell'UE, poiché con i suoi 59.07 milioni di abitanti, il 22.9% del totale sono anziani e l'età mediana si aggira a 46.7 anni; conseguentemente, l'Italia presenta la percentuale più bassa di giovani con appena il 13.2% del totale. In

questa analisi statistica è stato usato l'indice di dipendenza degli anziani, che serve per studiare il livello di sostegno fornito dalla popolazione in età lavorativa agli anziani; in altre parole, l'indice confronta il numero di persone anziane di un paese ad un'età dove sono generalmente economicamente inattive (+65 anni), mettendole a confronto con il numero di persone in età lavorativa (15-64 anni). Nel 2019 la media europea era del 31.4%, ovvero vi erano poco più di tre persone in età lavorativa per ogni persona di età pari o superiore ai 65 anni. Prendendo come esempio l'Italia, il paese più vecchio dell'Unione Europea, l'indice era 35.7%; invece in Irlanda, il paese più giovane dell'UE, osserviamo che nel 2019 il suo indice di dipendenza degli anziani era di appena il 21.6%, questo significa quasi cinque persone in età lavorativa per ogni persona che non lavora.

L'invecchiamento della popolazione è una tendenza a lungo termine che è iniziata alcuni decenni fa in Europa. Tale tendenza è evidente nelle trasformazioni della struttura della popolazione per classi di età e si riflette nella quota crescente delle persone anziane in combinazione con la diminuzione delle persone in età lavorativa rispetto alla popolazione totale. La piramide illustra la distribuzione della popolazione in base al genere e a classi di età di cinque anni. Ogni colonna indica la percentuale di quel determinato genere e di quella determinata classe di età nella popolazione totale (uomini e donne insieme). Al 1° gennaio 2019 la piramide delle età dell'UE-27, partendo da una base stretta, assume un contorno romboidale per la presenza delle generazioni nate dopo la seconda guerra mondiale, anni

Struttura della popolazione per fasce di età maggiori, EU 2019-2100 (% del totale della popolazione)



in cui diversi paesi europei hanno registrato elevati tassi di fecondità con fenomeno conosciuto come “baby boom”. L’incremento del numero dei pensionati è imputabile alle generazioni del baby boom, come emerge dal confronto con la piramide delle età del 2004. Nella piramide delle età, la parte più consistente della popolazione, corrispondente alle generazioni del baby boom, si sta spostando verso la parte alta, mentre la base si riduce e diminuisce il numero di persone in età lavorativa. La crescita della quota relativa di persone anziane può essere spiegata anche dalla maggiore longevità: tale andamento è evidente da diversi decenni, come testimoniato dall’aumento dell’aspettativa di vita. Spesso questo fenomeno viene denominato “invecchiamento al vertice” della piramide delle età. Anche i livelli costantemente bassi di fecondità contribuiscono da molti anni all’invecchiamento della popolazione e la riduzione delle nascite ha determinato un declino della percentuale di giovani nella popolazione totale. Questo processo, conosciuto come “invecchiamento

alla base” della piramide delle età, si può osservare nel restringimento della base delle piramidi delle età dell’UE-27 tra il 2004 e il 2019.

Nel tentativo di analizzare le tendenze future dell’invecchiamento della popolazione, sono state realizzate le ultime serie di proiezioni demografiche di Eurostat che riguardano il periodo dal 2019 al 2100. Secondo le proiezioni, la popolazione dell’UE-27 crescerà fino a raggiungere un picco di 449,3 milioni attorno al 2026, per poi scendere progressivamente a 416,1 milioni entro il 2100. Dal confronto delle piramidi delle età del 2019 e del 2100 emerge che la popolazione dell’UE-27 continuerà a invecchiare. Nei prossimi decenni il numero di anziani aumenterà notevolmente. Entro il 2100 la piramide assumerà una forma sempre più simile a una colonna, restringendosi considerevolmente al centro (attorno alle età comprese tra 45 e 54 anni). Un altro aspetto dell’invecchiamento della popolazione è costituito dall’invecchiamento progressivo della stessa popolazione anziana, dal momento che in termini relativi la

quota delle persone molto anziane sta crescendo più rapidamente di qualsiasi altra fascia di età della popolazione dell’UE-27. Secondo le proiezioni la percentuale delle persone di 80 anni e più nella popolazione dell’UE-27 sarà 2,5 volte superiore nel 2100 rispetto al 2019, passando dal 5,8 % al 14,6 %. Nel periodo compreso tra il 2019 e il 2100, si prevede che la quota della popolazione in età lavorativa continuerà a ridursi, mentre gli anziani rappresenteranno probabilmente una quota crescente della popolazione totale: entro il 2100 le persone di età pari o superiore ai 65 anni costituiranno il 31,3 % della popolazione dell’UE-27, rispetto al 20,2 % nel 2019. A causa della diversa distribuzione della popolazione tra le diverse classi di età, l’indice di dipendenza degli anziani nell’UE-27 dovrebbe, secondo le previsioni, quasi raddoppiare, passando dal 31,4 % nel 2019 al 57,1 % entro il 2100.

Queste riflessioni su dati quantitativi sono un’opportunità per pensare alle possibili evoluzioni del nostro presente attraverso uno sguardo attento verso il futuro.

UNIONE EUROPEA 2019

446.8 milioni di persone

Media Europea

Percentuale giovani

15,2%



Irlanda

Percentuale più
alta di giovani

20,5%

Italia

Percentuale più
bassa di giovani

13,2%

Età mediana 46,7 anni

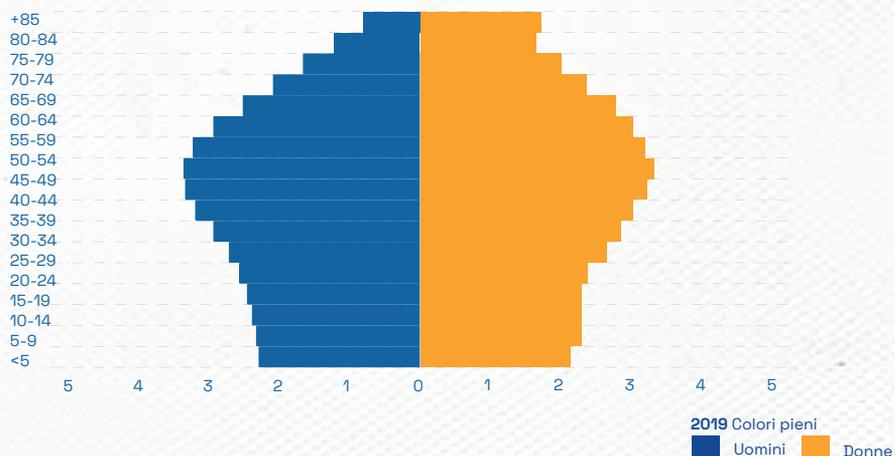
UE - 2019

20.2%

+65 anni

5.8%

+80 anni



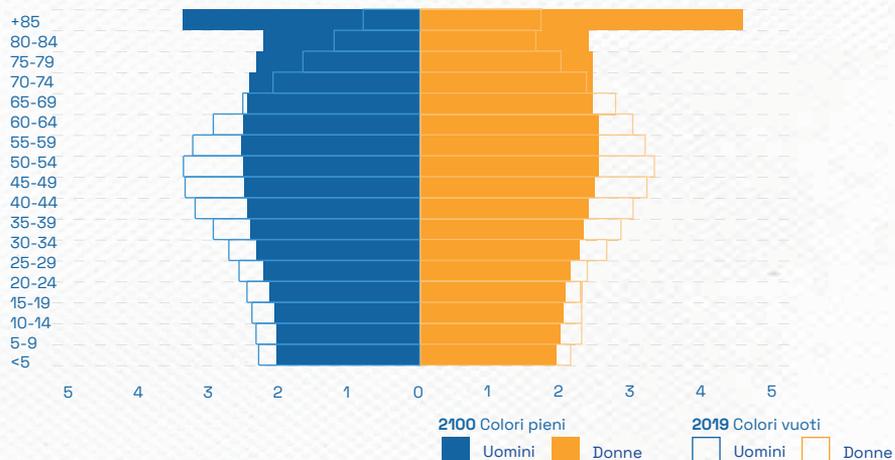
UE - 2100

31.3%

+65 anni

14.6%

+80 anni



INDICE DI DIPENDENZA DEGLI ANZIANI

L'indice di dipendenza degli anziani è il rapporto tra il numero di anziani in un'età in cui sono generalmente economicamente inattivi (65 anni e oltre), rispetto al numero di persone in età lavorativa (15-64 anni).

UE - 2019

31,4%

UE - 2100

57,1%

2.4 Sviluppo delle capacità

Secondo l'economista Robin Murray, esperto di sviluppo economico locale, stanno emergendo nuovi approcci ai margini della società che lui definisce come l'ascesa di una nuova economia sociale. Le caratteristiche principali di questi nuovi approcci alla cura, all'educazione, al cibo, all'energia sono l'ampio utilizzo di sistemi distribuiti, che danno enfasi alla collaborazione e al forte ruolo dei valori condivisi all'interno della nostra società, che secondo Murray si divide in quattro insiemi: lo stato, le attività economiche, la proprietà privata e le comunità; l'economia che scaturisce dai servizi collaborativi aiuta a costruire comunità di valore alimentando le capacità di ciascuna persona.

Lo sviluppo economico locale mira a rafforzare a lungo termine l'economia di una comunità, per far fronte al rapporto concorrenziale del mercato globalizzato, promuovendo una crescita sostenibile e adeguata alle risorse del luogo, attraverso un rafforzamento delle azioni del governo a livello locale e regionale, per creare fonti di reddito e di occupazione per tutte le fasce sociali in modo tale da sviluppare le capacità sia del singolo individuo sia della collettività locale. Specificatamente, lo studio delle capacità è un argomento di ricerca con un apporto metodologico multidisciplinare, che lavora su fenomeni complessi come la lotta alle disuguaglianze sociali. Uno dei massimi esperti in questo campo è l'economista Indiano Amartya Sen che nel 1998 vinse il premio Nobel per l'economia grazie ai suoi contributi sull'economia del benessere. Amartya Sen osservò nella sua teoria della valutazione della disuguaglianza che quando misuriamo il vantaggio o lo svantaggio, tendiamo sempre a misurarli in termini di beni primari qualitativi, quali reddito, ricchezza, diritti, libertà, opportunità, stima di sé e tutti i disaccordi si basano in quale spazio dobbiamo misurare queste qualità. Sen propose di muoversi dall'uguaglianza del reddito verso l'uguaglianza delle opportunità e questo ha l'effetto di: "orientare la direzione dell'analisi dell'uguaglianza e della giustizia verso la libertà goduta, anziché mantenerla confinata ai risultati acquisiti", Amartya Sen.

Nella valutazione basata sulle capacità, le situazioni individuali non devono essere giudicate sulla base delle risorse o dei beni primari che ciascuno possiede, ma sulla base della libertà effettivamente goduta di scegliere la vita che si ha motivo di apprezzare. Le capacità, infatti, esprimono le libertà di un individuo mentre i beni primari (o altri spazi valutativi simili come le risorse) sono gli strumenti per acquisire tali libertà. I due concetti non sono e non debbono essere considerati analoghi, poiché tra i due esiste una sostanziale differenza.

Si considerino due persone A e B: la persona A ha un reddito leggermente inferiore di quello di B. Ma B soffre di disturbi renali e usa una apparecchiatura per dialisi che gli costa moltissimo, e ha anche una vita più misera della persona A. Chi è più povero dei due? La persona A perché ha un reddito più basso o la persona B perché il suo insieme di capacità è più piccolo? Tale approccio pone l'accento in modo forte sulla categoria del bisogno: è necessario analizzare se una persona ha le capacità fondamentali per trasformare i beni in soddisfazione dei bisogni. I beni servono quali strumenti, peraltro non univoci, per soddisfare bisogni. Abbandonando la categoria del bisogno si è trascurata la diversità tra gli esseri umani e il fatto che gli stessi beni soddisfano bisogni in maniera differente, per la variabilità dei rapporti di conversione dei beni in soddisfazioni di bisogni, e, in ultima analisi, in capacità fondamentali e in libertà. Sen reintroduce la categoria del bisogno tra le variabili fondamentali della teoria economica e facendo questo riumanizza l'atto economico.

Il concetto che Sen ha dello sviluppo è certamente più ricco rispetto a quello dominante in economia, in particolare perché il suo approccio contiene in sé un elemento di relazionalità. Se il benessere non si misura dai beni primari, dalle risorse possedute, dall'utilità, ma dalle capacità e in ultima analisi dalla libertà, che Sen divide in cinque grandi aree: politica, economica, sociale, garanzie di trasparenza, protezione e sicurezza; allora, occorrerà ripensare il concetto di benessere, attraverso un nuovo criterio, non più basato sulla produttività, ma sulla capacità delle persone di poter trasformare i beni in gratificazione. Sebbene il reddito sia importante, non è l'unica libertà di cui l'uomo ha bisogno per realizzarsi.

2.5 Conclusioni

I fattori che influenzano l'esperienza universale dell'invecchiamento sono molteplici e possono essere riassunti in due categorie per semplificare questo argomento: la prima categoria comprende tutti gli elementi interni all'individuo, dagli aspetti biologici e genetici, fino al proprio comportamento; mentre la seconda categoria abbraccia gli elementi esterni alla persona, che esistono e si manifestano fuori l'organismo direttamente nell'ambiente naturale e sociale. Questa macro divisione vuole essere un primo tentativo di schematizzazione per comprendere questo fenomeno complesso e dinamico. Se le previsioni sul futuro demografico europeo fossero corrette, la società del domani sarà caratterizzata prevalentemente da persone anziane, per questo motivo negli ultimi decenni sono state sviluppate prospettive concettuali al fine di trasformare la visione negativa nei confronti della popolazione anziana.

Infatti l'idea dell'invecchiamento è stata protagonista di una trasformazione culturale: inizialmente fino agli anni '90 la condizione di anzianità era associata al concetto di dipendenza, a tal punto da diventarne quasi un sinonimo. Questo aspetto sociale provocò la diffusione dello stigma e una visione negativa della vecchiaia e del processo dell'invecchiamento. La risposta a questo fenomeno fu la costruzione di teorie e strategie politiche per una maggiore integrazione e partecipazione sociale: queste politiche rientrano in quello che è stato definito un nuovo paradigma, vale a dire l'invecchiamento attivo.

Questa dimensione è stata sviluppata anche rispetto al tema dell'allungamento delle prospettive di vita e l'inizio della pensione: il miglioramento delle condizioni di salute e il prolungamento delle aspettative di vita, unito al fatto che la soglia pensionistica è rimasta invariata a 65 anni, ha generato un contesto nel quale le persone, in particolare in Europa, vivono più tempo senza lavorare rispetto le generazioni precedenti presentando però buone condizioni di salute. Da questo presupposto l'età anziana è stata divisa in due fasce distinte, definite con i termini terza e quarta età, dove nella prima le persone presentano condizioni di salute stabili e un buon grado di autonomia, mentre la seconda è caratterizzata inesorabilmente dal declino delle funzioni fisiche e biologiche.

L'invecchiamento attivo è un quadro teorico-pratico che non distingue nella letteratura di riferimento azioni per la terza età o la quarta età, nonostante questo, al fine di questa tesi, si è deciso di fare luce solo sulla terza età, per indagare progettualmente come migliorare questa fase della vita, caratterizzata da un maggiore livello di tempo libero e condizioni di salute relativamente stabili. Tuttavia questo

periodo presenta numerose sfide sia a livello individuale sia progettuale, perché generalmente è un momento di cambiamenti strutturali nella vita di una persona a causa della fine della carriera lavorativa oppure dai figli che vanno via di casa, quindi è necessaria una rinegoziazione con se stessi e con la propria vita.

Grazie al paradigma dell'invecchiamento attivo, l'essere anziani non è più associato ad una condizione di assoluta dipendenza, infatti nel prossimo capitolo approfondiremo questo tema attraverso la lente dell'invecchiamento indipendente, un fenomeno sociale diffuso che si presenta come la naturale conseguenza delle migliori condizioni di salute della popolazione anziana.

CAPITOLO

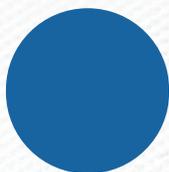
3

Invecchiamento indipendente

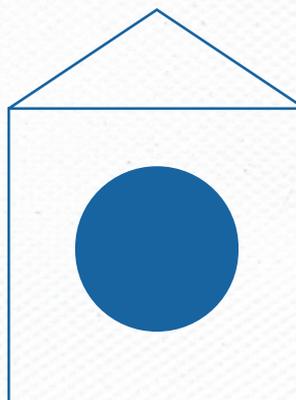
3.1 Primo tentativo di inquadramento

L'espansione del paradigma dell'invecchiamento attivo ha generato una nuova pratica tra le persone anziane con condizioni di salute stabili che consiste nell'invecchiare autonomamente in casa propria. Questo scenario non può essere compreso senza la dimensione pratica introdotta dall'idea dell'invecchiamento attivo, perchè da questa idea eredita sia un approccio ottimistico all'esperienza dell'invecchiamento, sia la dualità teorico-pratica. Tuttavia non esiste un'unica definizione che stabilisca i confini di ricerca, né un corpus teorico che possa sistematizzare il suo uso. Parte di questa confusione concettuale deriva dalla natura multidimensionale del processo di invecchiamento e dalla conseguente frammentazione del suo corpo di ricerca: le dimensioni che configurano l'esperienza di vita indipendente variano dal micro, ovvero gli individui, al macro con i diversi livelli che "ambiente". Anche gli approcci utilizzati per svelare il suo significato sono stati diversi: contributi eccezionali sono apparsi nei campi della gerontologia, sociologia, geografia, economia, o psicologia che, tuttavia, manca uno schema unitario che alleggerisca e colleghi i risultati di ciascun settore scientifico. L'invecchiamento indipendente potrebbe essere spiegato unicamente utilizzando una lente olistica che colmi le lacune e faciliti la creazione di uno spazio interdisciplinare per la riflessione comune. A tal fine è essenziale adottare una prospettiva integrata basata sull'interdipendenza degli elementi che compongono il processo di invecchiamento: l'individuo e l'ambiente. Inoltre, ciò che viene esplicitamente definito come "Invecchiamento indipendente" si basa sul concetto che per garantire la continuazione della vita indipendente, gli individui possano contare anche su alcuni aiuti esterni in aspetti che richiedono una certa assistenza, normalmente associati al declino della salute. Pertanto, l'idea di "indipendenza" associata all'invecchiamento in atto è l'esistenza di meccanismi complementari di sostegno che consentono di metterla in pratica.

Gli elementi da esplorare:



1 La persona



2 Lo spazio

3.2 Le caratteristiche fondamentali

3.2.1

Persona e spazio domestico

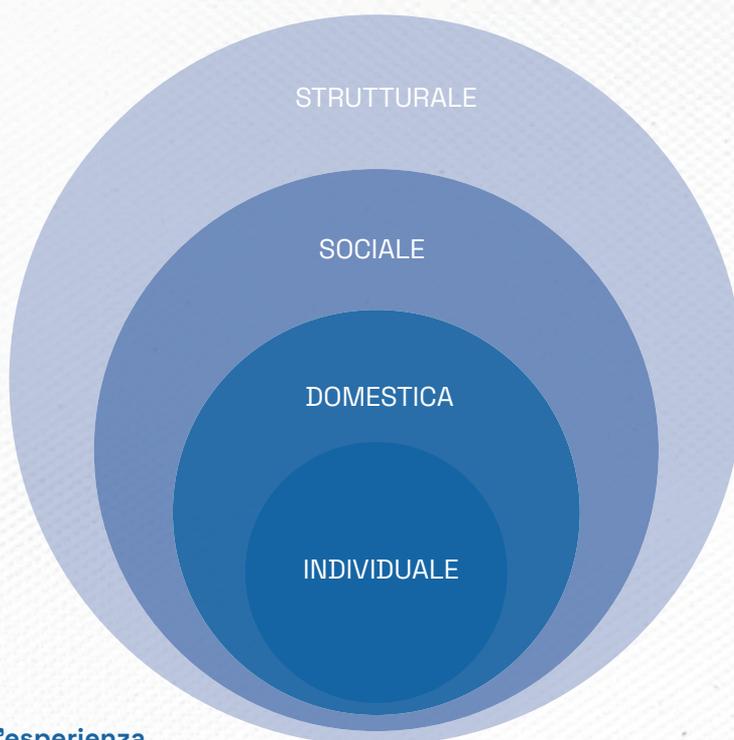
L'invecchiamento indipendente è un processo multidimensionale che prevede sempre due elementi: il primo elemento è l'individuo i cui bisogni sono biologici e socialmente determinati dalla fase della vita, in questo caso la vecchiaia; questi bisogni sono valutati anche in base alle aspettative e agli obiettivi personali che provengono dalla dimensione psicologica; il secondo elemento è lo spazio che presenta tre dimensioni rispetto la scala di analisi: domestico, sociale e strutturale. La vita indipendente si ottiene stabilendo un equilibrio tra le esigenze dell'individuo, che sono dinamiche e cambiano nel tempo, e le caratteristiche dello spazio.

La differenza fondamentale tra l'invecchiamento in una casa e in un istituto è che nello spazio privato l'individuo anziano ha più opzioni tra cui scegliere. Per coloro che risiedono nella propria casa, qualsiasi decisione circa la configurazione dello spazio fisico, l'organizzazione delle routine quotidiane o il modo in cui interagiscono con gli altri avviene con un più alto grado di autonomia. Nella propria casa non ci sono regole esterne che normalizzano il corso della vita quotidiana, ma è l'individuo che struttura queste regole sulla base dei propri desideri, capacità, risorse ed esperienze precedenti. In un istituto, che si tratti di una residenza, di un centro di cura o di un ospedale, gli individui vivono con determinate regole che strutturano le dinamiche quotidiane del luogo, che non hanno deciso per se stessi e che li rendono uguali agli altri residenti. Tuttavia, l'evoluzione delle strutture assistenziali negli ultimi decenni ha portato ad un allentamento delle regole. La nuova visione dell'assistenza residenziale cerca di creare un ambiente che preservi il più possibile l'autonomia e faciliti il processo decisionale personale nella misura in cui le capacità fisiche e cognitive lo permettano. Lo spazio domestico simboleggia

l'ultima espressione del dominio privato e rappresenta lo scenario in cui gli individui sperimentano il processo di invecchiamento autonomo. La letteratura anglosassone ha trattato di districare il significato dello spazio domestico utilizzando il concetto di "casa", che cattura la natura multiforme dell'ambiente abitativo che allude a un luogo "fisicamente, socialmente e psicologicamente costruito in entrambe le forme reali e ideali". Ciò significa che lo spazio domestico ha una definizione oggettiva che fa riferimento a un elemento tangibile, l'abitazione, e un'interpretazione soggettiva costruita dalle percezioni sulle relazioni che si mantengono all'interno di questo spazio. Si può parlare di casa in senso fisico quando si parla di alloggio o abitazione, cioè quando si allude a un luogo destinato ad essere abitato da persone. Questo spazio è composto da una serie di attributi architettonici misurabili, come dimensioni, strutture, distribuzione dello spazio, e tipo di arredi o materiali da costruzione. Per essere realizzato in modo soddisfacente è necessario che le condizioni materiali siano adeguate alle esigenze degli abitanti; inoltre, l'idoneità di un'abitazione è strettamente correlata ai cambiamenti sperimentati da individui e famiglie nel corso della vita. In questo senso fisico, l'alloggio è anche un bene di consumo a cui gli individui dedicano una buona parte delle loro risorse economiche. Il costo dell'accesso alle abitazioni, insieme al cibo, è il costo fisso maggiore e più duraturo per qualsiasi persona. Trascendendo questo significato puramente materiale, l'alloggio ha anche una definizione soggettiva che è motivata dall'essere uno scenario in cui si verificano le relazioni e i comportamenti più intimi. Nel suo significato sociale, la casa simboleggia il luogo in cui gli individui vivono con gli altri, che nella maggior parte dei casi appartengono alla loro cerchia familiare. L'apprendimento di ruoli, norme e valori e la costruzione di relazioni personali danno a casa un significato che va oltre il significato puramente strutturale. Nessuna definizione di spazio domestico può essere completa senza combinare significati fisici e sociali. Approfondendo il discorso, il significato di alloggio non è lo stesso per tutto il corso della vita: ogni fase della vita comporta una domanda abitativa specifica e implica differenze nelle caratteristiche che la casa deve avere.

Nel caso particolare della vecchiaia, l'importanza del contesto residenziale è maggiore che in altre fasi della vita. Il motivo è che gli anziani tendono a trascorrere più tempo a casa rispetto al resto della popolazione, a causa del declino delle funzioni fisiche o del cambiamento delle loro routine quotidiane dopo il pensionamento. L'importanza della casa in età avanzata risiede anche nell'attaccamento emotivo che le persone anziane provano per le loro case, di conseguenza, questo processo di invecchiamento comporta una complessità intrinseca che emerge dall'accumulo di molteplici significati negli elementi coinvolti.

 <p>Istituto Residenza per anziani Casa di cura Ospedale</p>	<p>Personale formato sempre a disposizione</p>	<p>Raramente la persona anziana rimane da sola. Non conosce le persone con cui convive</p>	<p>Libertà personale e possibilità di scegliere ridotte</p>	<p>Estraneità</p>
 <p>Casa Abitazione privata</p>	<p>Normalmente il personale non vive in casa ma possono visitarla per fornire servizi</p>	<p>Può vivere da sola o con i propri affetti, raramente vive con degli estranei</p>	<p>Considerevole grado di libertà</p>	<p>Familiarità</p>



Le quattro dimensioni dell'esperienza

3.2.2

Autonomia e livelli di assistenza

Come abbiamo visto il dominio privato è il contesto in cui “l’invecchiamento indipendente si manifesta, mentre la vita indipendente è lo stato che definisce gli individui che sperimentano questo processo. Fatta questa premessa, la vita indipendente descrive una situazione in cui le persone anziane hanno capacità sufficienti, individuali e sociali, per svolgere la loro vita quotidiana.

La realizzazione di una vita indipendente dipende dalle condizioni, dalle aspettative e dal bagaglio biografico che accompagnano gli individui fino alla loro vecchiaia e durante la loro vecchiaia; pertanto, comporta una componente soggettiva che implica che il modo in cui si manifesta l’indipendenza differisce da una persona all’altra. Il concetto di autonomia o indipendenza come status vitale è stato raramente trattato in modo isolato; al contrario, è la dipendenza che ha visto uno sviluppo teorico e concettuale molto più ampio. Per le sue implicazioni sociali, economiche, politiche e persino ideologiche, la dipendenza è stata un tema centrale e ricorrente nella ricerca gerontologica.

La dipendenza è associata a una visione negativa dell’invecchiamento che la concepisce come uno status definitivo, come un punto di non ritorno per l’individuo. Tuttavia, l’indipendenza o l’autonomia sono viste più come uno stato graduale con traiettorie multiple. Rispetto al processo di invecchiamento, una persona anziana può ottenere o perdere autonomia in momenti specifici della vecchiaia. La comparsa di una nuova malattia o la perdita di un coniuge potrebbe portare a una diminuzione dell’autonomia, ma ricevere qualche tipo di sostegno pubblico o apportare alcuni cambiamenti strutturali negli alloggi potrebbe portare a una maggiore autonomia; quindi l’autonomia come la dipendenza non è sempre irreversibile. Invecchiamento in luogo, vita indipendente, invecchiamento in casa o vita assistita sono solo alcuni dei nomi che sono stati dati al processo di rimanere nella propria casa durante la vita avanzata, piuttosto che

l’istituzionalizzazione. I meccanismi che migliorano la vita indipendente sono stati classificati come formali o informali: i meccanismi formali derivano dal macrolivello, principalmente fondi pubblici o privati, nel caso in cui il sostegno o l’assistenza richiedesse un qualche tipo di pagamento o stipendio; mentre i meccanismi informali sono quelli che provengono dalla rete sociale e non comportano alcun pagamento regolare. È importante notare che questo supporto non significa necessariamente cura, ma può anche significare assistenza come compiti di pulizia, una fonte di reddito aggiuntivo, o semplicemente il beneficio psicologico della “presenza”.

Normalmente la cura e l’aiuto nelle mansioni domestiche non sono unidirezionali. Nonostante la percezione maggioritaria che vede gli anziani sia beneficiari che esigenti di assistenza, molti di loro stanno anche fornendo contemporaneamente supporto: prendersi cura dei nipoti è l’esempio più evidente di questa situazione; pertanto, l’idea di scambio deve considerare che il funzionamento di queste reti è sia bidirezionale e sia intergenerazionale. La differenziazione tra le soluzioni di invecchiamento indipendente si basa sul supporto esterno disponibile e sul tipo di ambiente residenziale. Ad un estremo troviamo il modo di vivere senza assistenza, caratterizzato dal non ricevere alcun tipo di supporto esterno in casa e situato all’interno di una casa privata. Affianco vediamo la vita assistita, che definisce quelle modalità residenziali che, anche se esistono nel dominio privato, incorporano sia i meccanismi formali e informali che aiutano gli anziani a rimanere in abitazioni private. Questa modalità residenziale ha due possibili forme: o l’assistenza è fornita in-house (dove vive la persona anziana) o la persona più anziana deve trasferirsi in un complesso residenziale con alloggi privati che offrono servizi speciali per soddisfare le esigenze associate alla vecchiaia (personale sanitario 24 ore, spazi adattati, facilità di accesso, ecc.). All’altro estremo troviamo la modalità di vita dipendente, dove la persona anziana vive in un istituto pubblico, nel quale la gestione della sua salute e le attività quotidiane sono prese in carico dagli operatori; inoltre vi è la modalità di vita privata dipendente che presuppone che la persona anziana si trasferisca in una casa all’interno della rete familiare.

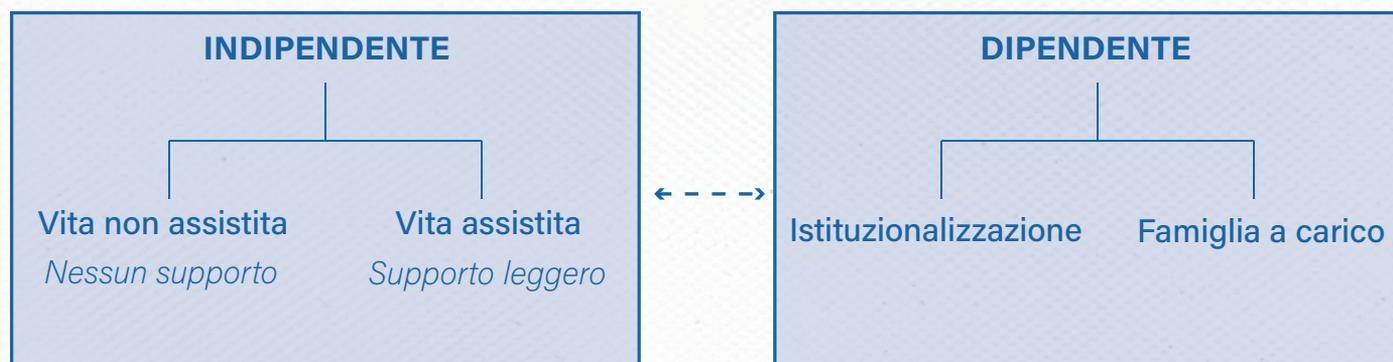
La distanza dalle reti di sostegno, l’accesso a beni e servizi, o la disponibilità di attività ricreative sono tra i fattori che si combinano per influenzare gli effetti della vita indipendente per la popolazione anziana.

La stragrande maggioranza della popolazione più anziana rimane nella propria casa durante la vecchiaia, indipendentemente dagli aiuti esterni che servono per affrontare la vita quotidiana. I movimenti verso le case di cura sono normalmente considerati solo quando appaiono gravi danni alle funzioni fisiche e cognitive che rendono quasi inevitabile un trasferimento in di istituto di assistenza a lungo termine; tuttavia, l’aumento della speranza di vita ha prolungato il periodo di tempo durante il quale gli anziani rimangono in casa, di fatto rallentando il trasferimento in istituti di cura superiori.

65 anni di età o superiore



MODALITÀ DI INVECCHIAMENTO



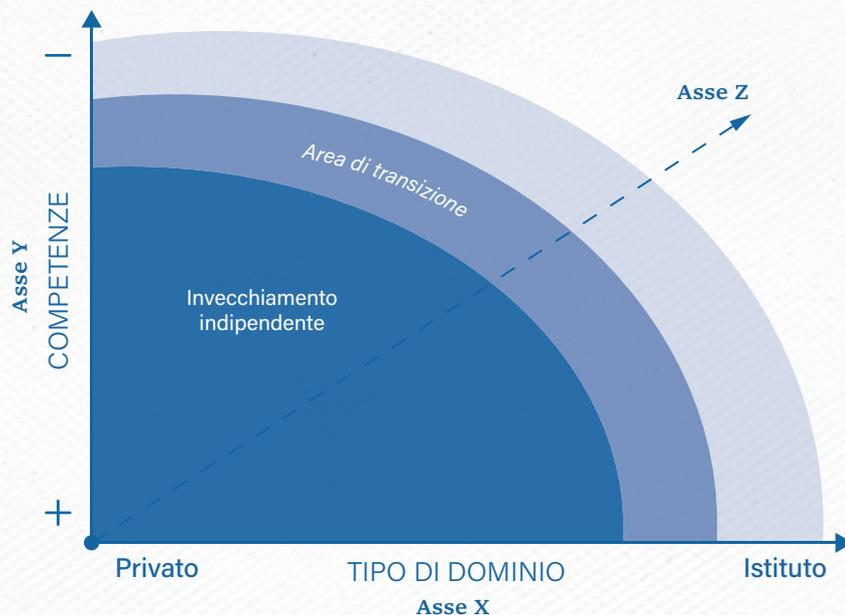
3.3 Secondo tentativo di inquadramento

Il primo passo per misurare l'entità dell'invecchiamento indipendente come fenomeno socio-residenziale consiste nel fissare i parametri che determinano quale popolazione anziana sta vivendo questo processo. La natura mutevole e dinamica di questa pratica suppone l'impossibilità di separare categoricamente chi vive in modo indipendente da chi no, poiché le caratteristiche individuali si trasformano nel tempo in più direzioni, e nemmeno il contesto residenziale rimane totalmente statico; pertanto, non è possibile stabilire una categoria fissa che classifichi gli anziani che vivono in modo indipendente. Perciò, ricordare le due caratteristiche principali dell'invecchiamento indipendente può essere utile:

- può essere vissuta solo in un dominio privato (abitazione);
- comporta un grado sufficiente di autonomia funzionale e sociale e ciò significa che le persone anziane svolgono i loro doveri quotidiani.

Possono esistere alcuni meccanismi formali/informali di sostegno che li facilitano. Questi presupposti possono essere rappresentati graficamente per mezzo di un grafico cartesiano: da un lato l'asse x incarna il tipo di dominio in cui vivono gli anziani, creando uno spazio che va dalle case private a quelle collettive; d'altra parte, l'asse y simboleggia il livello di autonomia presentato dalla persona, come mostrato dalla seconda scala che va dalla piena autonomia alla totale dipendenza. La zona più scura rappresenta le persone anziane che invecchiano in maniera indipendente; sono coloro che vivono nelle loro case private e con un grado di autonomia sufficiente per gestire le loro routine quotidiane. Man mano che avanziamo attraverso lo spazio delimitato dall'asse diagonale (asse-Z), il che significa passare dal dominio privato a quello collettivo e da un grado sufficiente di autonomia ad uno insufficiente dove il colore diventa più chiaro.

Questa zona rappresenta le persone anziane che non soddisfano i requisiti concettuali per essere considerati indipendenti. Da un lato, riunisce la popolazione anziana che vive in case collettive, seguendo il "tipo di dominio" da sinistra a destra. D'altra parte, questa zona conserva anche quelle modalità residenziali che, nonostante siano visualizzate nel dominio privato, sono determinate da un grado insufficiente di autonomia. Nello schema è presente anche una 'zona di transizione' che simboleggia l'esistenza di modelli residenziali misti, come movimenti stagionali verso famiglie parenti o combinazione di fasi intermedia tra la propria abitazione e le case di cura, che non potevano essere ordinati chiaramente in nessuna delle due categorie. È probabile che gli anziani situati in questa zona siano i più difficili da inserire in uno dei gruppi perché non si sa se vivono in modo indipendente o meno. Poi, per coloro che risiedono in un'abitazione privata, viene fatta una seconda distinzione utilizzando come fattore il grado di autonomia che presentano: questa distinzione è necessaria perché gli anziani che risiedono in un ambiente casalingo non stanno necessariamente sperimentando l'invecchiamento indipendente.



3.4 Il contesto Europeo

3.4.1.

Uno strumento operativo

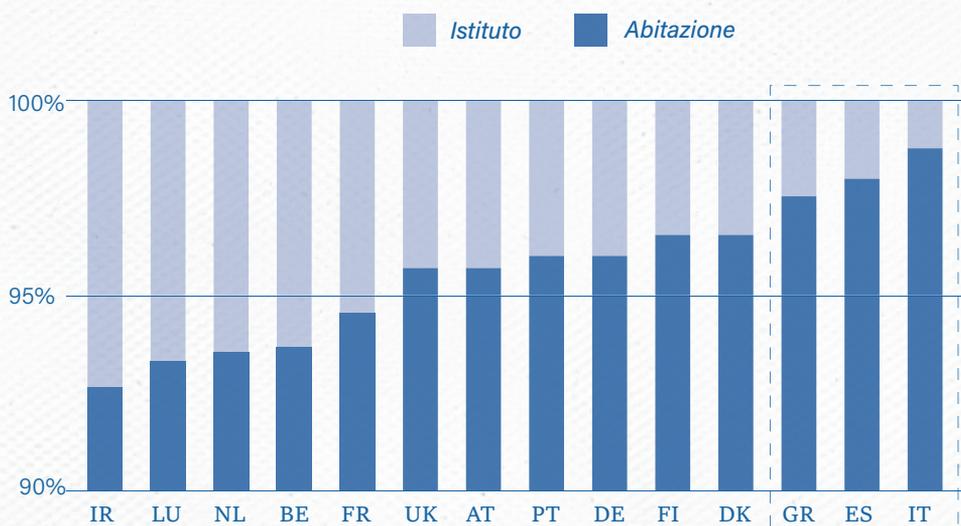


L'Unione europea ha creato il progetto **Active Ageing Index (AAI)**, questo strumento mira a rendere operativo il processo multidimensionale dell'invecchiamento attivo, creando uno strumento qualitativo valido per confrontare il potenziale degli anziani tra i paesi europei (UE27). L'indice AAI si riferisce all'invecchiamento attivo, adottando la definizione dell'OMS che afferma che il termine "riguarda la situazione in cui le persone continuano a partecipare al mercato del lavoro formale e ad impegnarsi in altre attività produttive non retribuite (come l'assistenza ai familiari e il volontariato) e vivono in buona salute, vita indipendente e sicura man mano che invecchiano". L'AAI integra le informazioni relative a quattro settori che sono calcolati separatamente, consentendo così di utilizzare ciascuno di essi come misure indipendenti: (1) **Occupazione**; (2) **Partecipazione alla società**; (3) **Indipendenza, vita sana e sicura**; (4) **Capacità e ambiente favorevole all'invecchiamento attivo**. I punteggi della prima e della seconda dimensione suppongono il 35% dell'indice totale, la terza dimensione il 20% e la quarta il 10%. La tabella mostra chiaramente che il terzo indicatore dell'indice AAI comprende le informazioni riguardanti il dominio della vita indipendente: il grado di indipendenza della popolazione europea più anziana viene effettuato utilizzando questa scala composta da sei indicatori che coprono gli aspetti legati all'essere indipendenti.

3.4.2

I diversi sistemi nazionali

Tradizionalmente, il contesto europeo viene diviso in due sistemi familiari secondo l'intensità del sostegno fornito e scambiato tra i parenti: le società familiari deboli caratterizzate da bassi legami familiari e le società familiari forti (regione mediterranea), con un alto livello di modalità di vita multigenerazionali in cui i membri della famiglia mantengono relazioni strette. Infatti nella regione dell'Europa meridionale, l'Italia, la Spagna e la Grecia sono i territori con i valori più alti di anziani non istituzionalizzati, che superano il 97% in tutti i casi. Questi paesi sono caratterizzati da sistemi di welfare poco sviluppati che sono etichettati come emergenti. Le politiche per l'invecchiamento in casa hanno un basso livello di intervento statale e nel settore della cura le risorse assegnate sono piuttosto scarse, suggerendo che le responsabilità siano principalmente sulle famiglie. Inoltre, in questi paesi, il numero di persone di età superiore ai 65 anni che vivono con uno dei loro figli o altri parenti è notevolmente più alto che nel resto dei paesi europei. L'Europa occidentale (Germania, Irlanda, Francia, Belgio, Austria, e Lussemburgo) ha seguito un modello che si chiama corporativista, in cui la famiglia ha un ruolo molto importante nella cura e nella casa degli anziani, anche se la sua intensità varia da paese a paese. La qualità degli alloggi è ragionevolmente buona, grazie agli investimenti governativi nella costruzione di alloggi pubblici. Mentre i paesi scandinavi (Svezia, Danimarca e Finlandia) hanno attuato un sistema caratterizzato da un'ampia copertura di tutti i tipi di bisogni sociali da parte dello Stato. In questi paesi, tutte le misure sono focalizzate sull'individuo piuttosto che sulla famiglia. Inoltre, questi paesi hanno il maggior numero di progetti di edilizia abitativa finanziati con fondi pubblici adattati alle esigenze della popolazione più anziana. I fondi pubblici sono ampiamente utilizzati (non solo per i gruppi svantaggiati) eliminando così la stigmatizzazione associata al ricevere assistenza pubblica che esiste in altri territori.

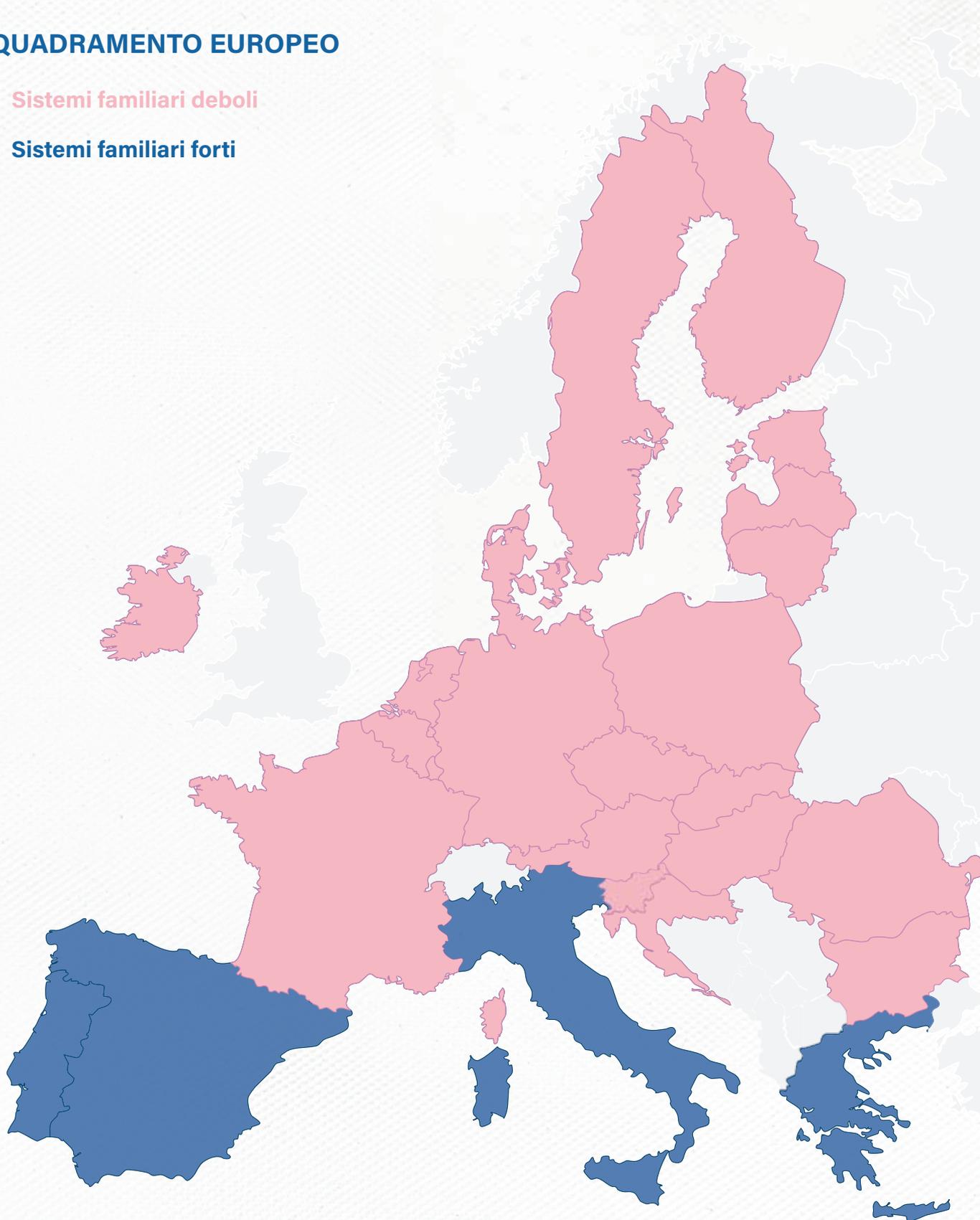


Risiedere in un'abitazione durante la vecchiaia non significa necessariamente vivere in modo indipendente. La mancanza di un livello minimo di autonomia può scatenare movimenti residenziali verso un'altra casa privata, normalmente appartenenti alla rete familiare dell'anziano, che a volte converte la co-residenza come sostituto dell'istituzionalizzazione. Questa situazione implica un cambiamento di ruolo, perché la famiglia che fornisce l'alloggio si assume la responsabilità dell'assistenza, mentre la persona anziana accetta una posizione secondaria nei processi decisionali quotidiani. Questo tacito accordo suppone per la persona anziana una perdita di rilievo nell'organizzazione quotidiana delle attività domestiche e l'adattamento a routine prestabilite, passando a una posizione comparabile ad un alloggio collettivo. Come nel caso dell'istituzionalizzazione, la situazione implica un guadagno di sicurezza a scapito dell'intimità e del controllo sulle routine quotidiane.

INQUADRAMENTO EUROPEO

■ Sistemi familiari deboli

■ Sistemi familiari forti



3.5 Conclusioni

La pratica dell'invecchiamento indipendente non presenta una definizione unitaria e univoca, poichè questo fenomeno è stato approfondito da diversi campi come la gerontologia, l'economia e la sociologia che hanno esteso e sfumato i suoi confini; inoltre, i risultati di queste discipline sono slegati tra loro con la naturale conseguenza che la pratica dell'invecchiamento indipendente risulta di difficile inquadramento. Per questo motivo è stato utile applicare in fase di ricerca una prospettiva olistica con il preciso scopo di collegare i risultati di ciascuna disciplina e unire gli spazi così da presentare un'immagine maggiormente definita: in questo senso, il pensiero sistemico ha facilitato la ricerca multidisciplinare rispetto il grande tema dell'invecchiamento indipendente. Nonostante la complessità intrinseca, l'invecchiamento indipendente presenta sempre due elementi: l'individuo, che deve avere un buon grado di autonomia; e l'ambiente, diviso a seconda del livello di analisi in domestico, sociale o politico.

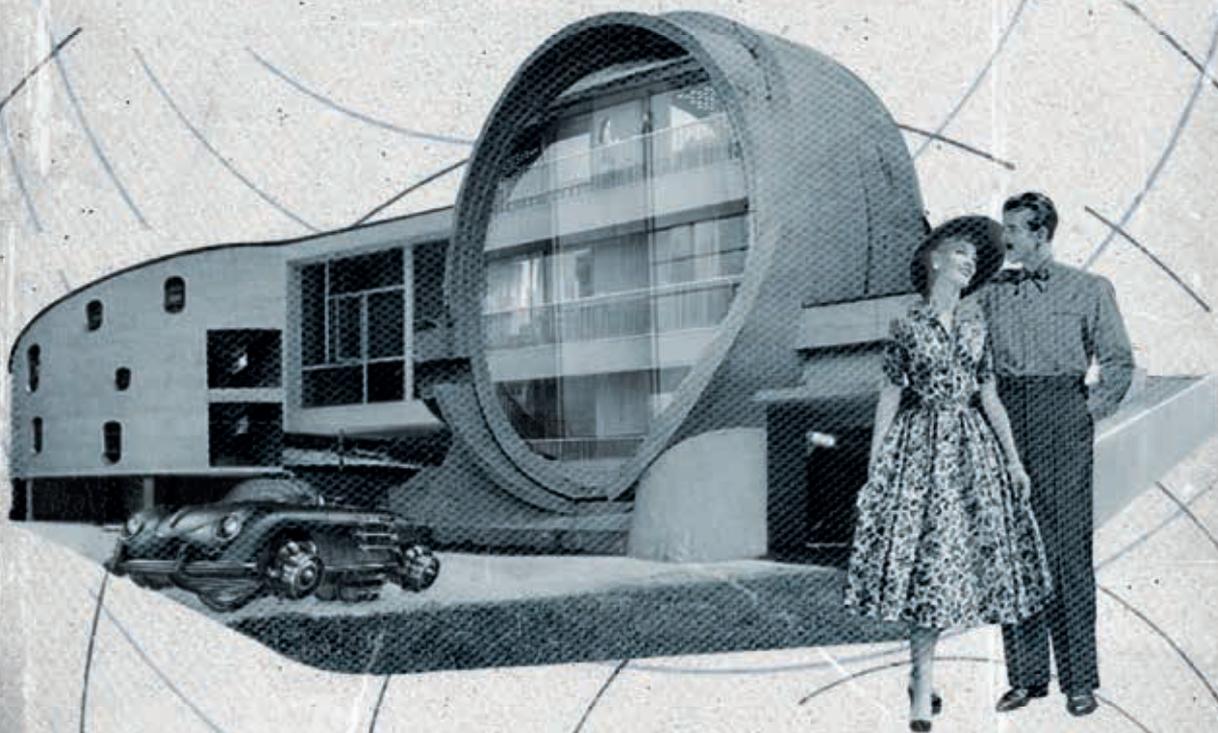
L'invecchiamento indipendente è una soluzione se la persona anziana presenta buone condizioni di salute che lo portano a decidere di vivere autonomamente in casa, evitando il ricovero superiore in un istituto; ciò nonostante, questo scenario presenta numerose traiettorie di incertezza, dato che un cambiamento repentino nelle condizioni di salute può mettere a rischio l'autonomia della persona, prerequisito fondamentale di questa pratica. Tuttavia la ricerca ha anche evidenziato che in questo scenario le persone possono ricevere una forma di assistenza, formale o informale a seconda dei specifici casi, che però deve essere caratterizzata da interventi di piccola natura, dato che si considerano indipendenti solo i casi nei quali l'assistenza non è costante. In questo senso il tema della prevenzione e del controllo della salute diventano centrali per assicurare a lungo termine l'autonomia delle persone. Nel prossimo capitolo verrà approfondito il ruolo del design nel settore della salute attraverso l'analisi di soluzioni esemplari che agevolano l'invecchiamento attivo indipendente.

Edizione vol. 96

ANNO 2100

Perchè accontentarsi?

Vieni a scoprire le unità abitative di ultima generazione

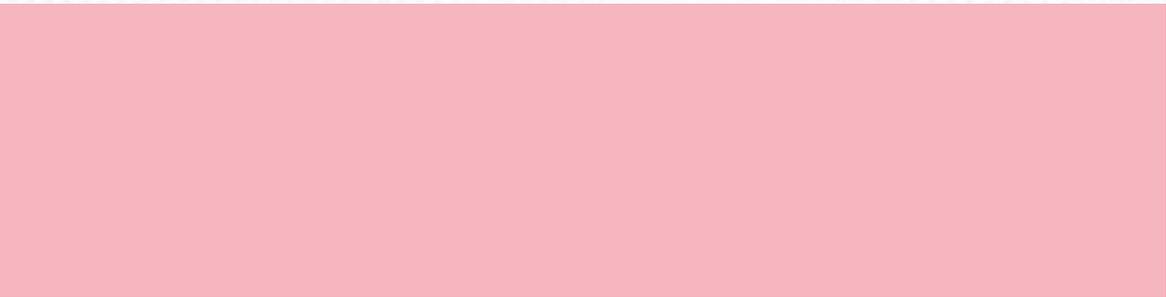


SCEGLI SOLO IL MEGLIO PER IL TUO FUTURO!

CAPITOLO

4

Il design per la salute



4.1 Un argomento multidisciplinare

4.1.1.

Introduzione e ruolo del designer

L'obiettivo principale dei sistemi sanitari è quello di fornire servizi mirati alla salute delle popolazioni, perchè nonostante ci siano diversi tipi di **sistemi sanitari in tutto il mondo**, tutti **stanno affrontando cambiamenti radicali e sfide comuni**: ad esempio uno di questi è **l'invecchiamento della popolazione con il conseguente aumento della domanda di assistenza**. Nel futuro le spese e il numero dei pazienti inevitabilmente aumenteranno, quindi l'assistenza sanitaria dovrà perseguire l'obiettivo di un'assistenza sanitaria efficace, efficiente ed equa per tutti, attraverso un controllo delle spese e la promozione di un uso consapevole della tecnologia. Il **coinvolgimento dei pazienti** nella prevenzione e nella cura della salute sarà determinante, perchè è stato studiato e dimostrato che le malattie croniche ad esempio possono essere controllate e prevenute dai pazienti che si prendono cura di se stessi attraverso l'auto-cura e il **monitoraggio**, trasformando così il processo di cura in una relazione di collaborazione continua tra pazienti e operatori sanitari.

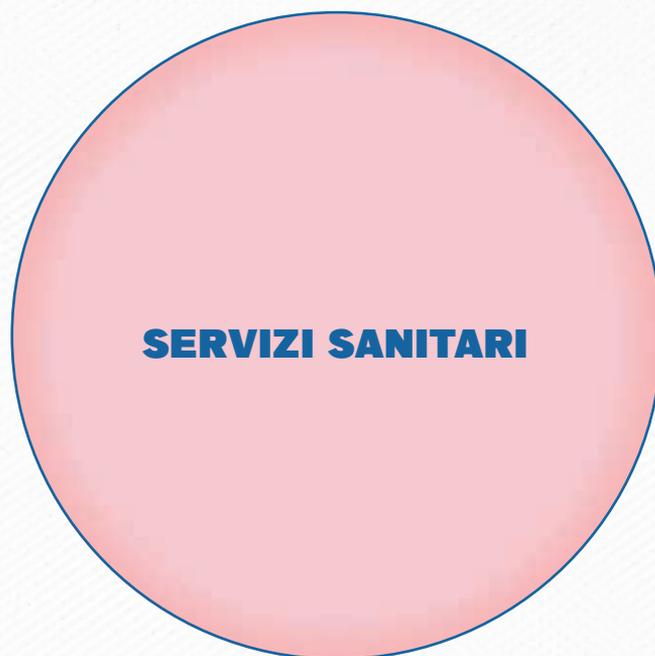
Oggi si sente parlare moltissimo di **innovazione tecnologica**, della sua enorme capacità di potenza di sviluppo e della sua capacità di cambiamento e influenza sul futuro. Le tecnologie emergenti –ad esempio la robotica, l'Intelligenza artificiale, la realtà aumentata e la realtà virtuale, la stampa 3D – stanno ampliando le capacità dell'assistenza sanitaria. In questa linea evolutiva, **il designer è il mediatore in grado di costituire un punto di cerniera tra industria e utente**. Questa professione lo porta a dialogare con i pazienti e con il personale sanitario, considerandoli come partner del processo progettuale, ponendosi l'obiettivo centrale di progettare il benessere del malato. Questo cambiamento verso l'assistenza centrata sul paziente richiede un approccio olistico alla progettazione che bilanci il fattore umano e quello tecnologico.

I dispositivi, la comunicazione e i servizi, se ben progettati, possono ridurre lo stress e l'ansia, minimizzare l'errore, migliorando così la soddisfazione dell'utente finale, favorendo la salute e la guarigione. Il paziente ha bisogno di sentirsi sicuro, curato e protetto ma allo stesso tempo necessita anche di un supporto psicologico. In questo ambito può risultare utile e importante l'intervento del designer, attraverso l'individuazione di soluzioni progettuali che siano in grado di fornire garanzia sia in termini reali che psicologici. **Gli strumenti e le tecnologie sono utili per portare innovazione nel settore sanitario, ma devono essere affiancati a metodologie che mettano l'utente al centro dei servizi.**

4.1.2

Mappa delle aree di intervento

La sfida che si presta ad affrontare la ricerca in design, specialmente negli ambiti dell'interaction design, della User Interface (UI) e della User Experience Design (UX) per la sanità, sarà quella di rendere usabili e accessibili dispositivi e interfacce ad oggi comprensibili solo da esperti medico-sanitari. I designer si devono concentrare innanzitutto sugli approfondimenti relativi alle esperienze desiderate dall'utente, perchè queste informazioni servono come punto di partenza per il processo di progettazione. Da lì, la sfida consiste nel prendere in esame le esperienze desiderate e tradurle nelle giuste caratteristiche, composizioni e specifiche del prodotto. Da un punto di vista tecnologico, si tratta di migliorare le interazioni dell'utente finale con la tecnologia: l'innovazione deve essere centrata sull'utente. Infatti tutte le discipline del design, nonostante le differenze nei temi affrontati e negli strumenti utilizzati, mirano a comprendere i problemi delle persone e a creare soluzioni che si adattino alle loro esigenze. Ad oggi in letteratura è possibile osservare 5 aree di ricerca nel settore sanitario che il design sta affrontando.



ARCHITETTURA SANITARIA

SANITA' SOSTENIBILE

**TECNOLOGIE MEDICALI
E ASSISTIVE**

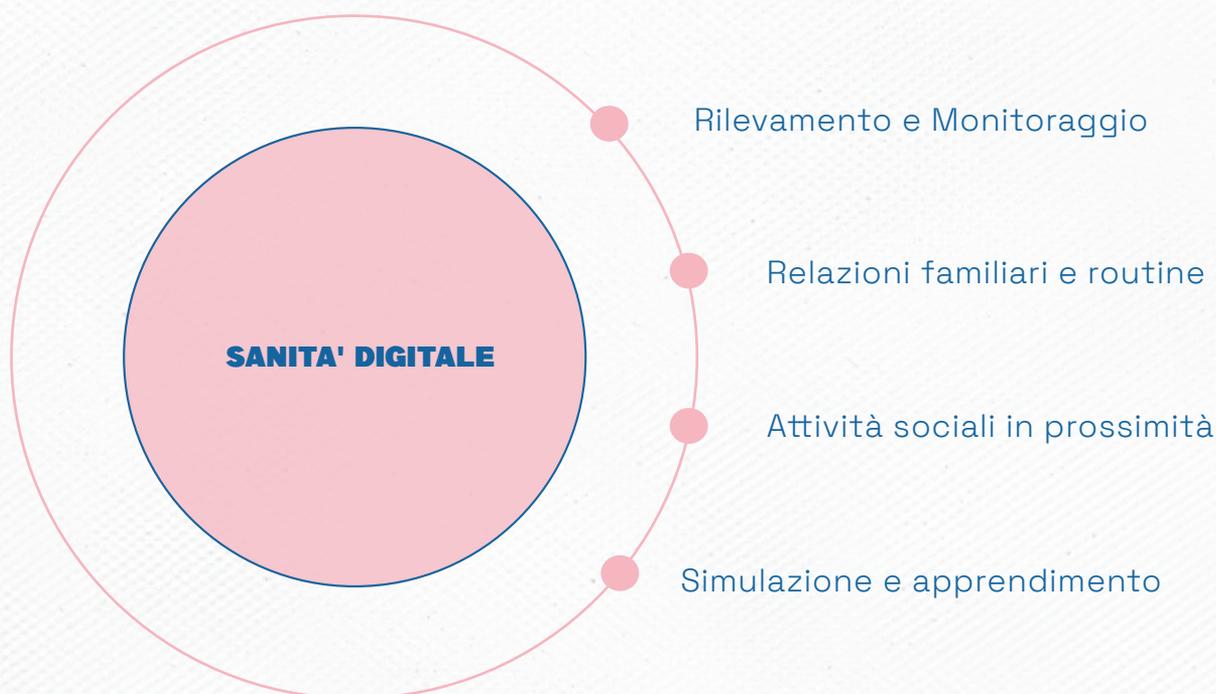
SANITA' DIGITALE

4.2

Dispositivi digitali per la salute

Il digitale per la salute è cresciuto parallelamente all'accesso a internet del grande pubblico e alla proliferazione della tecnologia. Infatti questo settore include le pratiche sanitarie che sono supportate dai dispositivi di comunicazione e informazione (TCI) e si suddivide in tre macro aree: la telemedicina, l'informatica sanitaria e la salute via smartphone.

Le tecnologie di telemedicina hanno il potenziale per sostenere l'assistenza sanitaria a domicilio attraverso l'educazione dei pazienti e sistemi di monitoraggio, automazione e comunicazione, oltre a fornire servizi di tele-consulenza tra lo staff medico-sanitario. Tali tecnologie possono, inoltre, ridurre la dipendenza degli anziani dal personale sanitario e per supportarli, se decidono di vivere in zone remote, finché sono in grado di farlo. Affinché la salute nel digitale possa essere efficace e sicura durante l'uso, è fondamentale porre attenzione al fattore umano. Il design fornisce il suo contributo attraverso il progetto dell'interazione tra l'utente e queste tecnologie ponendosi l'obiettivo di migliorare il lavoro del personale sanitario e lo stato psico-fisico del paziente, progettando la migliore usabilità, accessibilità, e esperienza con i dispositivi per la salute. Per approfondire l'argomento sono stati individuati diversi casi studio schematizzati secondo quattro categorie che rappresentano le ramificazioni dell'argomento. Ciascun caso studio poi è stato approfondito attraverso un'insieme di criteri e parametri che sono stati utilizzati per identificare il senso e l'obiettivo di ogni progetto.



I criteri scelti per l'analisi dei prodotti e servizi nel settore della sanità digitale sono quattro e li possiamo trovare nel radar che verrà utilizzato nelle prossime pagine per misurare ogni progetto. I primi due criteri sono l'adattabilità e le qualità emozionali e sono stati individuati perché un dispositivo medico da utilizzare in casa deve potersi adattare facilmente ai cambiamenti nella vita dell'utente, inoltre, un prodotto pensato per l'ambiente domestico deve essere emotivamente appagante per poter essere usato a lungo in luogo privato e intimo. Questi criteri verranno calcolati attraverso i parametri dell'ingombro e della comunicazione del progetto.

Gli altri due criteri sono il contenuto sociale calcolato con il parametro dell'ingaggio, cioè i processi sociali che il progetto riesce ad innescare, e la promozione della salute che rappresenta come e quanto il progetto riesce ad educare l'utente, calcolata appunto attraverso il parametro dell'educazione.

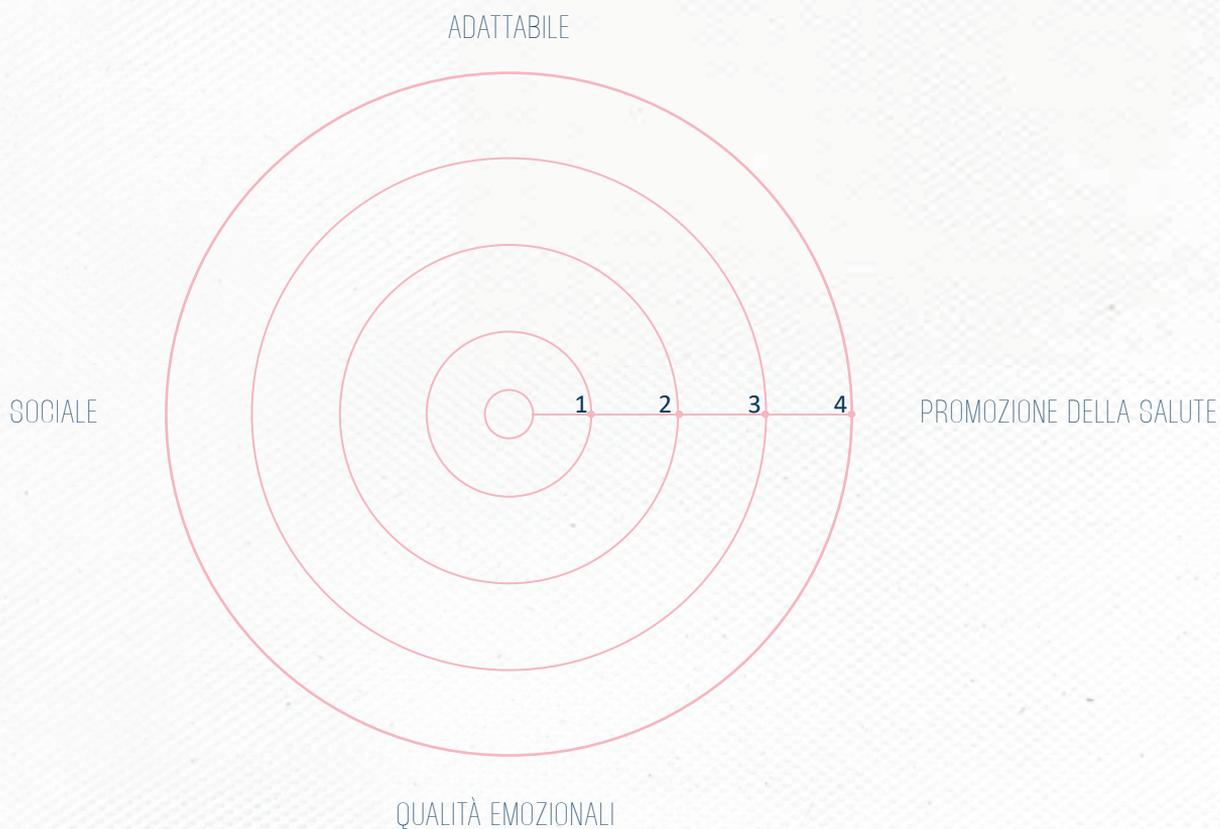
CRITERI

- ADATTABILE
- PROMOZIONE DELLA SALUTE
- SOCIALE
- QUALITÀ EMOZIONALI

PARAMETRI

- Diversificazione nell'utilizzo
- Educazione utente
- Modalità di incontro
- Forma, tono di voce, comunicazione, UX

RADAR CASI STUDIO



//Rilevamento e monitoraggio

OHealth H1

Azienda: Oppo
Anno: 2022



ECG



Stethoscope



Heart Rate



Blood Oxygen



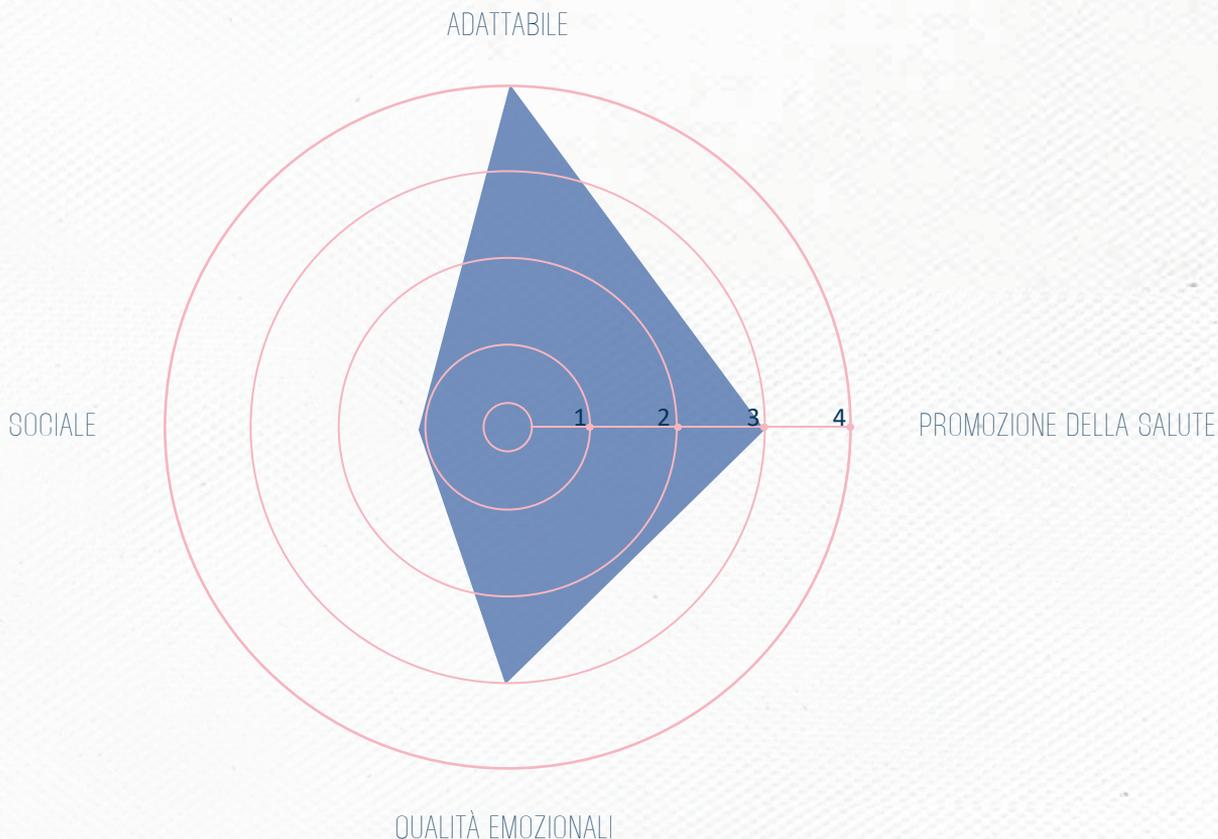
Sleep Monitoring



Body Temperature



Un dispositivo per prendersi cura della salute di tutta la famiglia.



Lazienda OPPO ha investito una quantità significativa di risorse nello sviluppo di tecnologie per la salute digitale, infatti nel 2021 ha istituito l'OPPO Health Lab per incrementare approcci proattivi che aiutino gli utenti ad intraprendere stili di vita sani. Il primo prodotto del laboratorio OHealth è un dispositivo studiato per la salute e il benessere familiare che prende il nome di OHealth H1. Assomiglia a un famoso mouse ma è molto di più, perché in un unico dispositivo sono integrate sei funzioni importanti di monitoraggio della salute personale e familiare. OHealth H1 monitora sei dati biometrici attraverso Home Smart Health Monitor, tra cui frequenza cardiaca, livello di ossigeno nel

sangue e pressione sanguigna, inoltre ha un ECG incorporato che raccoglie i dati dalla punta delle dita. Il dispositivo può anche monitorare i suoni cardiaci e polmonari utilizzando uno stetoscopio piezoelettrico digitale con una risposta audio che va da 20 a 2.000 Hz. Un sensore a infrarossi senza contatto posizionato vicino alla fronte può rilevare la temperatura corporea con una precisione di 0,2°C, oppure è possibile utilizzare il dispositivo per monitorare la qualità del sonno. Il gadget si sincronizza con l'app OHealth in cui è possibile programmare consultazioni remote e archiviare i dati per i singoli membri della famiglia. I dati registrati con OHealth H1 vengono inoltre

trasmessi in modo sicuro ai medici in tempo reale. A differenza del design industriale dei dispositivi convenzionali, OHealth H1 è un dispositivo compatto, trasportabile e ultraleggero, infatti pesa solo 95 grammi, questo consente agli utenti di portarlo facilmente ovunque, aiutandoli a incorporare misurazioni regolari al rilevamento mirato di dati significativi per poi inviarli al proprio medico attraverso la piattaforma dedicata. OHealth H1 sembra avere tutte le qualità per diventare un ottimo alleato della salute di tutti i giorni: monitorare in modo rapido e istantaneo parametri della salute e instaurare un dialogo con il proprio medico senza doversi recare obbligatoriamente in ospedale.

//Relazioni familiari e routine

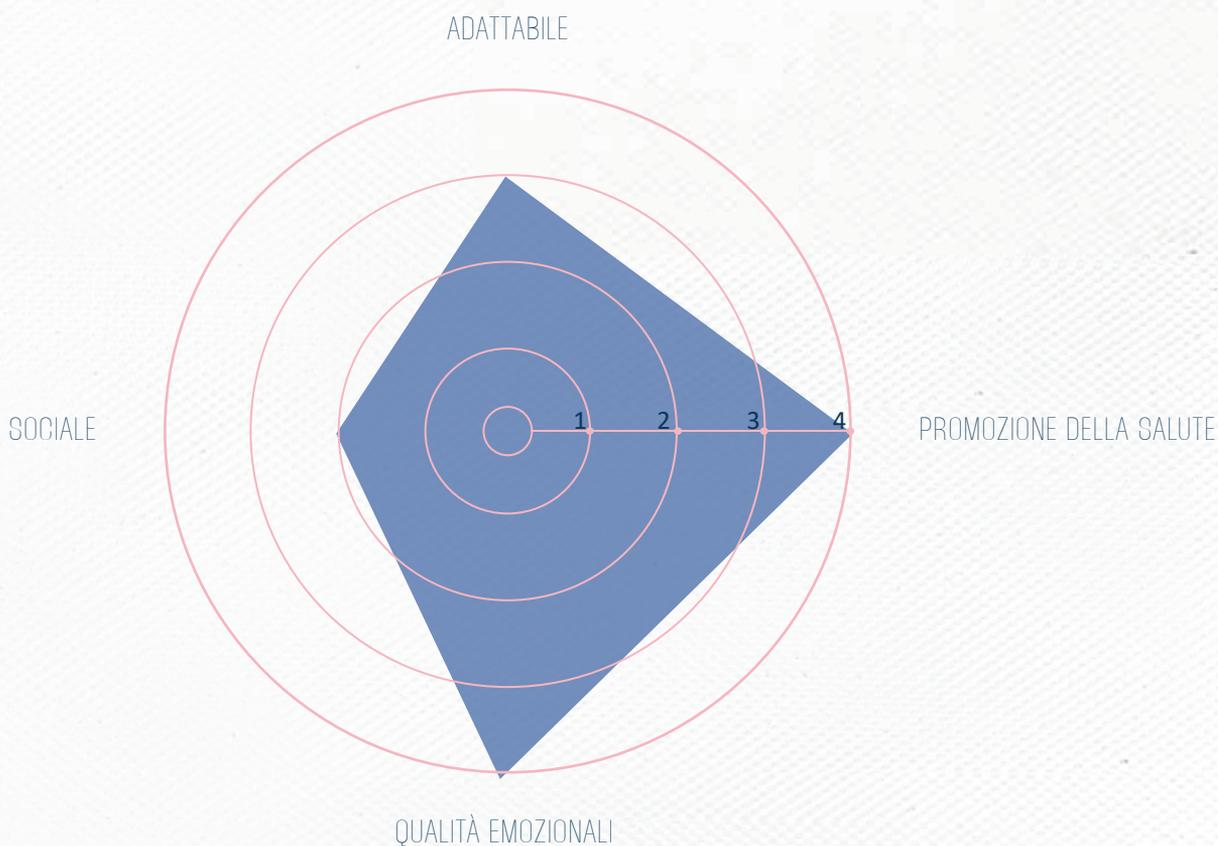
ElliQ

Azienda: Intuition Robotics

Anno: 2022



Un compagno digitale empatico per gli adulti che motiva impegno, connessione e indipendenza.



ElliQ è una presenza amichevole perchè può coinvolgere la persona anziana in una conversazione, può motivarla ad adottare abitudini più sane e sorprenderla con scherzi e suggerimenti. A differenza delle nostre attuali percezioni dei robot come umanoidi, il design di ElliQ è più simile a un oggetto prezioso da tavolo. Le forme e i materiali sono eleganti, in modo tale che un adulto avrebbe piacere di tenerlo in casa, senza occupare troppo spazio o sembrare un giocattolo. La base nasconde sensori e microfoni per massimizzare l'utilizzo dell'intelligenza artificiale, mentre lo schermo e il compagno sono distinti l'uno dall'altro, in modo tale da includere un'ampia gamma di

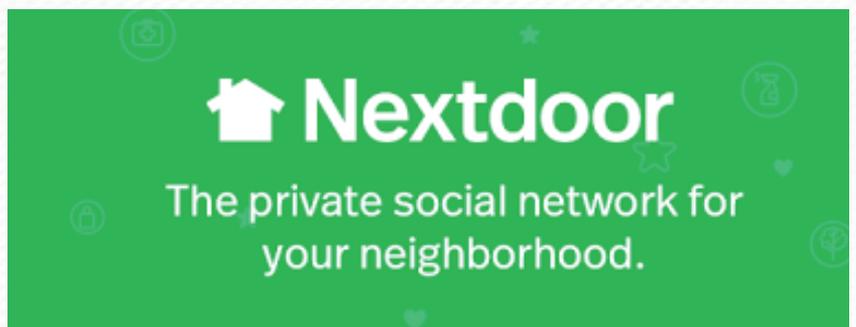
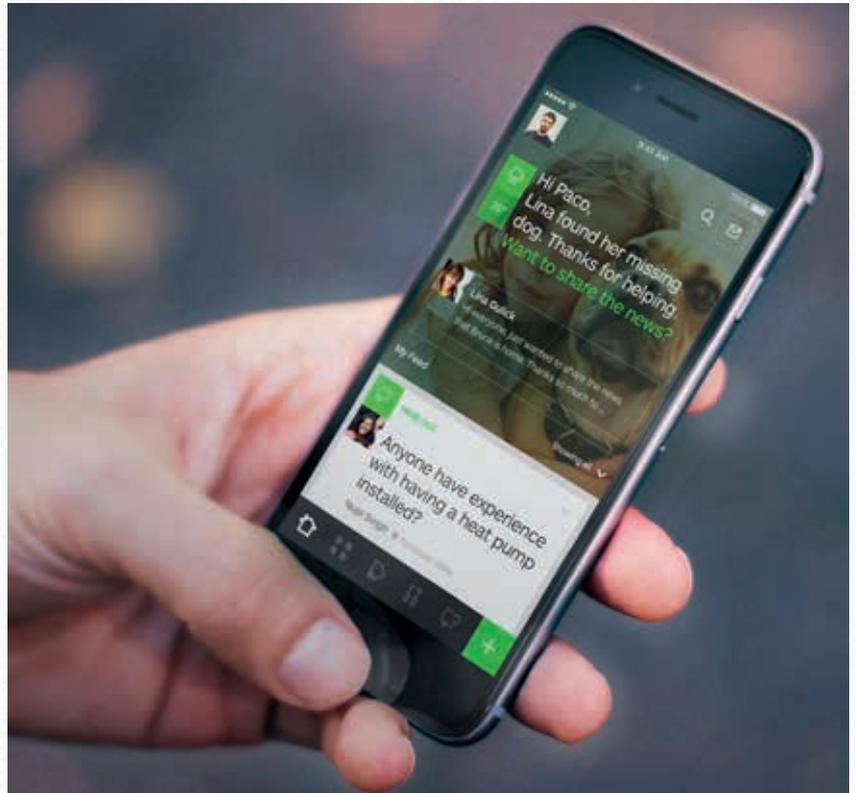
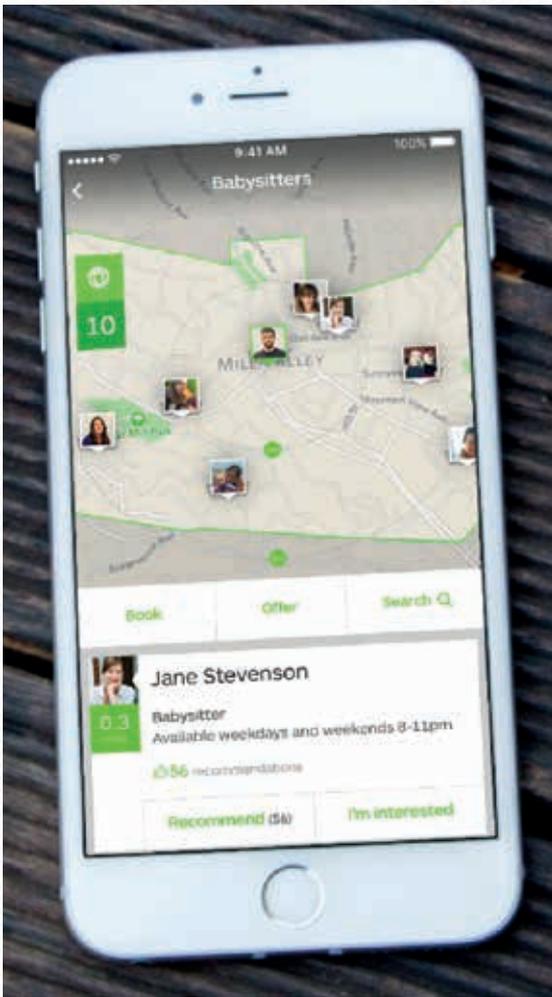
utilizzi ed espressioni. Il compagno utilizza l'illuminazione a LED diffusa per mostrare sottili espressioni emotive, con un'ampia gamma di movimenti per la "testa" per dargli una personificazione in modo accessibile e amichevole. Lo schermo può mostrare video o altri contenuti multimediali e funziona sia come schermo attraverso un cavalletto integrato nella base, sia come tablet poiché estraibile. La separazione di questi elementi consente un uso modulare ampliato, senza rompere il legame affettivo costruito nel tempo con il compagno. L'interfaccia utente sullo schermo è pensata per essere intuitiva per un pubblico anziano. Stimolando la conversazione e le attività, l'interfaccia utente

apprende e si adatta al suo utente per massimizzare il coinvolgimento. Sulla base di obiettivi preimpostati, ElliQ potrebbe chiedere di chiamare un amico o un parente, leggere o persino fare una passeggiata se il tempo è bello. Infatti ElliQ aiuta a definire e raggiungere gli obiettivi di benessere incoraggiando l'utente ad essere fisicamente e mentalmente attivo, aiutandolo a condurre una vita più indipendente dall'impostazione dei promemoria per i prossimi appuntamenti fino al dialogo con l'assistenza sanitaria per necessità specifiche.

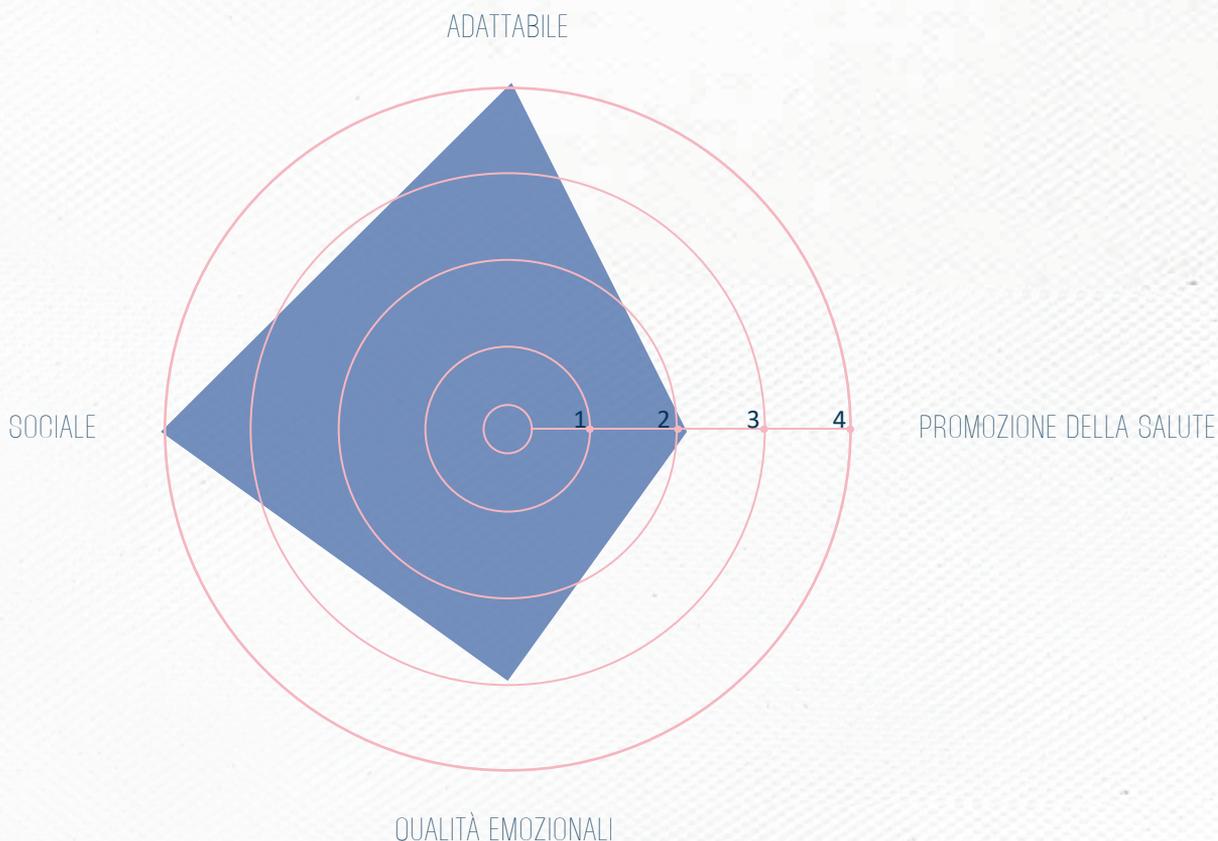
// Attività sociali in prossimità

NextDoor

Anno: 2008



Ottieni il massimo dal tuo quartiere.



Nextdoor è una piattaforma online che si autodefinisce il più grande social network al mondo per le comunità. In particolare, la sua missione è promuovere il dialogo tra le persone dello stesso quartiere per creare comunità più forti e sicure. Gli utenti devono verificare di avere un indirizzo verificato prima di entrare nella piattaforma della community. Una volta che una comunità è attiva, ha un certo numero di membri che possono iniziare a creare dei forum di discussione su vari argomenti. I vicini di tutto il mondo si rivolgono a Nextdoor ogni giorno per informazioni attendibili, per dare e ottenere aiuto, per fare affari e per stabilire connessioni reali con

le persone vicine: vicini, aziende e servizi pubblici. Perché Nextdoor è molto facile da usare: lo stile del forum facilita l'avvio di nuove discussioni con i tuoi vicini. Dal feed principale puoi vedere tutte le attività pubblicate dagli utenti nella tua zona e commentare i post proprio come su Facebook. Ciò che distingue Nextdoor dalle altre principali piattaforme social però è il suo approccio iperlocale. Gli utenti in genere utilizzano la piattaforma per trovare babysitter, trovare animali smarriti, vendere oggetti personali, lasciare recensioni per attività commerciali locali o chiedere aiuto per piccole mansioni secondo la logica della banca del tempo, una forma di rapporto non commerciale

che si basa su tempo che offri e ricevi. Va sottolineato che gli utenti che entrano a far parte di Nextdoor solitamente si conoscono già, ma le potenzialità della digitalizzazione possono portare nuove occasioni di incontro. Tutti gli utenti devono accedere con il loro vero nome - non sono ammessi alias e pseudonimi, per aiutare a promuovere un senso di responsabilità condivisa e di fiducia tra i membri di ciascuna comunità digitale e fisica. La visione dell'azienda si basa sull'idea che riunendo vicini e organizzazioni in uno spazio libero si può immaginare di creare un mondo più gentile in cui tutti hanno una comunità su cui fare affidamento.

// Simulazione e apprendimento

Karuna

Anno: 2016



KarunaHOME



Professional health coach

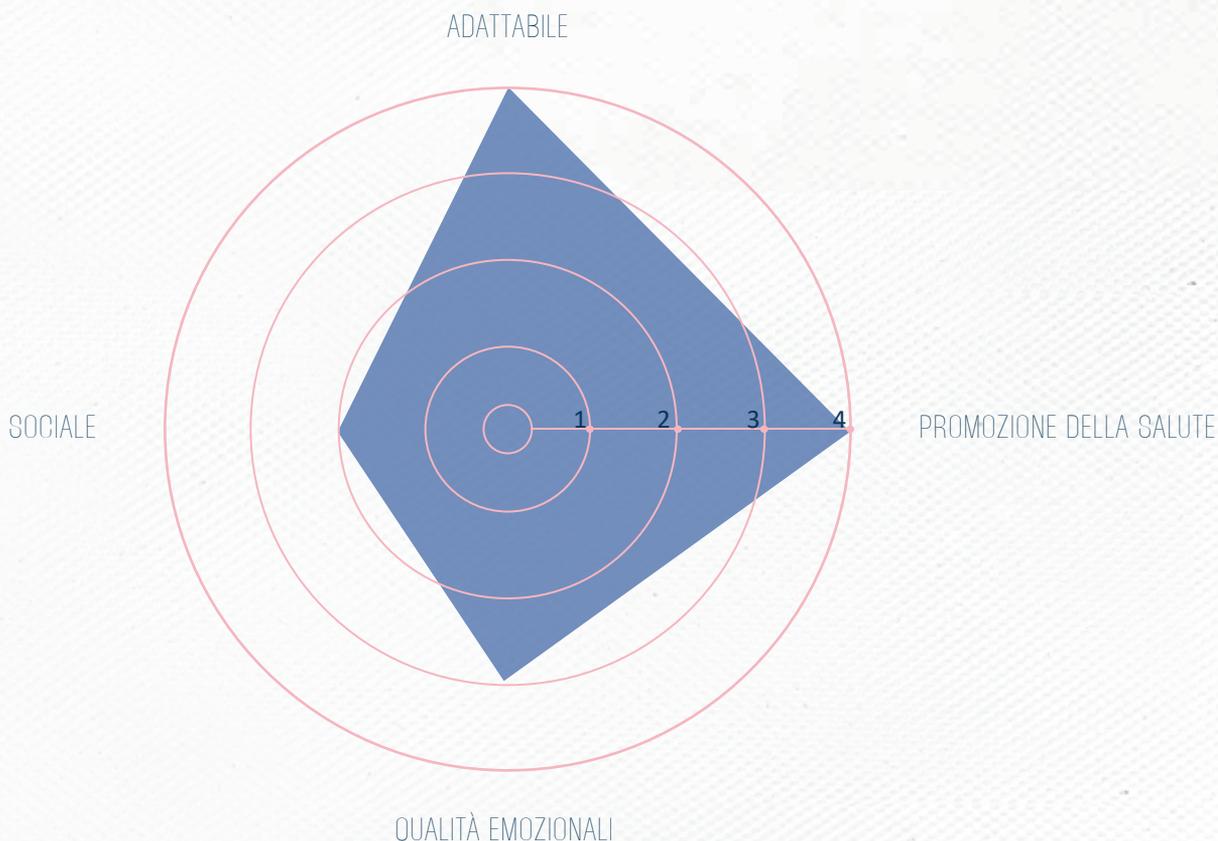


Connected health devices



12-week functional restoration program

Programma digitale per pazienti affetti da dolore cronico.



Karuna Labs offre ai propri pazienti un programma di riabilitazione di 12 settimane, erogato attraverso un kit di strumenti che, sfruttando la realtà virtuale, permette di gestire il dolore cronico attraverso la terapia della distrazione.

Il “Virtual Embodiment Training” è un’insieme di esperienze terapeutiche che non sostituiscono la fisioterapia o i prodotti farmaceutici, ma diventano un trattamento aggiuntivo.

Karuna Labs fornisce educazione al dolore, potenziamenti visivi che esercitano una richiesta cognitiva sul cervello per promuovere la rinormalizzazione dei circuiti neurali e le attività della vita quotidiana. Pensato, progettato e sviluppato per pazienti a qualsiasi livello

funzionale, il programma prevede trattamenti e assistenza mirati alla mobilità della parte superiore del tronco, con particolare riferimento alla mobilità degli arti; inoltre, gli esercizi permettono di agire sul dolore lombare e sulla parte inferiore del corpo, così come sul dolore diffuso senza l’utilizzo aggiuntivo di farmaci o trattamenti invasivi. L’esperienza di cura è formativa e coinvolgente, perché ogni lezione inizia con una spiegazione interattiva dell’argomento, con le motivazioni che stanno alla base della scelta di quello specifico trattamento, proprio perché è stata fatta ricerca sul ruolo del paziente nel percorso di guarigione ed è stato verificato che una presa di consapevolezza

è funzionale al processo di riabilitazione. A volte Karuna fornisce ai pazienti un’esperienza ravvicinata del sistema nervoso, oppure altre volte viene mostrato come il dolore ha origine nel corpo ma come si manifesta realmente nel cervello. Successivamente, si passa agli esercizi graduati e funzionali. Karuna è interessata ad alleviare temporaneamente il dolore attraverso gli esercizi correttivi e le attività basate sulle neuroscienze cognitive.

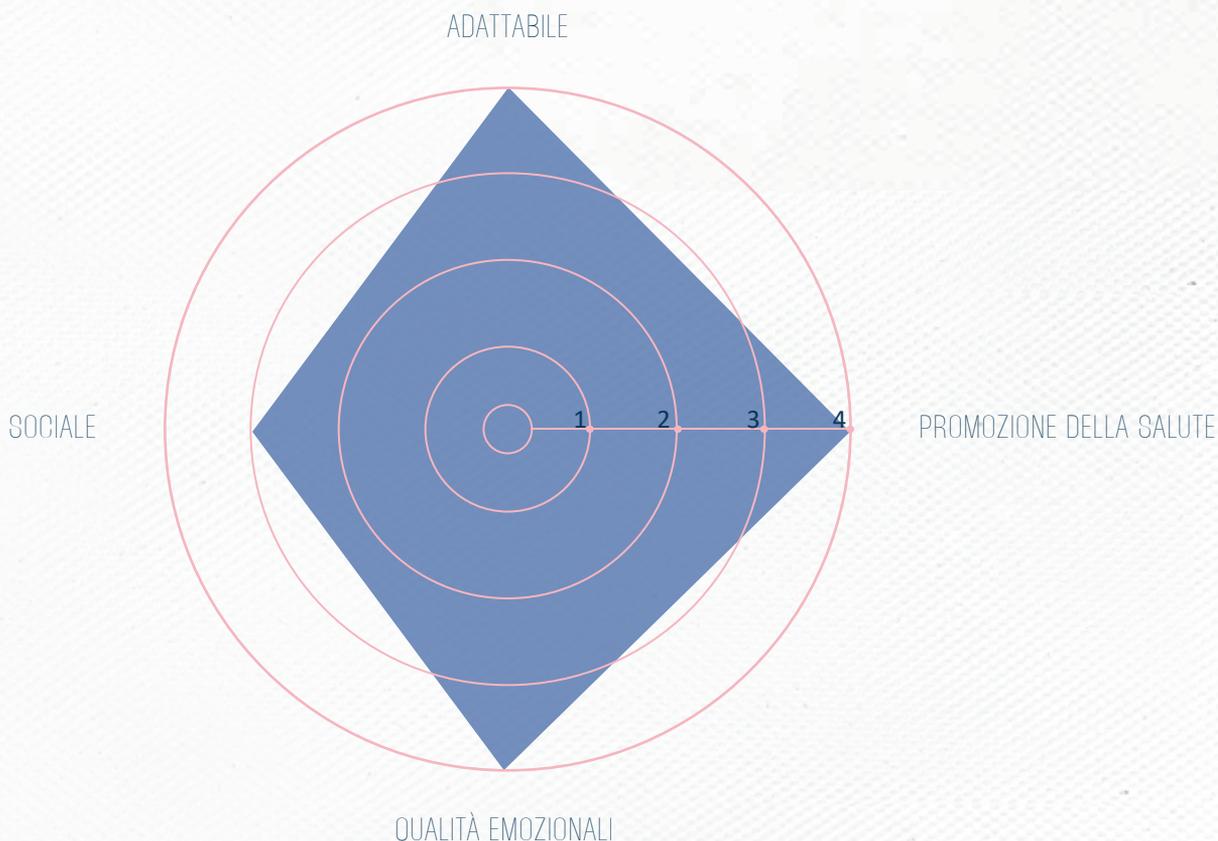
// Simulazione e apprendimento

Idego

Anno: 2016



Sviluppo delle proprie capacità in modo esperienziale e divertente.



IDEGO è un'azienda nata del 2016 a Roma che ha l'obiettivo di promuovere la ricerca, lo sviluppo e l'implementazione delle nuove tecnologie negli ambiti della psicologia e della formazione. Si occupano di integrare la formazione tradizionale con la Realtà Virtuale e le tecnologie immersive, con l'obiettivo di rendere la formazione più efficace grazie all'apprendimento senso-motorio. Si occupano di formazione in aula, sviluppo VR e AR e organizzazione di eventi. L'azienda punta ad un modello di apprendimento esperienziale, che unisce divertimento, emozione e tecnologia: "Immersive learning". Questo modello ha un'influenza sulla sfera emotiva, cognitiva e fisica,

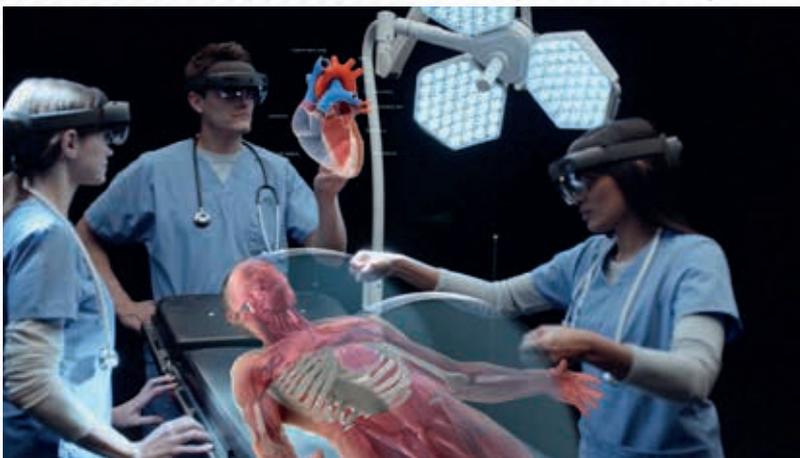
e permette di apprendere nuove nozioni in maniera esperienziale. Inoltre i corsi progettati da Idego sono rivolti sia a gruppi di persone che ai singoli che vogliono sviluppare nuove abilità o affrontare un percorso di cura psicologia attraverso il digitale. Infatti l'azienda crea esperienze formative personalizzate per rispondere ad ogni esigenza dei clienti. I partecipanti vengono invitati a "immergersi" nell'esperienza virtuale e a mettere in pratica l'abilità da acquisire o perfezionare. Il contenuto è multisensoriale: coinvolge la vista, l'udito, il movimento, e ciò aumenta il potenziale mnemonico. I partecipanti vivono esperienze emotivamente coinvolgenti che

restano impresse. La Realtà Virtuale consente un forte coinvolgimento sensoriale ed emotivo, garantendo un'esperienza formativa memorabile. Le Neuroscienze ci insegnano che l'apprendimento è influenzato da componenti motivazionali ed emotive. La Realtà Virtuale consente di far immergere le persone in mondi digitali estremamente coinvolgenti e interattivi. All'interno di questi scenari immersivi, grazie al principio del "learning by doing", le persone possono sviluppare le proprie potenzialità in modo esperienziale e divertente.

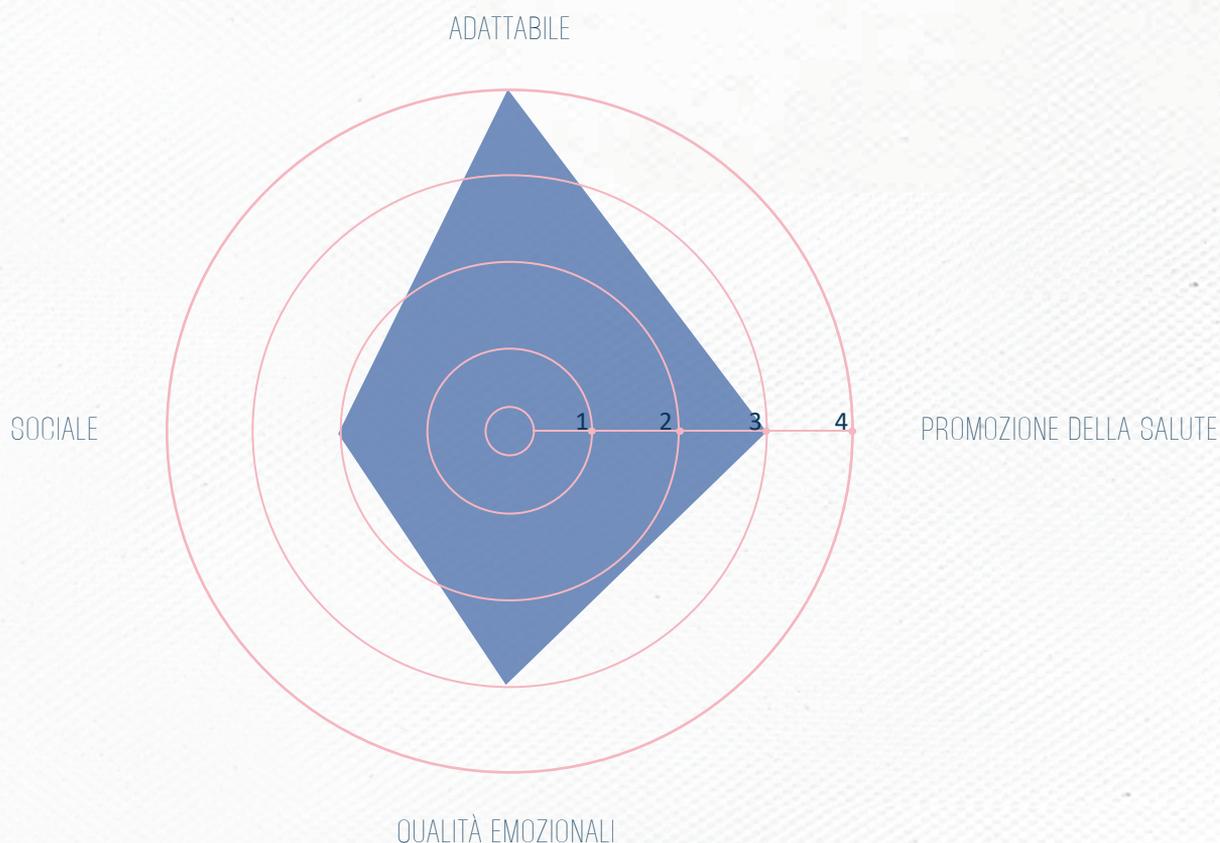
// Simulazione e apprendimento

HoloLens 2

Azienda: Microsoft
Anno: 2019



Per una nuova visione sul mondo.



HoloLens 2, il successore dell'originale HoloLens, è un visore per la realtà aumentata (AR) sviluppato e prodotto da Microsoft per l'uso industriale, progettuale e sanitario. Infatti con questo visore è possibile interagire con ologrammi in base al contesto di lavoro attraverso la gestualità istintiva, che permette di manipolare gli oggetti come nel mondo reale. La nuova versione offre all'utente un'esperienza più confortevole e coinvolgente, questo consente alle aziende di incorporare le capacità e i vantaggi delle soluzioni basate sulla realtà aumentata nel proprio lavoro. Infatti HoloLens 2 permette di lavorare con precisione mantenendo la concentrazione più a lungo o apprendere un argomento in

maniera esperienziale. Il dispositivo è dotato di tracciamento della mano completamente articolato per toccare, afferrare e spostare ologrammi in modo naturale, perchè si adattano alle mani, rispondendo come oggetti reali; inoltre il dispositivo mappa perfettamente l'ambiente fisico e consente l'ancoraggio dei contenuti digitali a oggetti o superfici. Inoltre HoloLens 2 integra un nuovo sensore di profondità ToF (time of flight), abbinato alla comprensione semantica e all'Intelligenza Artificiale; in aggiunta, la presenza del riconoscimento di autenticazione Windows Hello rende più facile la condivisione del visore tra più operatori: infatti il dispositivo permette di collaborare con i colleghi

in tempo reale da remoto senza alcun limite, lavorando in un'area olografica sovrapposta all'ambiente fisico. Microsoft HoloLens 2 è il visore per la realtà aumentata per le aziende che vogliono rivoluzionare il proprio settore. I nuovi occhiali offrono un campo visivo notevolmente aumentato, consentendo di visualizzare molti più ologrammi con una risoluzione dell'immagine mai raggiunta prima a fini didattici e operativi.

4.3

Conclusioni

Il design nel settore sanitario è un campo da gioco ricco di possibilità perchè include elementi di innovazione tecnologica volti specificatamente a migliorare la qualità del lavoro degli operatori e la salute delle persone. Rispetto le diverse aree di intervento che in questa ricerca sono state elencate ma non esplorate approfonditamente, quella analizzata nel dettaglio è la sanità digitale perchè ha un ruolo centrale per la vita domestica degli utenti che vogliono invecchiare attivamente. Questo settore ha il presupposto di accogliere e diffondere il più alto grado di innovazione metodologica e tecnologica: la sanità digitale infatti sta trasformando il panorama lavorativo dei prodotti e dei servizi.

I casi studio approfonditi sono solo uno spiraglio su un contesto in continuo avanzamento, però possiamo affermare che ciascuno rappresenta ad oggi il migliore esempio sul mercato rispetto la specifica categoria. Inoltre ogni prodotto è reperibile sul mercato, questa è stata una scelta progettuale consapevole, per evitare la miriade di concept che esistono online. Questa scelta è la conseguenza diretta del fatto di voler avere una visione chiara e concreta sul settore della sanità digitale.

L'osservazione del lavoro fatto finora ha fatto emergere la necessità di far confluire tutti gli sforzi all'interno di un contenitore concettuale, il concept, che dichiara apertamente cosa fare per concludere questa esplorazione sull'invecchiamento attivo in casa rispetto le potenzialità della salute digitale: nel prossimo capitolo infatti verrà esplorato e dichiarato quello che sarà concept del progetto.

Le espressioni principali della ricerca

TELEMEDICINA

INVECCHIAMENTO ATTIVO

MISURARE AUTONOMIA

DIMENSIONE DOMESTICA





4.1 Harry Giglio- "Granny"

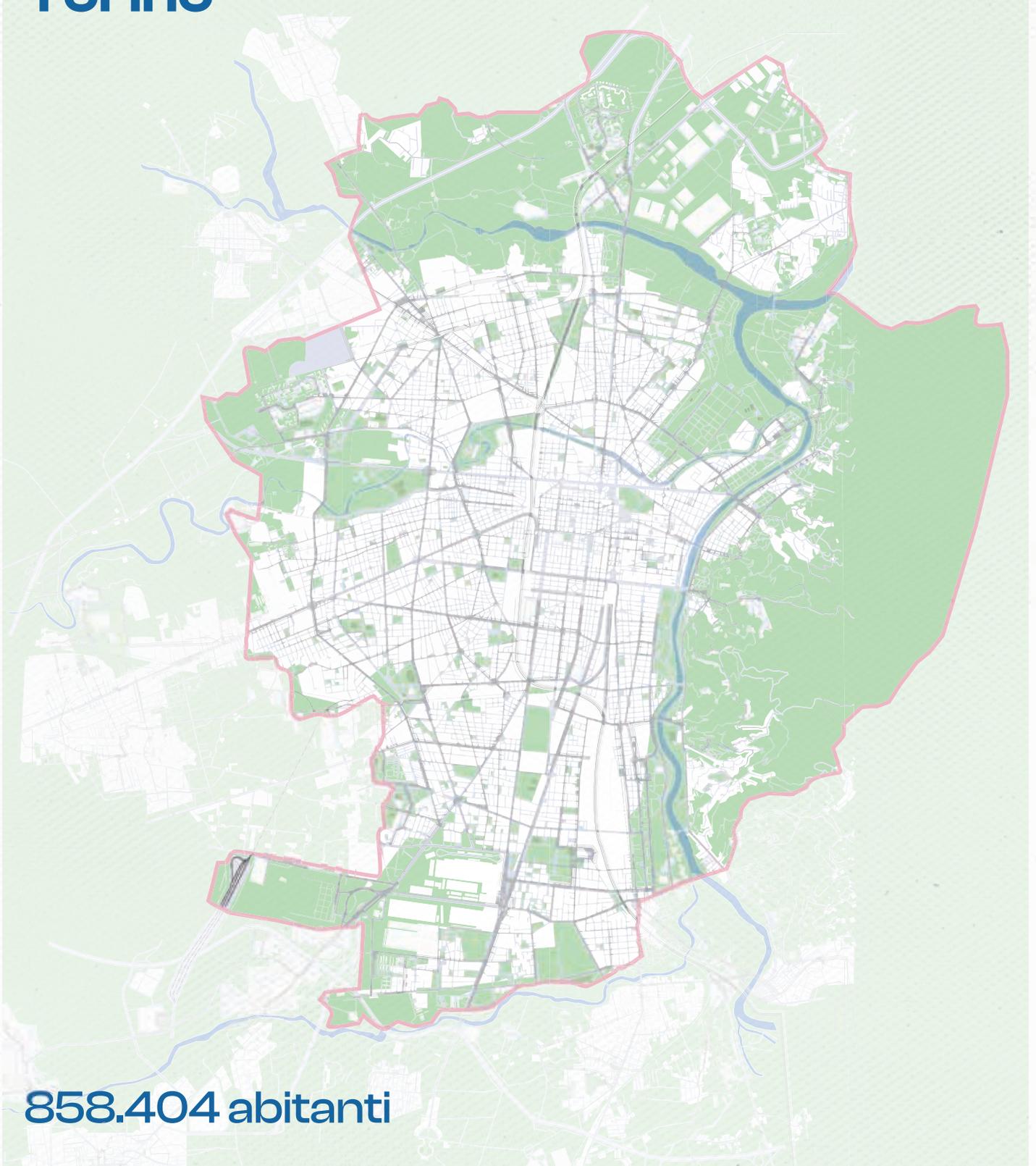
CAPITOLO

5



Mappatura

Torino



858.404 abitanti

5.1 Circoscrizioni

La città di Torino è suddivisa in 8 circoscrizioni amministrative con i relativi centri civici. Queste circoscrizioni raggruppano un totale di 94 zone statistiche, che a loro volta si compongono di 34 quartieri cittadini.

- 1 **Circoscrizione 1:**
Centro, Crocetta, San Secondo
79.186 ab.

- 2 **Circoscrizione 2:**
Santa Rita, Mirafiori Nord, Mirafiori Sud
132.691 ab.

- 3 **Circoscrizione 3:**
Borgo San Paolo, Cenisia, Pozzo Strada, Borgata Lesna, Cit Turin.
119.926 ab.

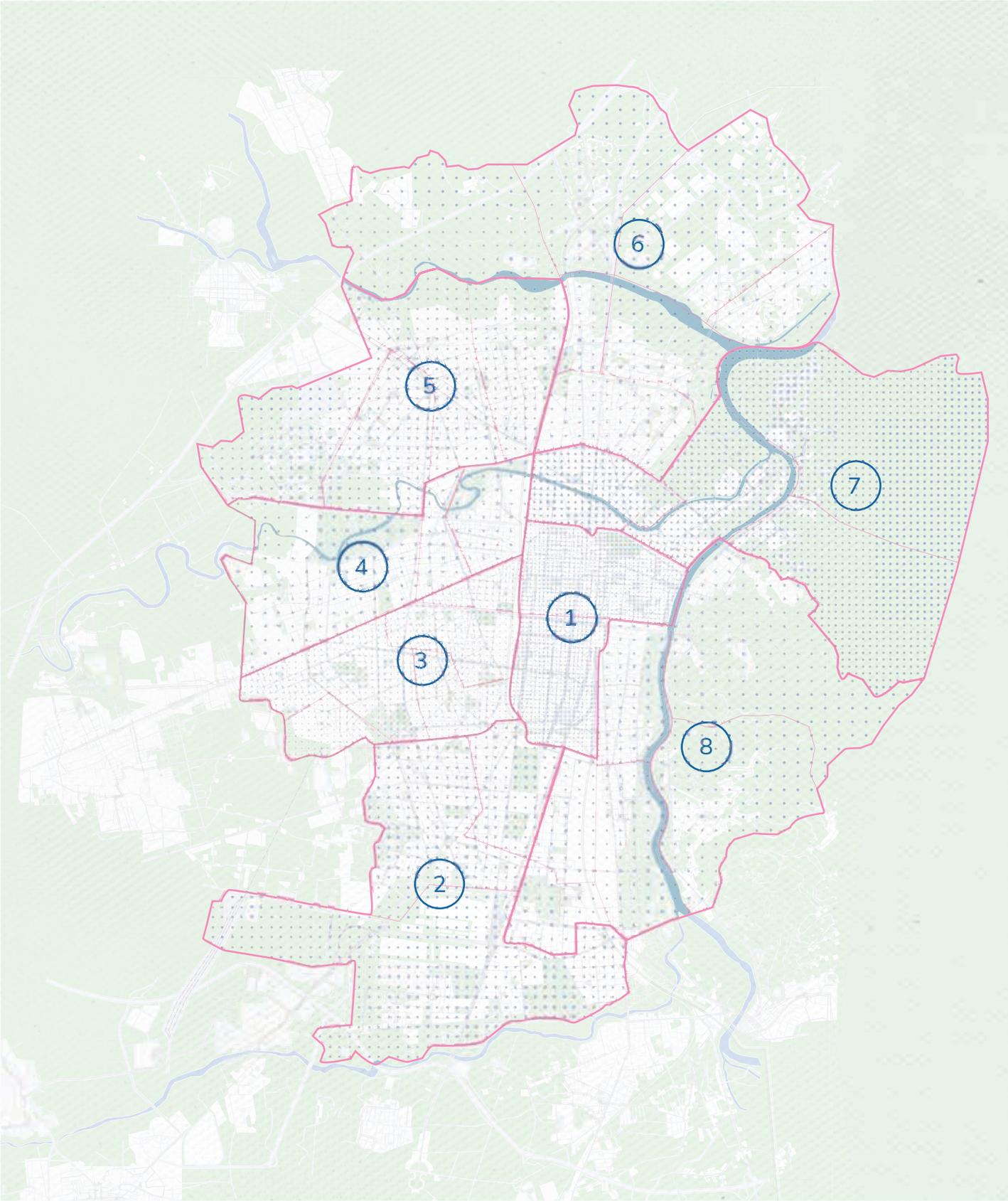
- 4 **Circoscrizione 4:**
San Donato, Martinetto, Campidoglio, Parella
93.977 ab.

- 5 **Circoscrizione 5:**
Borgo Vittoria, Madonna di Campagna, Lucento, Borgata Ceronda,
Vallette
120.591 ab.

- 6 **Circoscrizione 6:**
Barriera Di Milano, Regio Parco, Barca, Bertolla, Falchera, Pietra
Alta, Rebaudengo, Villaretto
104.408ab.

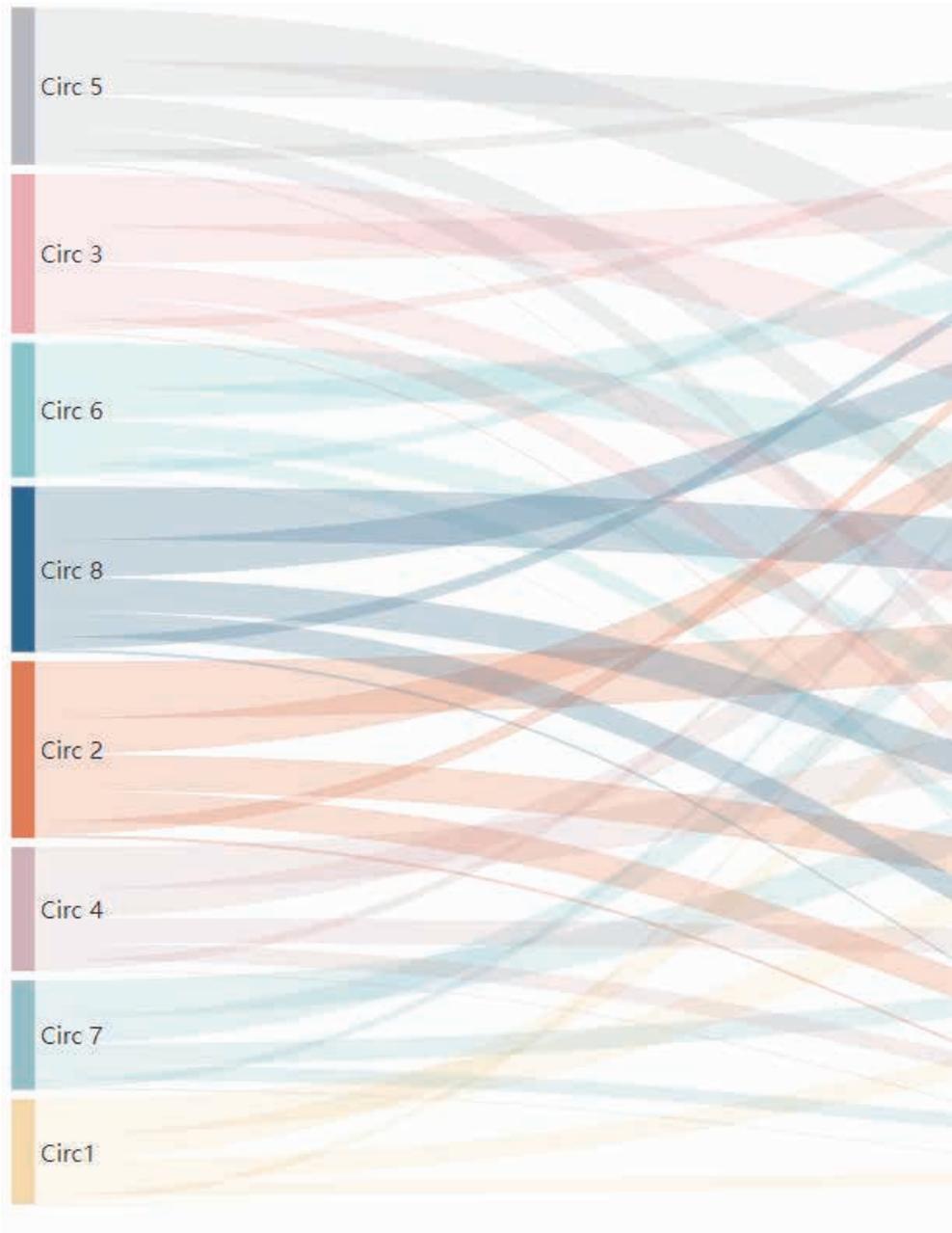
- 7 **Circoscrizione 7:**
Aurora, Vanchiglia, Borgata Sassi, Madonna del Pilone
82.924 ab.

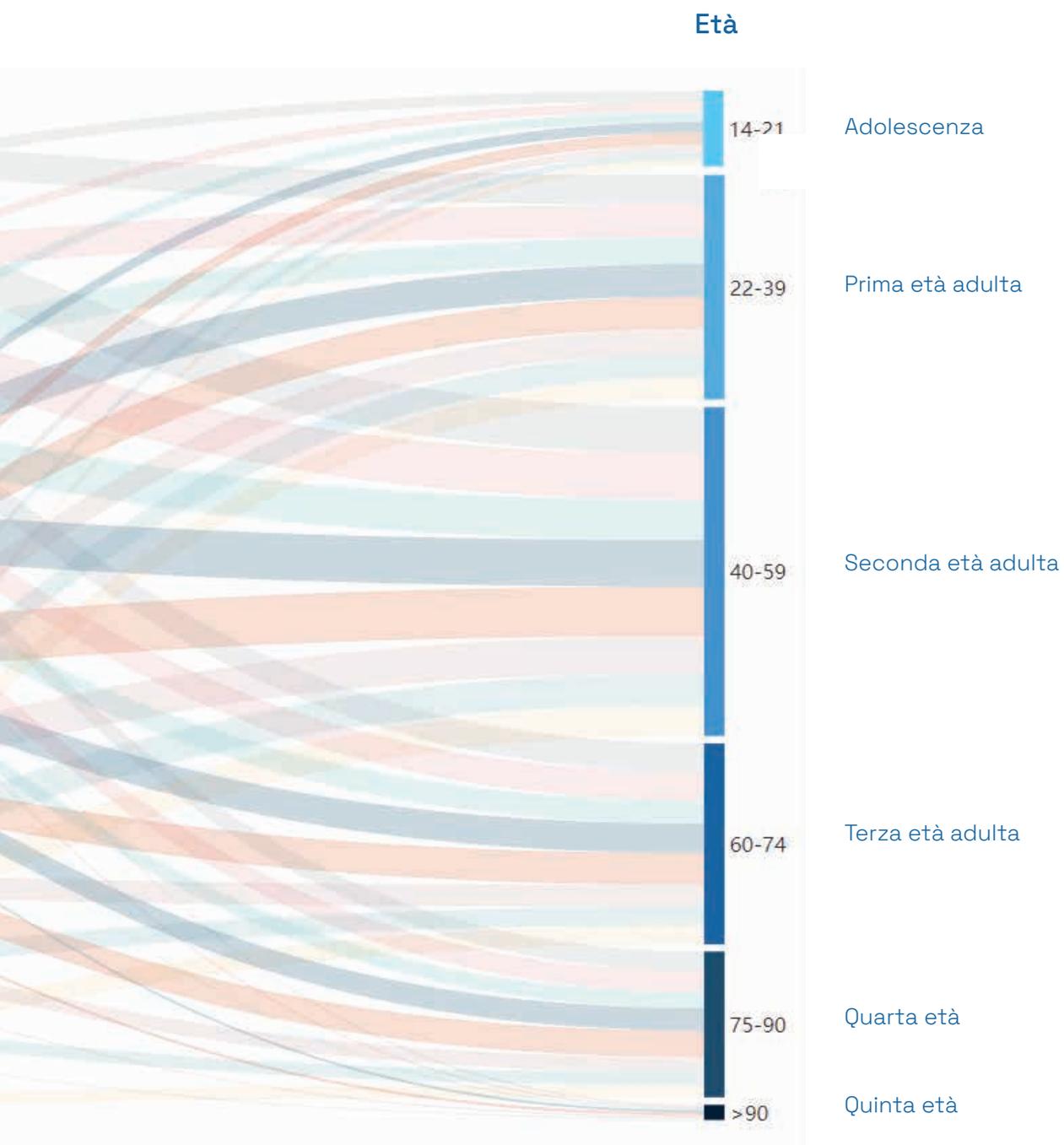
- 8 **Circoscrizione 8:**
San Salvario, Cavoretto, Borgo Po, Nizza Millefonti, Lingotto
124.701ab.



5.2 Età abitanti

Circoscrizioni





5.3 Personas



INFORMAZIONI DI BASE

Età: 40

Occupazione: Assistente domiciliare

Stato: Sposata

Luogo: Torino

OBIETTIVI

- Garantire la sicurezza della persona
- Fornire assistenza di qualità
- Contribuire a migliorare la qualità della vita

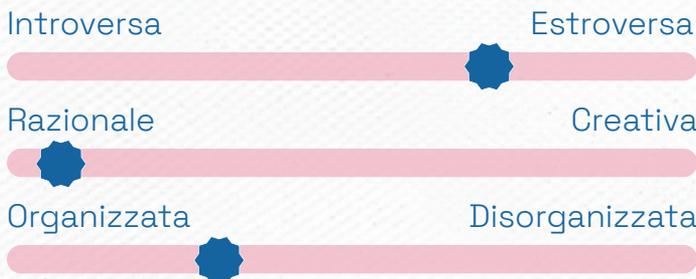
BISOGNI

- Gestione delle prestazioni a domicilio
- Collaborare con equipe multidisciplinari
- Condividere le informazioni

FRUSTRAZIONI

- Assenza di un sistema integrato di comunicazione tra i pazienti e le loro famiglie
- Carenza di un sistema organizzativo digitale per l'assistenza domiciliare
- Difficoltà a comunicare le attività ai colleghi

PERSONALITÀ



BIOGRAFIA

Alessandra è un'operatrice domiciliare, la sua passione per il lavoro si riflette nell'impegno costante per migliorare la vita di tutte le persone. Nell'ultimo periodo tuttavia non è soddisfatta a causa della mancanza di strumenti per ottimizzare la gestione dei suoi pazienti.



INFORMAZIONI DI BASE

Età: 71

Occupazione: Pensionato

Stato: Vedovo

Luogo: Torino

OBIETTIVI

- Diventare più organizzato
- Imparare a gestire la propria vita
- Adottare uno stile di vita salutare

BISOGNI

- Supporto emotivo
- Gestione delle attività quotidiane
- Monitoraggio delle condizioni di salute

FRUSTRAZIONI

- Senso di isolamento sociale
- Perdita di autonomia
- Difficoltà di comunicazione

PERSONALITÀ

Introverso

Estroverso



Razionale

Creativo



Organizzato

Disorganizzato



BIOGRAFIA

Marco ha capacità motorie limitate a causa di una malattia cronica. La mancanza di sua figlia, trasferita fuori città per lavoro, lo ha lasciato emotivamente smarrito.



INFORMAZIONI DI BASE

Età: 30

Occupazione: Insegnante

Stato: Nubile

Luogo: Milano

OBIETTIVI

- Creare una rete di supporto
- Garantire il benessere del padre
- Mantenere un equilibrio tra lavoro e famiglia

BISOGNI

- Trovare servizi di assistenza domiciliare
- Coordinamento delle cure mediche
- Gestione del proprio benessere

FRUSTRAZIONI

- Non comprendere le attività
- Senso di colpa per la distanza
- Comunicazione limitata con gli operatori

PERSONALITÀ

Introversa

Estroversa

Razionale

Creativa

Organizzata

Disorganizzata

BIOGRAFIA

Anna, giovane insegnante trasferita a Milano per lavorare, combina la sua determinazione professionale con la preoccupazione per la salute del padre anziano.



INFORMAZIONI DI BASE

Età: 36
 Occupazione: Operatore ONLUS
 Famiglia: Sposato
 Luogo: Torino

OBIETTIVI

- Comunicazione chiara ed efficace
- Fornire cura di alta qualità
- Promuovere il benessere emotivo

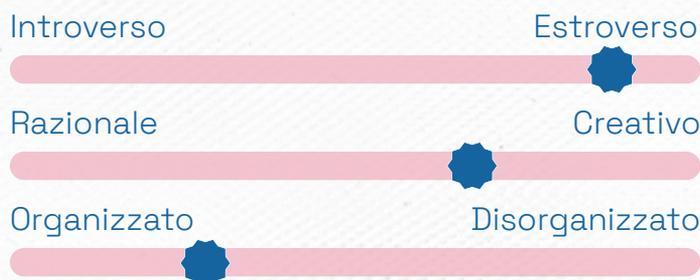
BISOGNI

- Formazione continua
- Supporto tecnologico
- Assistenza psicologica

FRUSTRAZIONI

- Mancanza di corsi di aggiornamento
- Difficoltà nell'incoraggiamento del paziente
- Mancanza di accesso a strumenti di comunicazione

PERSONALITÀ



BIOGRAFIA

Federico dedica la sua vita all'assistenza di chi ha bisogno. Con empatia e dedizione, si impegna a migliorare la qualità della vita degli altri, rendendolo una risorsa preziosa nella comunità.

CAPITOLO

6

Concept



6.1 Significato

Il design speculativo è la metodologia utilizzata per arrivare al progetto e si basa su un approccio di scrittura creativa sotto forma di domande “What if” finalizzate ad esplorare scenari futuri possibili.

Le idee provocatorie che nascono dalle domande sono chiamate story-concept: narrazioni immaginarie ed immersive incentrate allo stimolo del pensiero critico.



5.1 Mauro Brienza- “Summer”

6.2 Sviluppo

1 - Story Concept

Cosa succederebbe se a scuola ci insegnassero ad essere anziani?

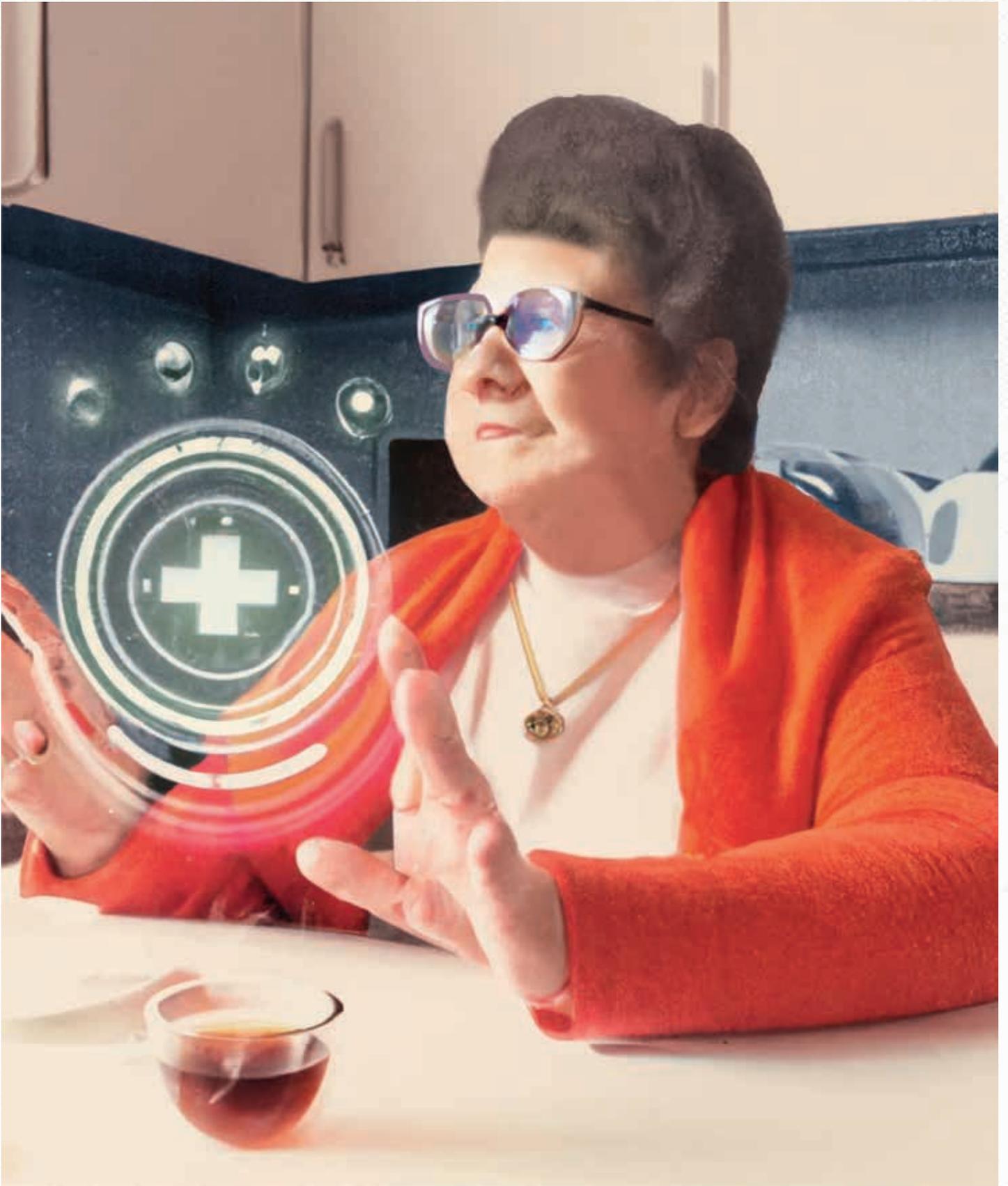
In un mondo nel quale avere superato i settant'anni di età è considerato un ostacolo alla produttività e gli anziani sono lasciati soli a se stessi, verrà erogata un'esperienza formativa per educare le giovani generazioni.



2 - Story Concept

Cosa succederebbe se il medico di famiglia fosse supportato da un dispositivo virtuale?

Questo scenario ha diversi vantaggi, come una maggiore facilità di accesso alle cure mediche, un monitoraggio continuo delle condizioni di salute e una migliore gestione dei pazienti a distanza. Tuttavia, è importante considerare anche i possibili limiti e le sfide legate all'uso di tecnologie digitali nella pratica medica, come la privacy dei dati e la necessità di un equilibrio tra l'interazione umana e l'uso delle tecnologie.



3 - Story Concept

Cosa succederebbe se il sistema sanitario non avesse più le risorse sufficienti per curare chiunque?

Questo scenario distopico comporterebbe la necessità di stabilire nuove priorità di accesso basate su criteri come la gravità delle condizioni o l'età.



4 - Story Concept

Cosa succederebbe se invecchiamento indipendente fosse supportato dalla tecnologia?

Un servizio per gli operatori impegnati sul territorio che faciliti l'organizzazione degli interventi giornalieri e la comprensione della situazione medica attraverso l'accesso delle informazioni sanitarie della persona insieme alla condivisione delle attività con i familiari.

La scelta finale è ricaduta su questo story-concept



CAPITOLO

7



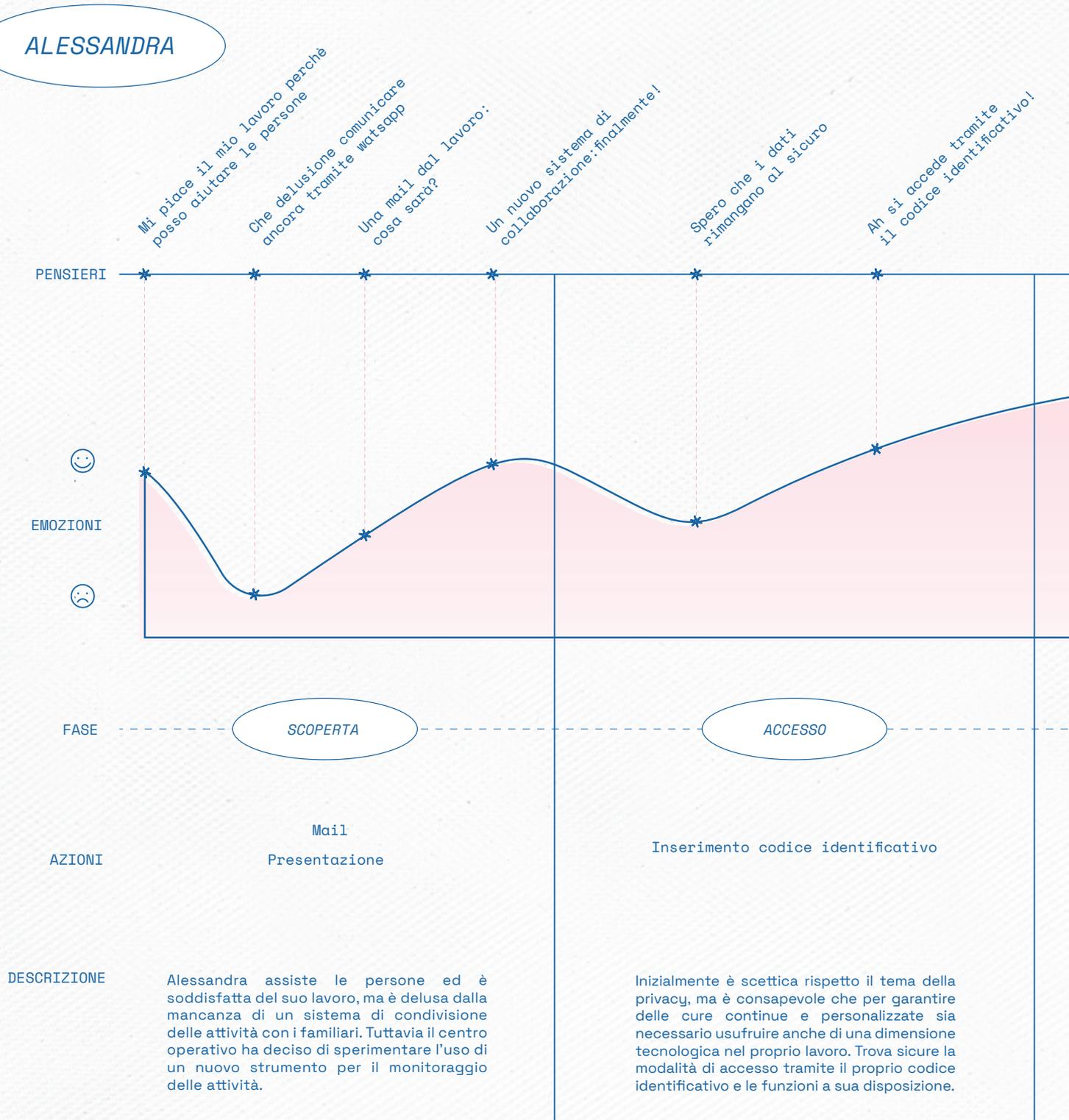
Progetto

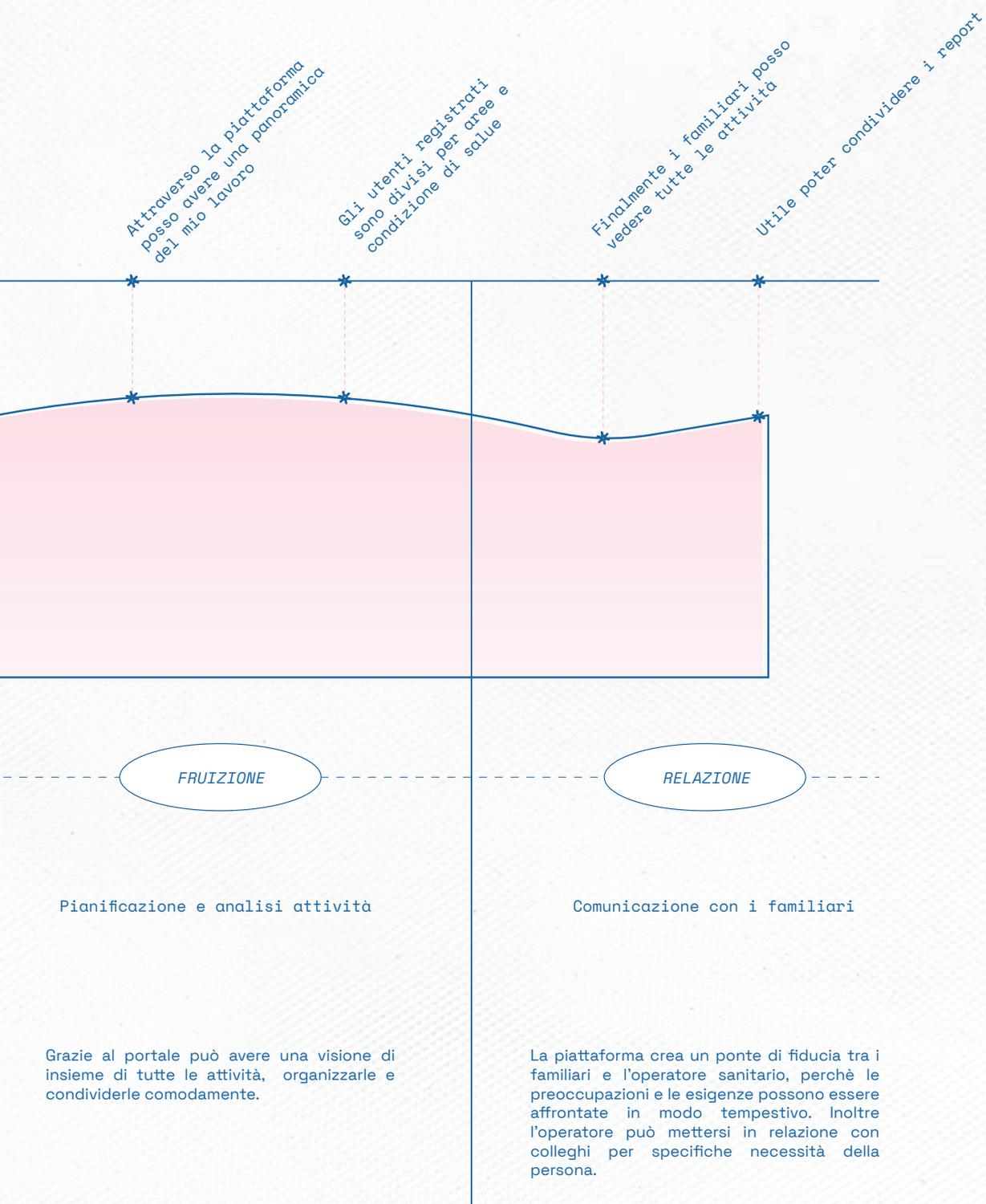
7.1 Introduzione

Il progetto consiste in un servizio di telemedicina chiamato InTime, una piattaforma multi-utente pensata per operatori sanitari, medici di famiglia, anziani e le loro famiglie che si pone come crocevia per monitorare le attività sul territorio, le persone che decidono di invecchiare in casa, il loro livello di autonomia nel tempo e inquadrare i casi di maggiore rischio per rispondere tempestivamente alle emergenze.

Come abbiamo visto nel terzo capitolo, la desk research ha fatto emergere un fenomeno sociale ampiamente diffuso nell'area mediterranea e in Inghilterra chiamato "Ageing in Place", tradotto come invecchiamento indipendente, che descrive la pratica di progettare il proprio invecchiamento in casa. Questo fenomeno, contenuto nella dimensione più grande dell'invecchiamento attivo, abbraccia diverse sfere progettuali come l'abbattimento delle barriere fisiche fuori e dentro casa, la qualità dei servizi in prossimità e l'utilizzo di dispositivi digitali di telemedicina, su cui questo progetto pone l'attenzione. Infatti InTime è una piattaforma che sostiene l'invecchiamento attivo e indipendente delle persone facilitando il lavoro degli operatori sul territorio attraverso un sistema digitale di gestione e monitoraggio. Perché l'Ageing in Place è riconosciuto come una scelta che dipende soprattutto dalle condizioni di salute della persona, infatti è desiderabile e attuabile solo in quei casi dove è presente un elevato stato di autonomia; tuttavia, l'autonomia non rappresenta una costante a lungo termine, quindi per garantire una maggiore sicurezza alle persone anziane è necessario affiancare al lavoro socio-assistenziale un monitoraggio continuo ed efficiente attraverso la tecnologia, soprattutto in vista dell'aumento di domanda di cura a cui le società occidentali stanno andando incontro.

7.2 Journey Map

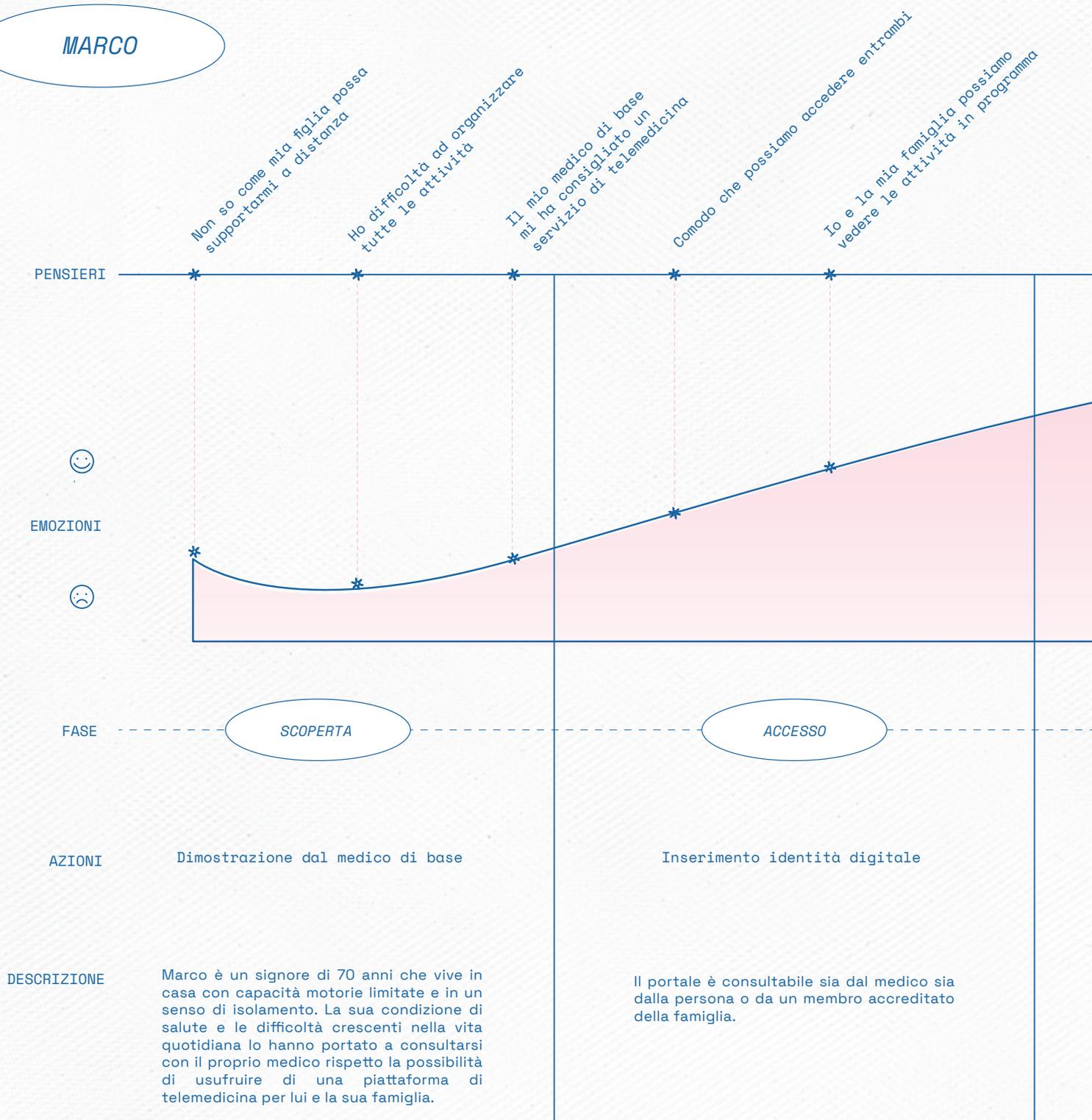


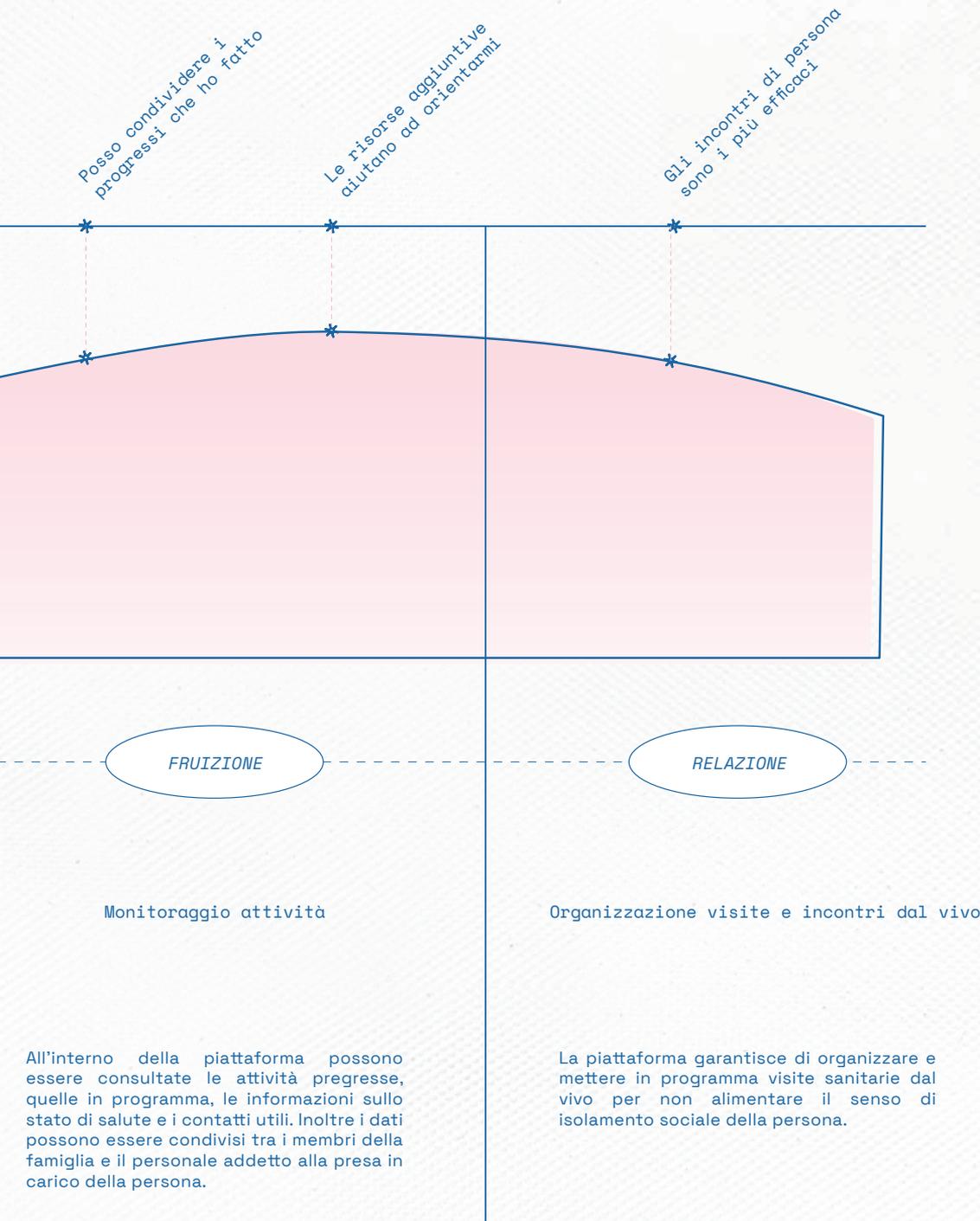


Grazie al portale può avere una visione di insieme di tutte le attività, organizzarle e condividerle comodamente.

La piattaforma crea un ponte di fiducia tra i familiari e l'operatore sanitario, perchè le preoccupazioni e le esigenze possono essere affrontate in modo tempestivo. Inoltre l'operatore può mettersi in relazione con colleghi per specifiche necessità della persona.

MARCO





ANNA

Sono preoccupata per mio papà

Spero che mi trasferiscano presto

Cos'è questa applicazione?

Aiutare a distanza mi fa sentire utile

PENSIERI

EMOZIONI



FASE

SCOPERTA

ACCESSO

AZIONI

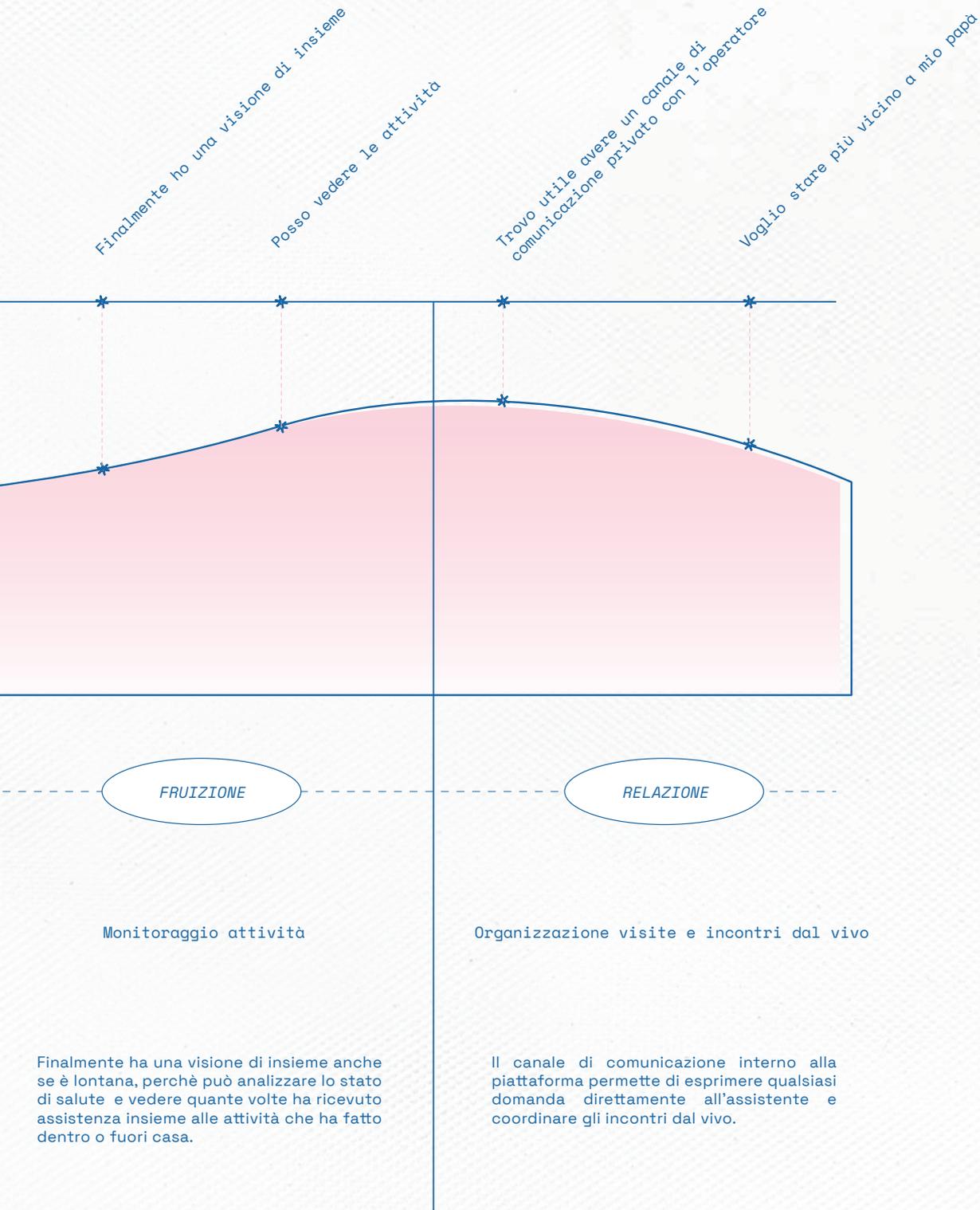
Presentazione

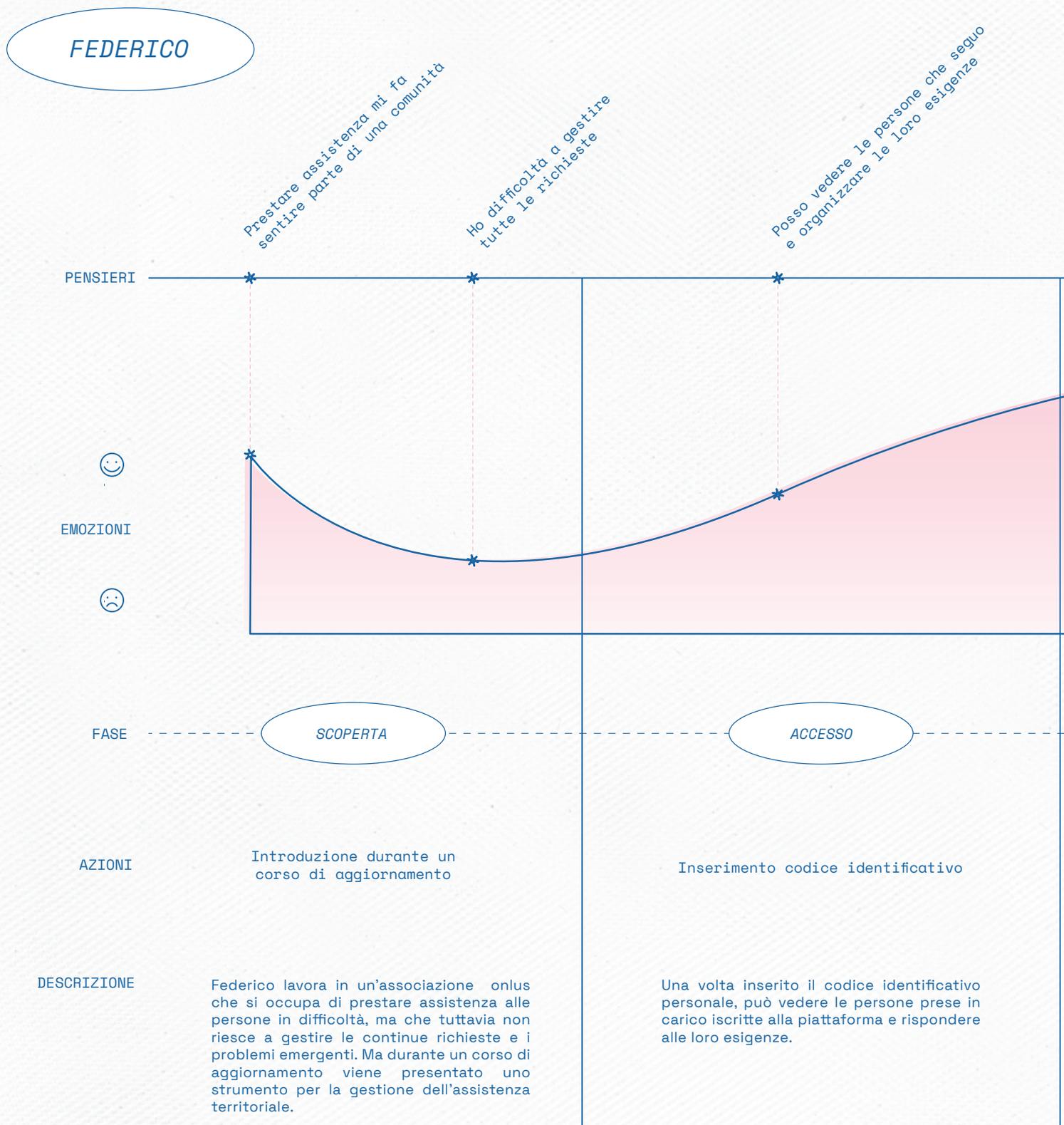
Inserimento identità digitale

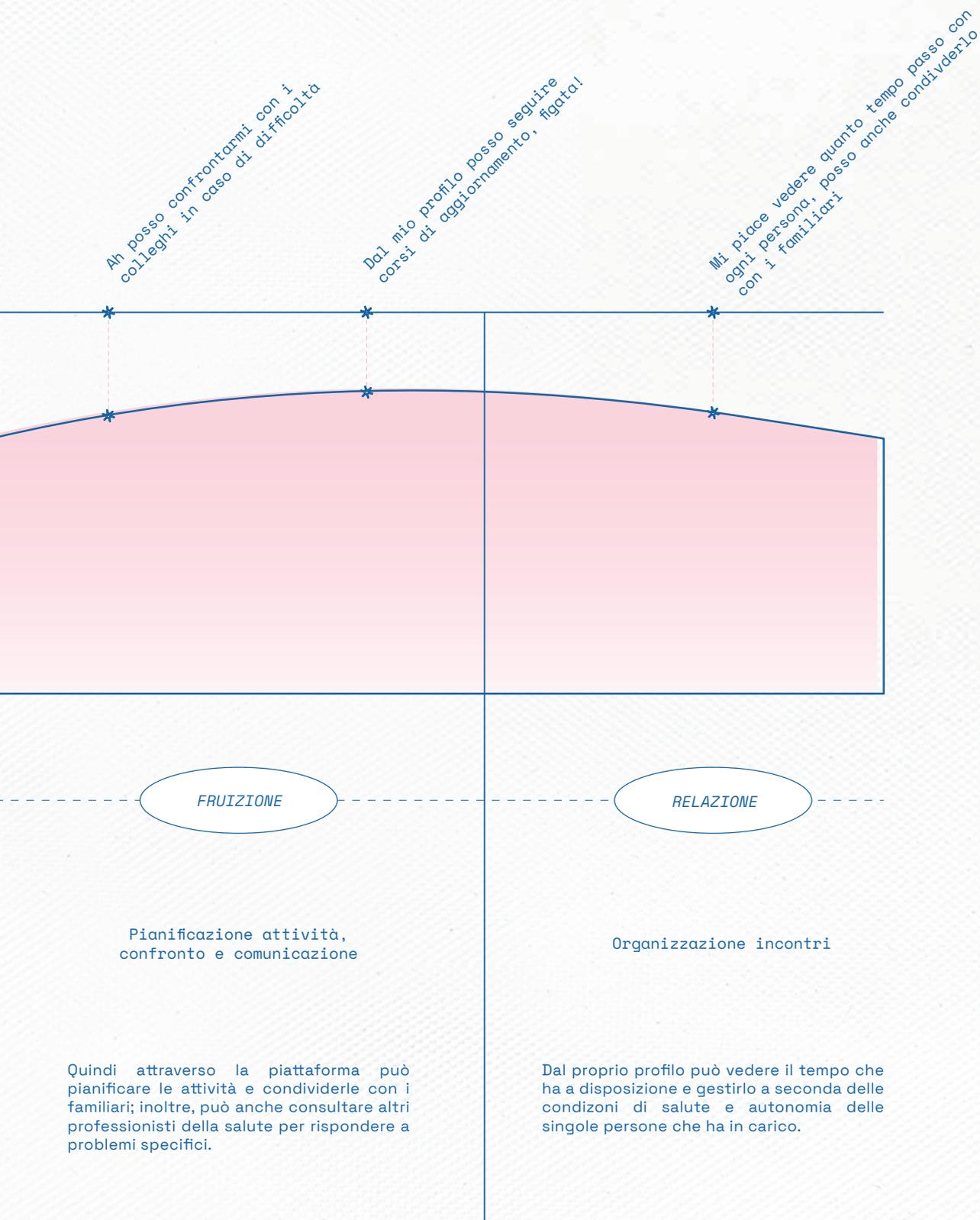
DESCRIZIONE

Anna spera che a lavoro la trasferiscano presto per essere più vicina a suo papà, nel frattempo cerca una soluzione per supportarlo a distanza e sentirsi utile.

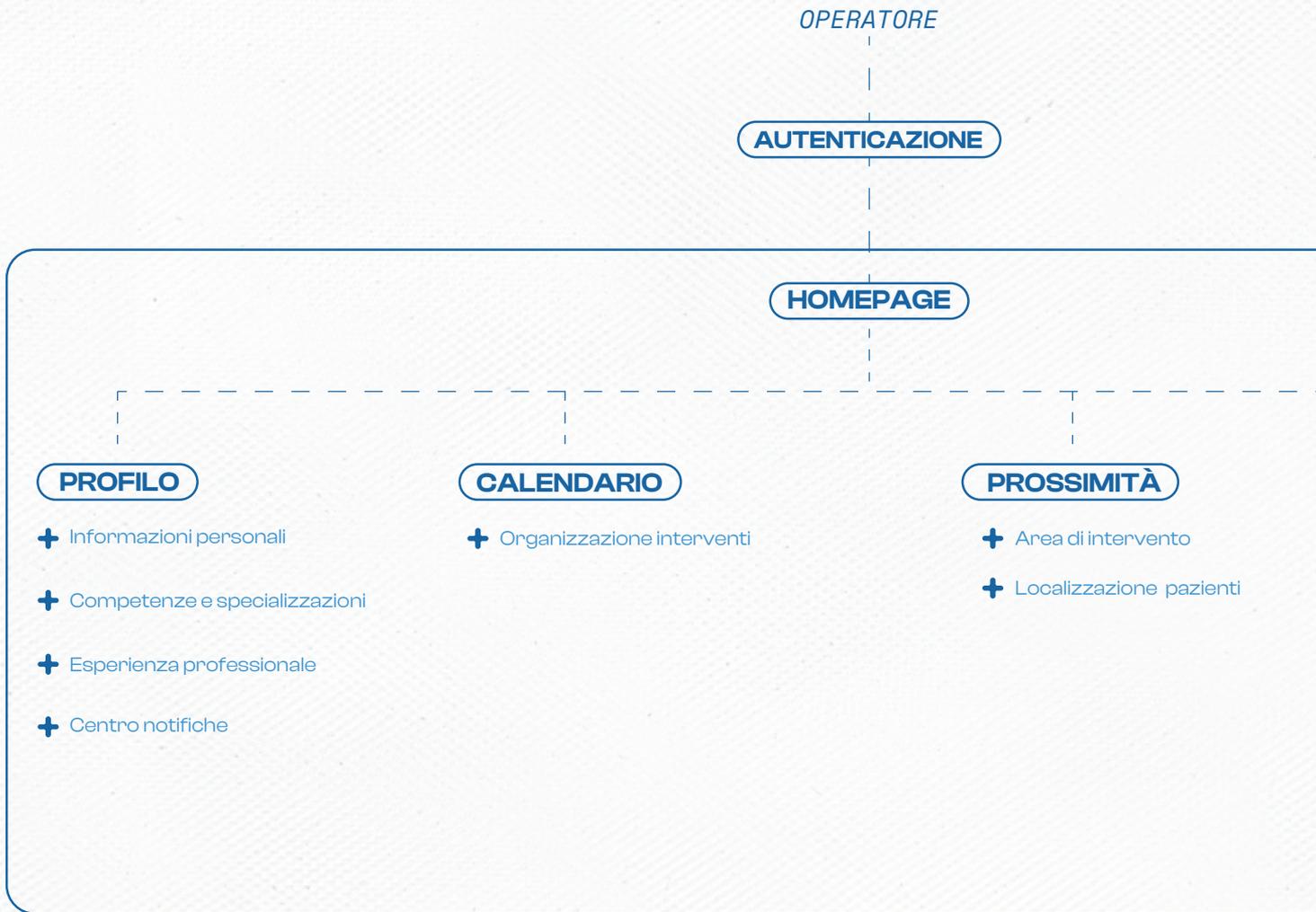
La possibilità di accedere e vedere le informazioni sullo stato di salute di suo papà le dà un senso di conforto.







7.3 Mappa piattaforma



ESPLORA

- + Lista persone prese in carico
- + Portale riservato

PORTALE RISERVATO

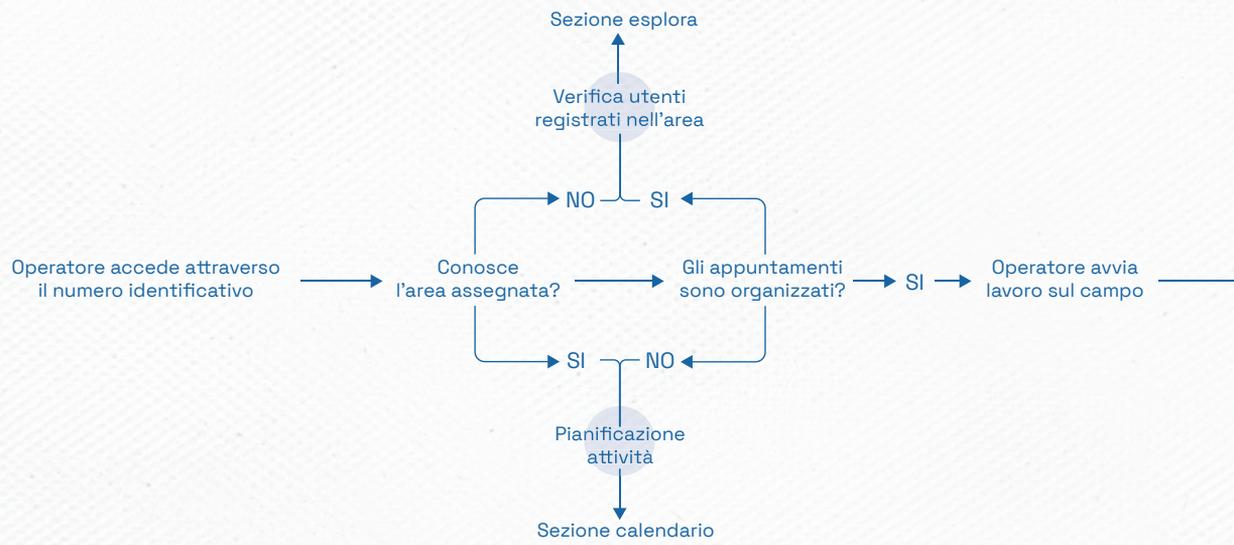
- + Informazioni civili
- + Malattie in corso
- + Stato emotivo
- + Allergie
- + Malattie remote (oltre i 10 anni)
- + Interventi chirurgici subiti
- + Terapia
- + Canale di comunicazione diretto
- + Reportistica
- + Risorse istruttive

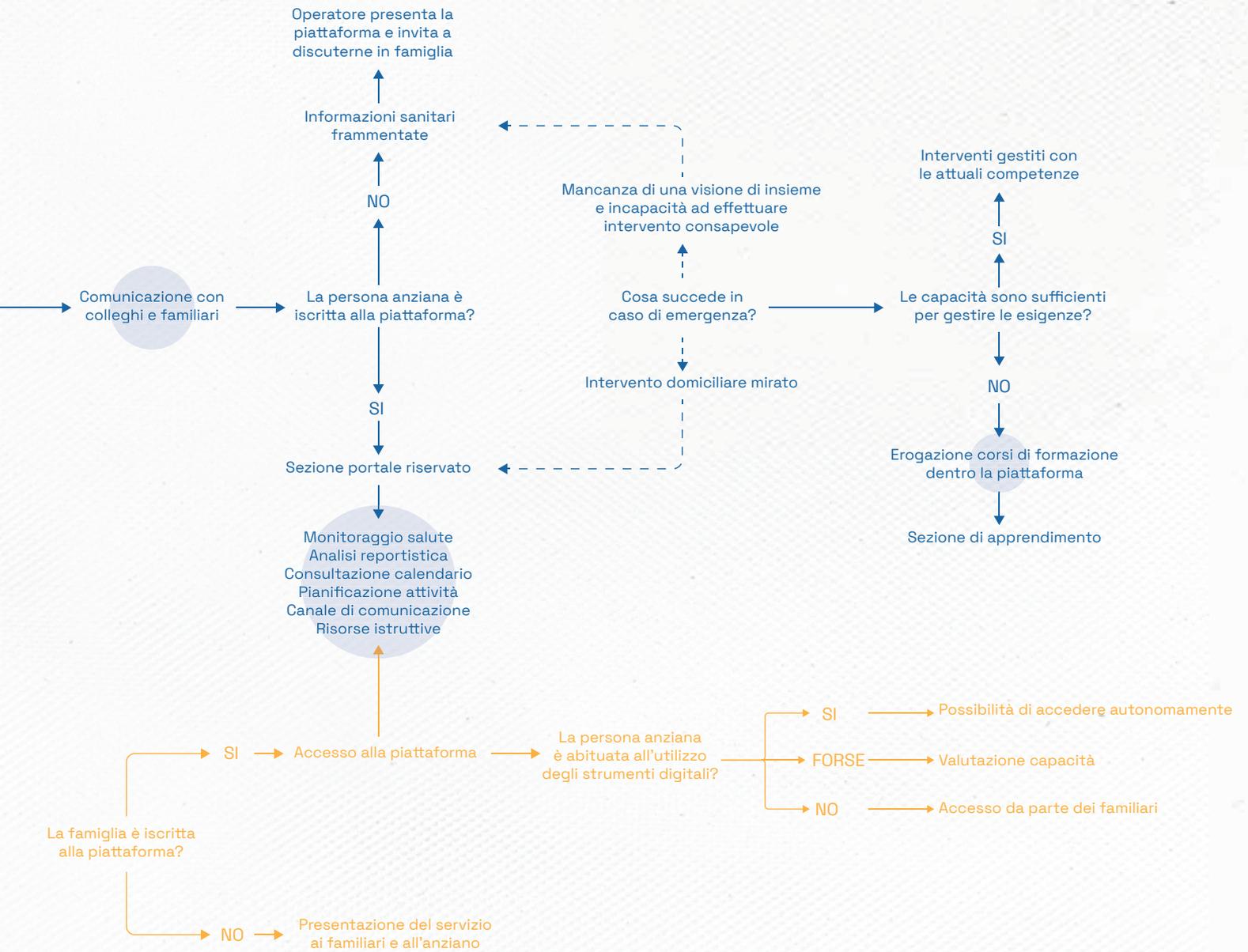
AUTENTICAZIONE

FAMIGLIA

7.4 User Flow

LEGENDA





7.5 Identità Visiva

PALETTE COLORI



CMYK C 93% M 59% Y 10% K 0%

RGB R 0 G 95 B 159

HEX 015F9F



CMYK C 0% M 34% Y 11% K 0%

RGB R 245 G 191 B 202

HEX F5BFCA



CMYK C 6% M 2% Y 1% K 0%

RGB R 242 G 247 B 251

HEX F2F7FB

TIPOGRAFIA

Clash Display

Titoli Sottotitoli

Minion Pro

Testi

Space Grotesk

Indicizzazioni

FONT

InTime

PITTOGRAMMA



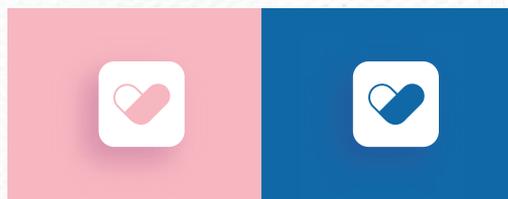
Cura

+



Pianificazione

=



LOGO

 *InTime*



Studio logo e pattern visivo



L'identità visiva di intime si basa sul logotipo caratterizzato da un font dal linguaggio moderno e dal pittogramma disegnato intorno a due parole chiave: la cura, intesa come attenzione, e una spunta tipica delle liste di pianificazione, perchè l'organizzazione è altrettanto importante nel lavoro per la salute della persone. Il nome intime poi è stato studiato secondo il concetto che il proprio tempo può essere usato per generare azioni di cura, ad esempio dedicando attenzione verso qualcuno. L'idea del logo è l'unione di questi concetti che vengono rappresentati per evocare empatia e sicurezza.

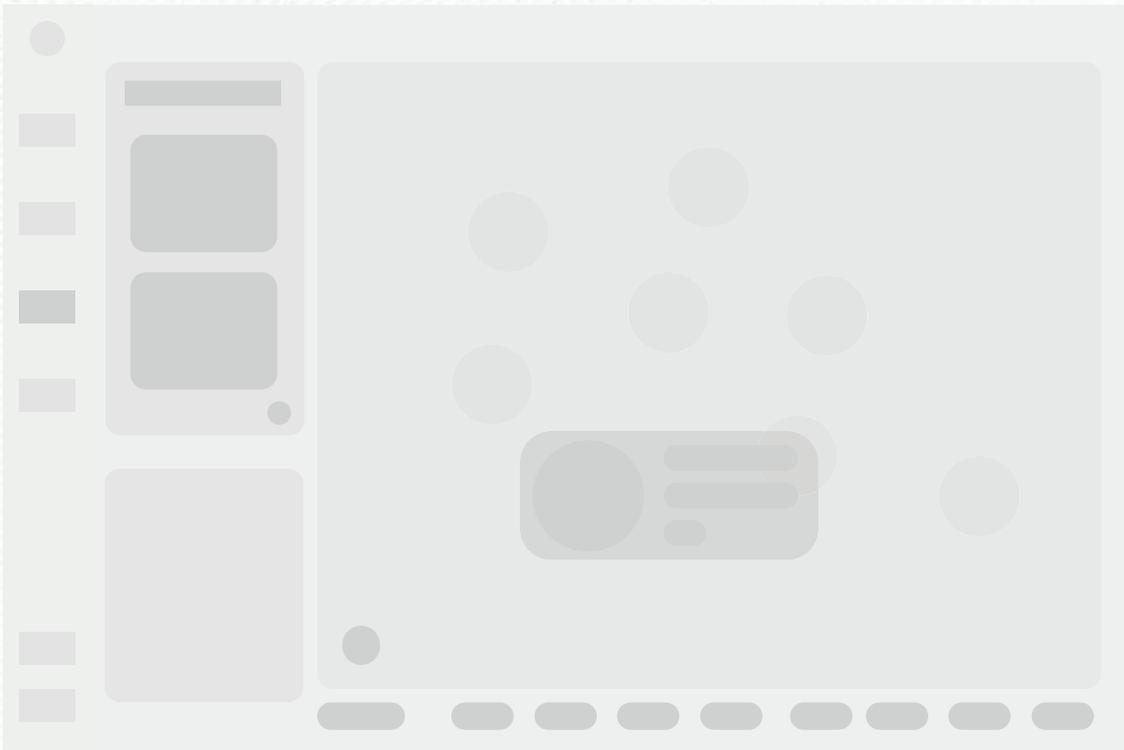
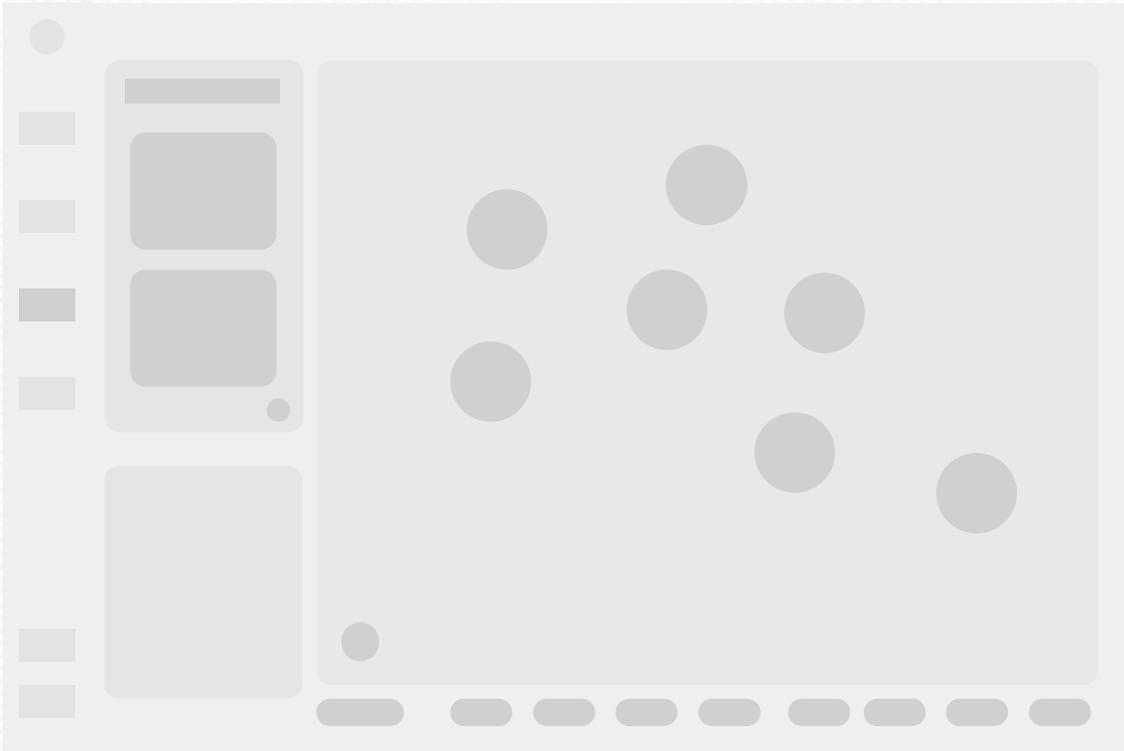


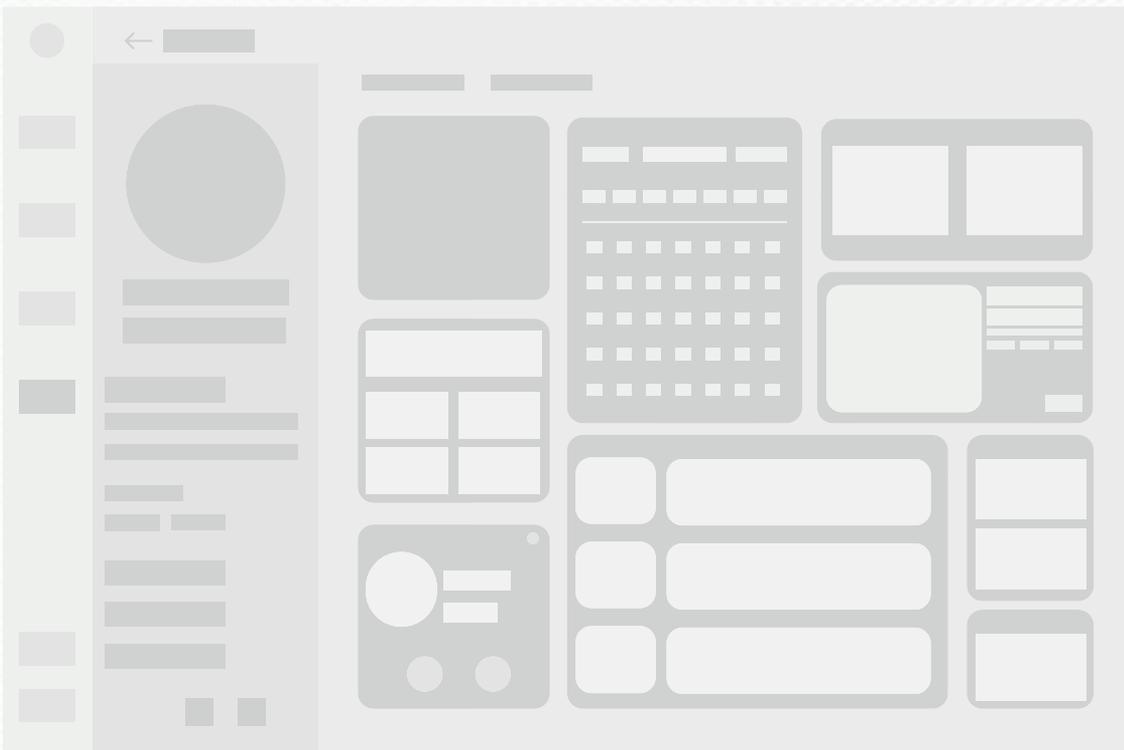
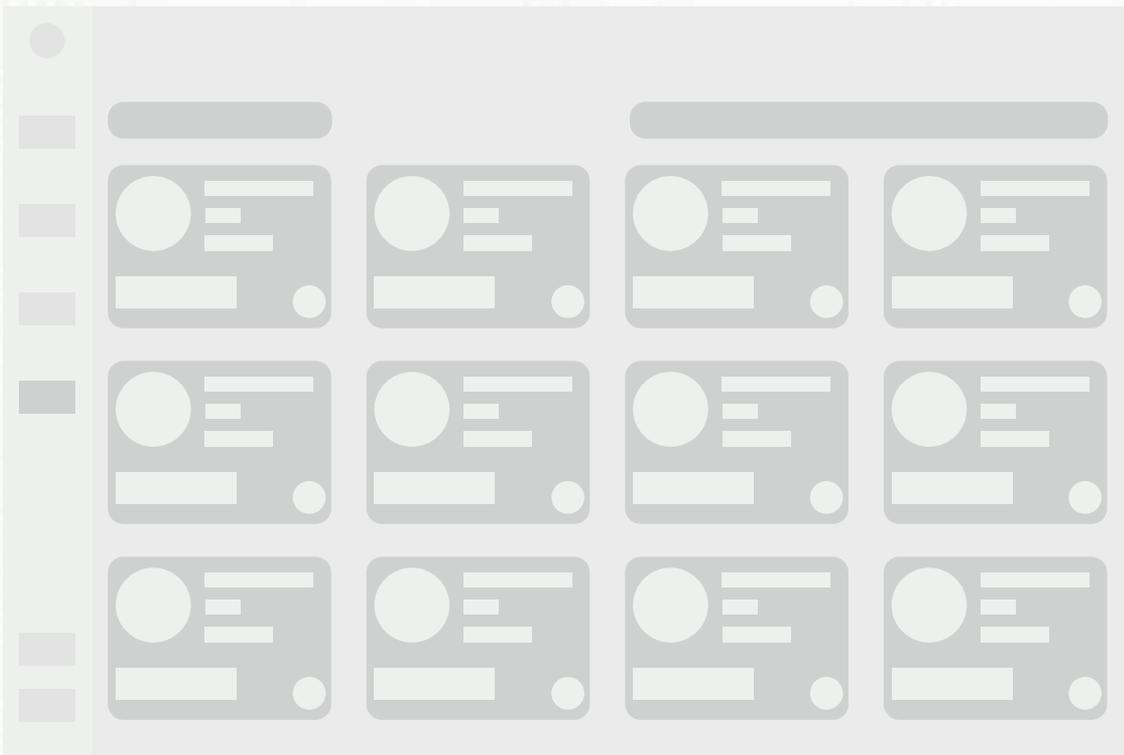
Immagini di comunicazione



Mockup piattaforma

7.6 Wireframe

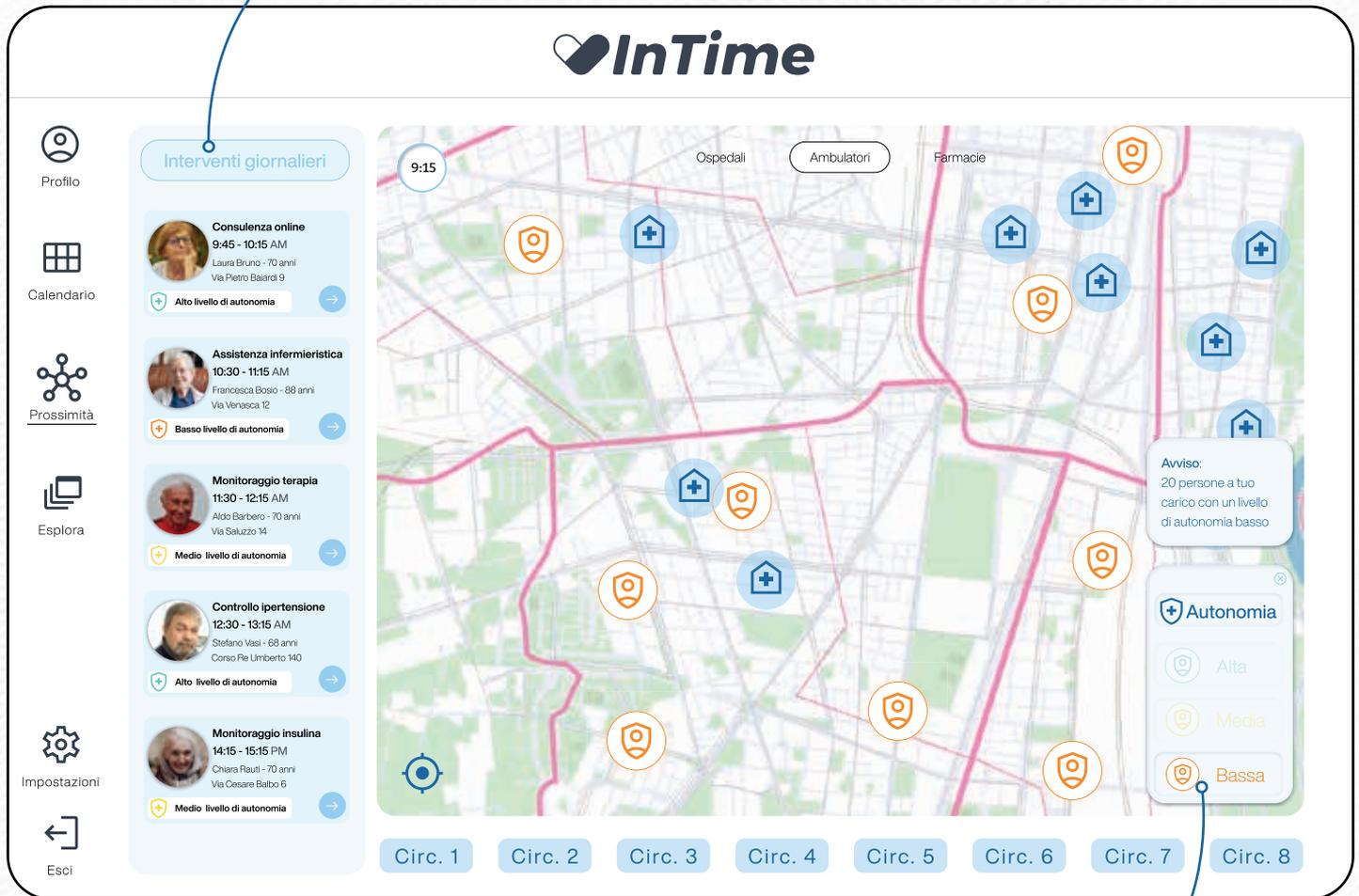




7.7 UI Design

Utente: Operatore domiciliare

La piattaforma permette di organizzare e vedere facilmente gli appuntamenti della giornata



Attraverso i filtri possono essere evidenziati i residenti sulla base della loro capacità di autonomia

Porzioni estese della città possono essere analizzate attraverso l'analisi dello stato di salute delle persone residenti nell'area ed iscritte alla piattaforma

InTime

9:45 Ospedali Ambulatori Farmacie

Circoscrizione 2

41.6 % 33.4 % 25 %

Nell'area hai 12 persone a tuo carico, presta attenzione perché la zona presenta un numero maggiore di media e bassa autonomia

Autonomia

- Alta
- Media
- Bassa

Circ. 1 **Circ. 2** Circ. 3 Circ. 4 Circ. 5 Circ. 6 Circ. 7 Circ. 8

Interventi giornalieri

Consulenza online
9:45 - 10:15 AM
Laura Bruno - 70 anni
Via Pietro Balardi 9
Alto livello di autonomia

Assistenza infermieristica
10:30 - 11:15 AM
Francesca Bosso - 88 anni
Via Venasca 12
Basso livello di autonomia

Monitoraggio terapia
11:30 - 12:15 AM
Aldo Barbero - 70 anni
Via Saluzzo 14
Medio livello di autonomia

Controllo ipertensione
12:30 - 13:15 AM
Stefano Vasi - 68 anni
Corso Re Umberto 140
Alto livello di autonomia

Monitoraggio insulina
14:15 - 15:15 PM
Chiara Rauti - 70 anni
Via Cesare Balbo 6
Medio livello di autonomia

Profilo
Calendario
Prossimità
Esplora
Impostazioni
Esci

E' possibile focalizzare il monitoraggio su un'intera circoscrizione per migliorare la gestione di quella porzione di territorio

Quando una nuova persona vuole iscriversi, l'operatore può aggiungere i suoi dati autonomamente

The screenshot displays the InTime application interface. At the top center is the InTime logo. Below it, the current location is 'Circoscrizione 2'. A search bar on the right contains the text 'Cerca un profilo'. On the left, a vertical sidebar contains navigation icons for 'Profilo', 'Calendario', 'Prossimità', 'Esplora', 'Impostazioni', and 'Esci'. A button 'Aggiungi una nuova persona' with a plus icon is located at the top left of the profile list. The main area shows a grid of 12 user profiles, each with a circular profile picture, name, age, and autonomy level (Bassa, Media, or Alta autonomia) with a plus icon. Below the grid is a horizontal menu with buttons for 'Torino' and 'Circ. 1' through 'Circ. 8', with 'Circ. 2' currently selected. A vertical scrollbar is on the right side of the profile list.

Nome	Età	Autonomia
Francesca Bosio	88 anni	Bassa autonomia
Marco Cavanè	77 anni	Bassa autonomia
Francesco Brogla	71 anni	Bassa autonomia
Filippo Campora	70 anni	Bassa autonomia
Alessandra Campora	70 anni	Bassa autonomia
Aldo Barbero	75 Anni	Media autonomia
Chiara Rauti	70 anni	Media autonomia
Stefano Danella	76 anni	Media autonomia
Roberta Cuda	67 anni	Media autonomia
Stefano Vasi	68 anni	Alta autonomia
Laura Bruno	66 anni	Alta autonomia
Rosetta Gaggiolo	65 anni	Alta autonomia

InTime

Profilo

Calendario

Prossimità

Esplora

Impostazioni

Esci

Nome e cognome
Marco Cavanè

Età
77 anni

Localione
Corso Re Umberto 140

Stato di salute:
Basso livello di autonomia

Malattia:
Artrite Reumatoide

Cartella clinica

Prenota visita

← Torna ad esplora

Livello di autonomia

Mobilità

Partecipazione sociale

Cura personale

Gestione finanziaria

Capacità digitali

* Terapia a base di Corticosteroidi

Gruppo sanguigno A -

Allergico al methotrexate

Anna Barbero
Figlia

< Agosto > 2023

LU	MA	ME	GI	VE	SA	DO
31	1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12	13
14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27
28	29	30	31	1	2	3

Attività

- Seduta dal fisioterapia** (Dr.ssa Laura Santullo)
14 Agosto 10:00 am - 10:45 am
- Monitoraggio terapia** (Dr.ssa Marta Lauria)
16 Agosto 09:00 am - 10:00 am
- Assistenza domestica** (Il girasole Onlus)
17 Agosto 10:00 am - 10:45 am

Pressione del sangue
Normal
119/80 mmHg

Battito cardiaco
Misurazione attuale
105 bpm

Progressi Questa Settimana

70%

Esercizi caricati: 8 / 12
Tempo di esecuzione: 160min

Approfondisci

Valutazione di prossimità:

Eccellente

Vicini 7/10 Quartiere 8/10

Nota:
uno dei vicini di casa di Marco non è indifferente, perchè si interessa a lui come quando gli ha comprato le medicine quel giorno che piovava. Il quartiere poi è sicuro e in prossimità a molti servizi.

Nella scheda sono raccolte tutte le informazioni utili per una migliore comprensione della persona

Utente: Anziano / Parente

Ogni utente o familiare delegato può entrare nella piattaforma per monitorare lo stato di salute, i progressi e avere un contatto immediato con il medico di base

The screenshot displays the 'InTime' user interface. At the top center is the 'InTime' logo. Below it, navigation tabs include 'Overview', 'Scheda' (selected), 'Prenota visita', and 'Calendario'. On the left, a vertical sidebar contains icons for 'Profilo', 'Prossimità', 'Impostazioni', and 'Esci'. The main content area is divided into several sections: 1. 'Cartella clinica' (Medical Record) with a home icon. 2. 'Medico di base' (General Practitioner) featuring a photo of Filippo Vasi, his studio address (Corso Filippo Turati), and availability (Lun-Ven 8:00-19:00), along with contact icons for phone, chat, and video. 3. 'Livello di autonomia' (Autonomy Level) with progress bars for 'Mobilità', 'Partecipazione sociale', 'Cura personale', 'Gestione finanziaria', and 'Capacità digitali'. 4. 'Pressione del sangue' (Blood Pressure) showing a 'Normal' status at 119/80 mmHg. 5. 'Battito cardiaco' (Heart Rate) showing a 'Misurazione attuale' (current measurement) of 105 bpm. 6. 'Valutazione di prossimità' (Proximity Evaluation) with an 'Eccellente' (Excellent) rating, scores of 7/10 for 'Vicini' (Neighbors) and 8/10 for 'Quartiere' (Neighborhood), and a note about the user's safety and proximity to services. 7. 'Progressi attività' (Activity Progress) with a 70% completion ring, 8 exercises out of 12 loaded, and a 160-minute execution time.

The screenshot displays the InTime application interface. At the top center is the InTime logo. On the left side, there is a vertical navigation menu with icons for 'Profilo', 'Prossimità', 'Impostazioni', and 'Esci'. The main content area is divided into two sections. The left section is a patient profile for Marco Cavanè, 77 years old, with a rheumatoid arthritis diagnosis and low autonomy. The right section, titled 'Prenota visita', features a central diagram with a human silhouette and eight interconnected care areas: Assistenza medica, Assistenza tecnologica, Supporto sociale, Cura domiciliare, Educazione e formazione, Benessere fisico, Supporto emotivo, and Mobilità e trasporto. The 'Prenota visita' tab is currently selected in the top navigation bar.

Nella sezione “prenota visita” è possibile consultare tutte le aree che riguardano la salute, vedere al loro interno le professioni specifiche e prenotare quella migliore per le proprie esigenze

Ad esempio in benessere fisico potrà scegliere se prenotare una visita con un personal trainer, un fisioterapista o un nutrizionista

The screenshot displays the InTime mobile application interface. At the top, the InTime logo is visible. The main content is divided into two sections. On the left is a user profile card for Marco Cavanè, 77 years old, with a rheumatoid arthritis diagnosis and low autonomy. On the right is the appointment booking section, currently showing the 'Benessere fisico' (Physical Well-being) category. Below this, there are three options: Personal trainer, Fisioterapista (Physiotherapist), and Nutrizionista (Nutritionist). A blue arrow points from the text above to the 'Benessere fisico' button.

InTime

Profilo

Prossimità

Nome e cognome
Marco Cavanè

Età
77 anni

Locazione
Corso Re Umberto 140

Malattia:
Artrite Reumatoide

Stato di salute:
Basso livello di autonomia

Impostazioni

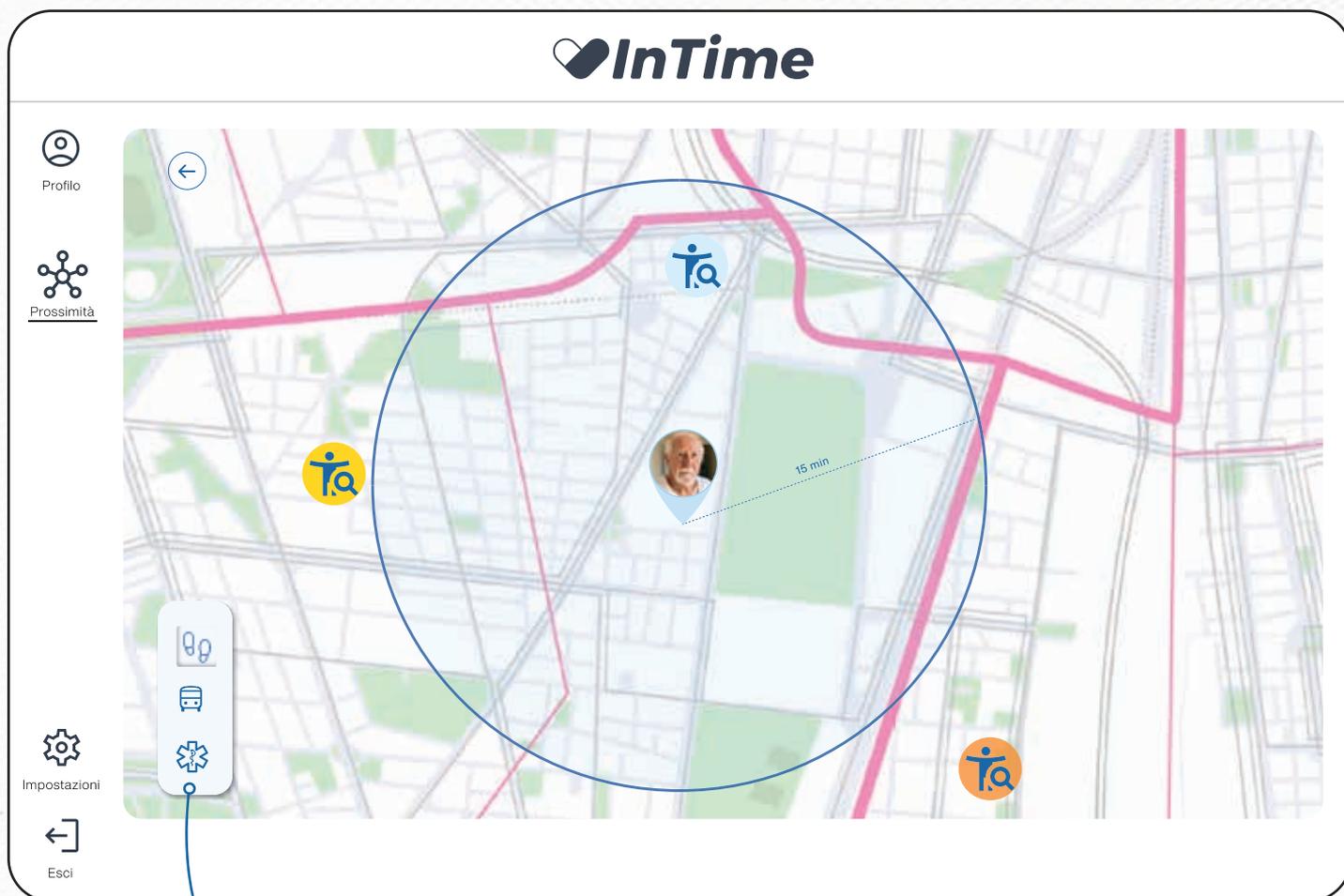
Esci

Overview Scheda Prenota visita Calendario

Benessere fisico

Scegli solo il meglio

Personal trainer Fisioterapista Nutrizionista



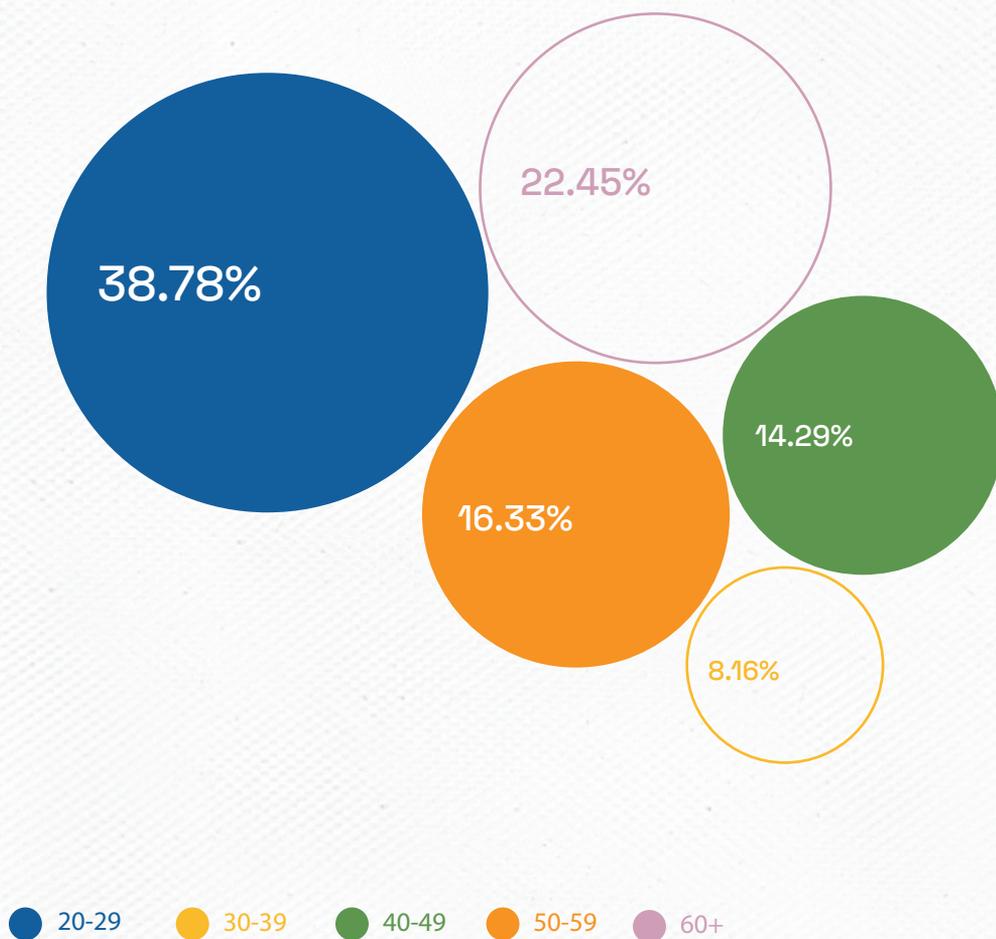
Una volta selezionata una categoria, l'utente potrà vedere se uno studio è presente nella sua area di prossimità, quindi raggiungibile in 15 min a piedi o in bus, oppure se dovrà prenotare un trasporto speciale.

7.8 Analisi qualitativa

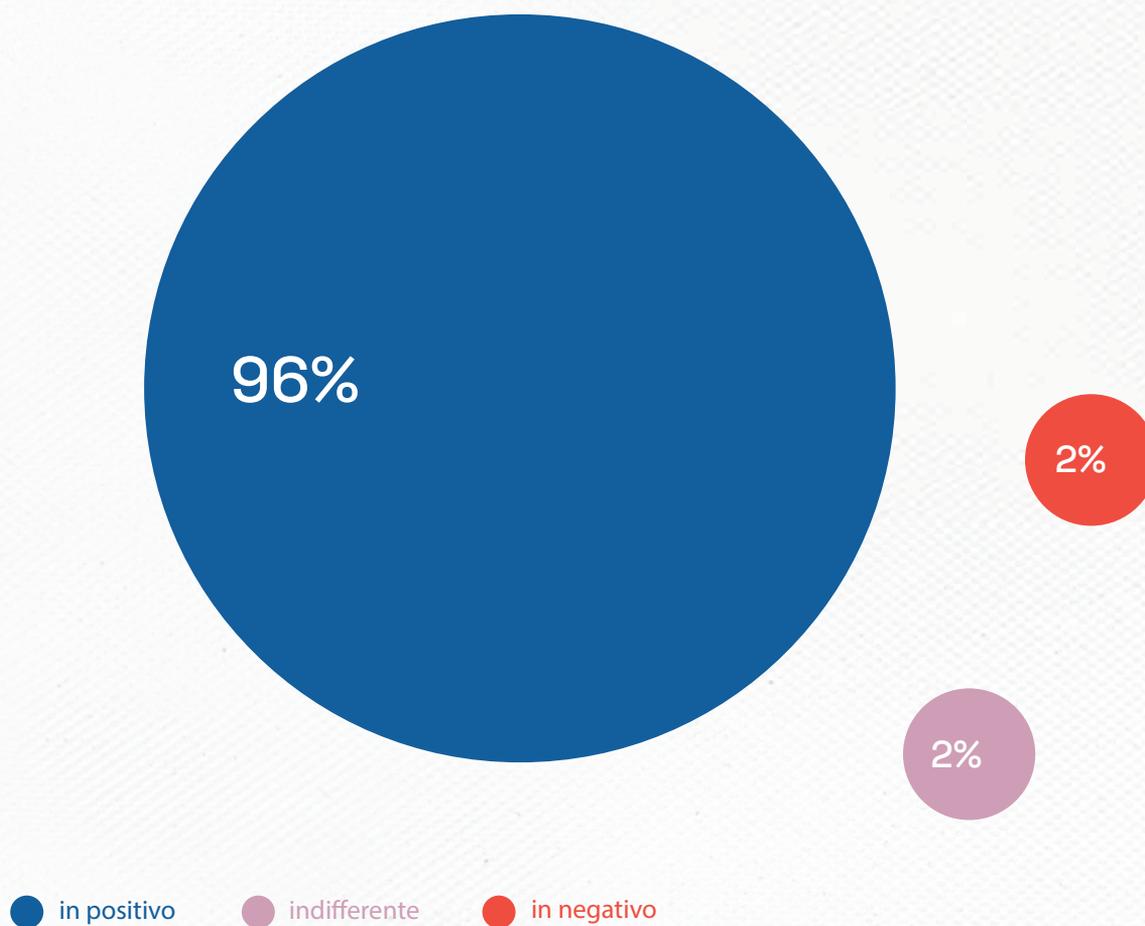
Questionario

*Nota: il questionario è stato risposto da 49 persone

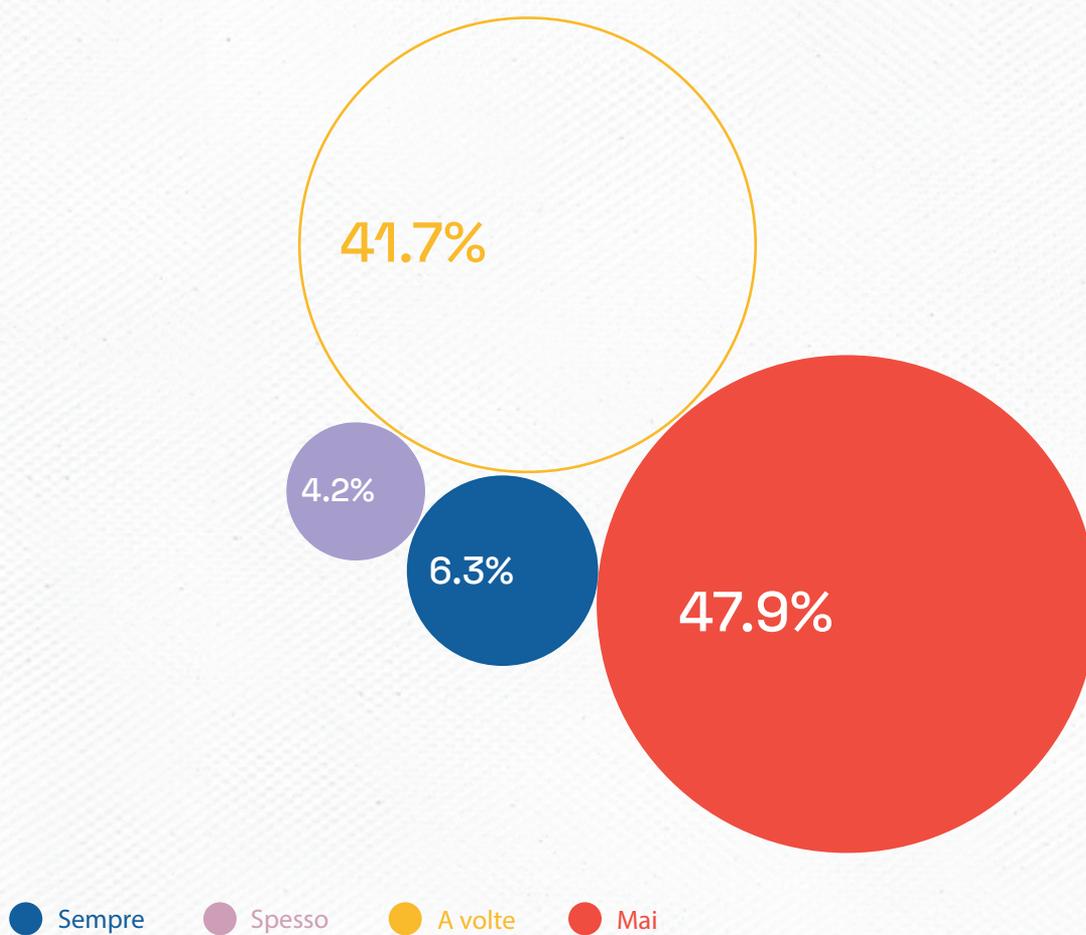
Quanti anni hai?



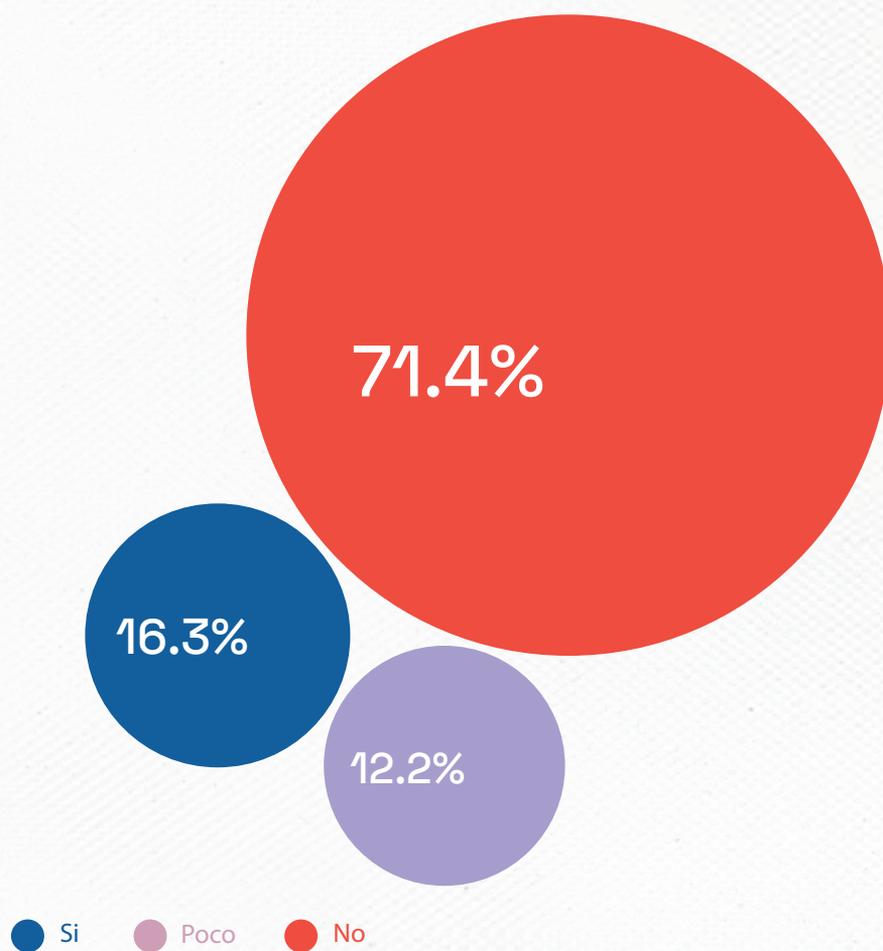
Ritieni che i servizi digitali possano avere un impatto sulla gestione della salute in futuro?



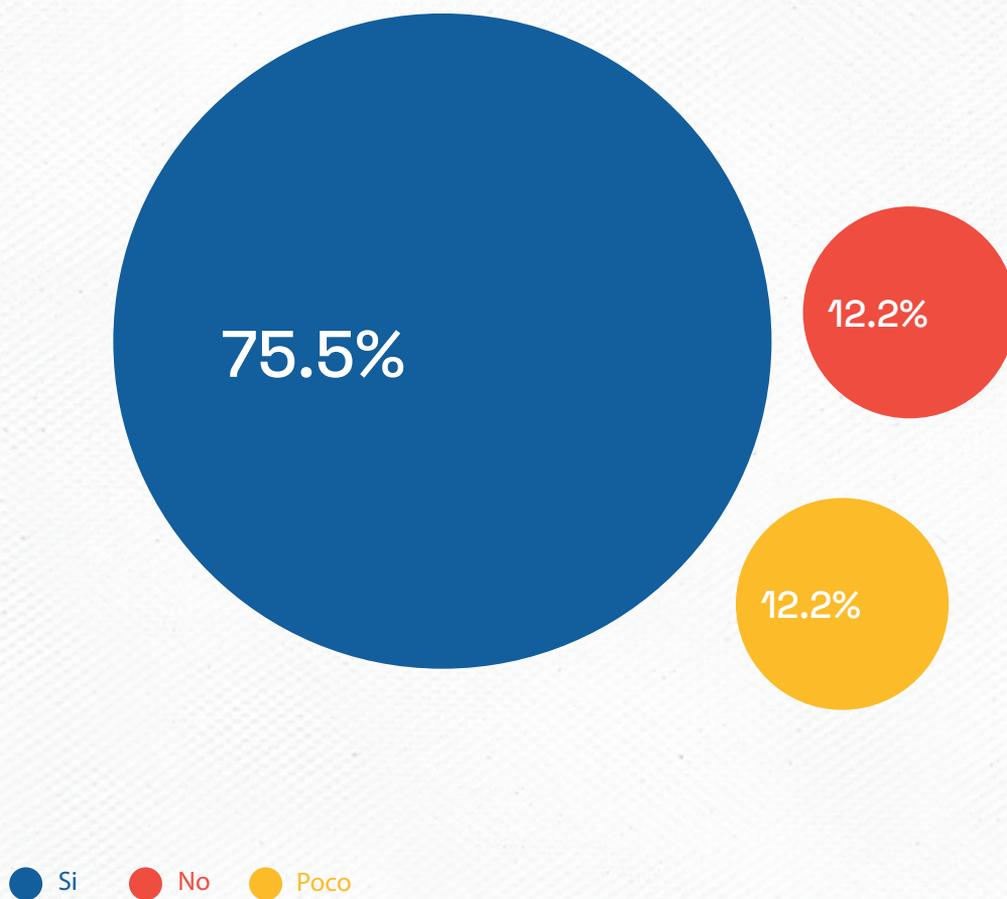
Utilizzi applicazioni o strumenti digitali per monitorare la tua salute?



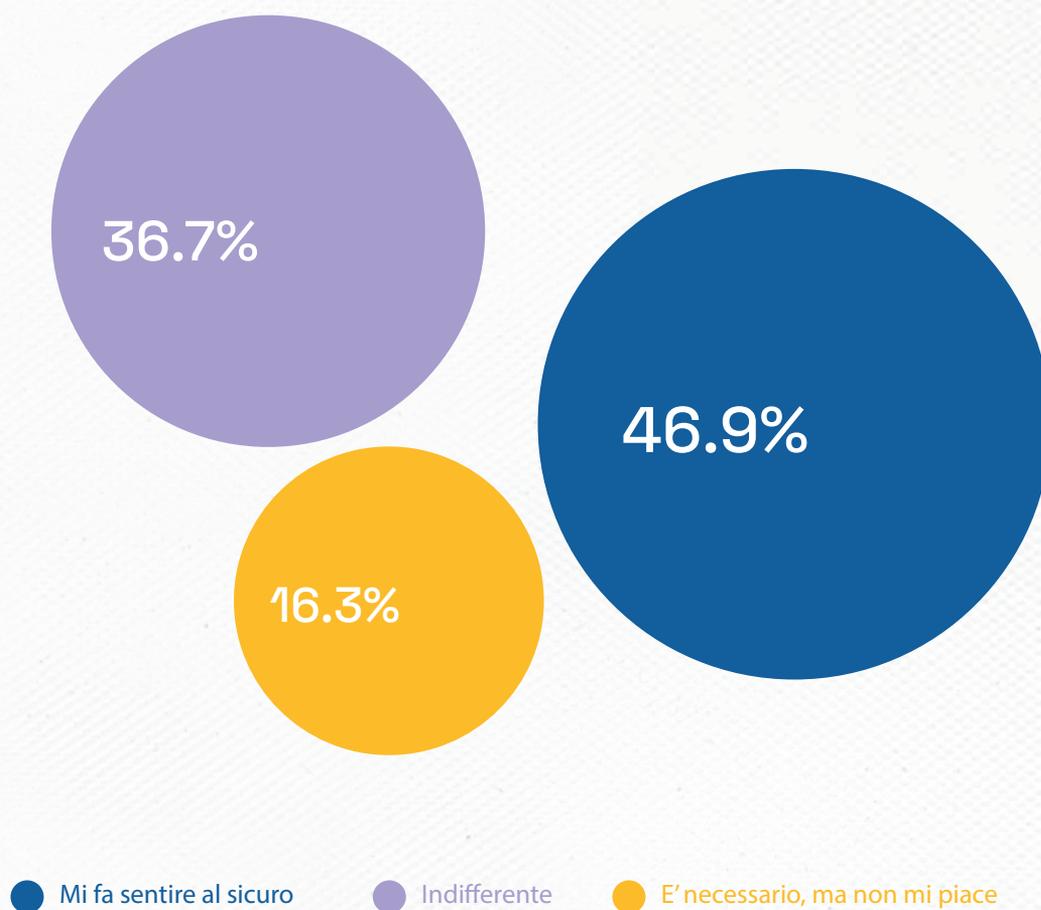
Avevi mai sentito parlare dell'invecchiamento indipendente?



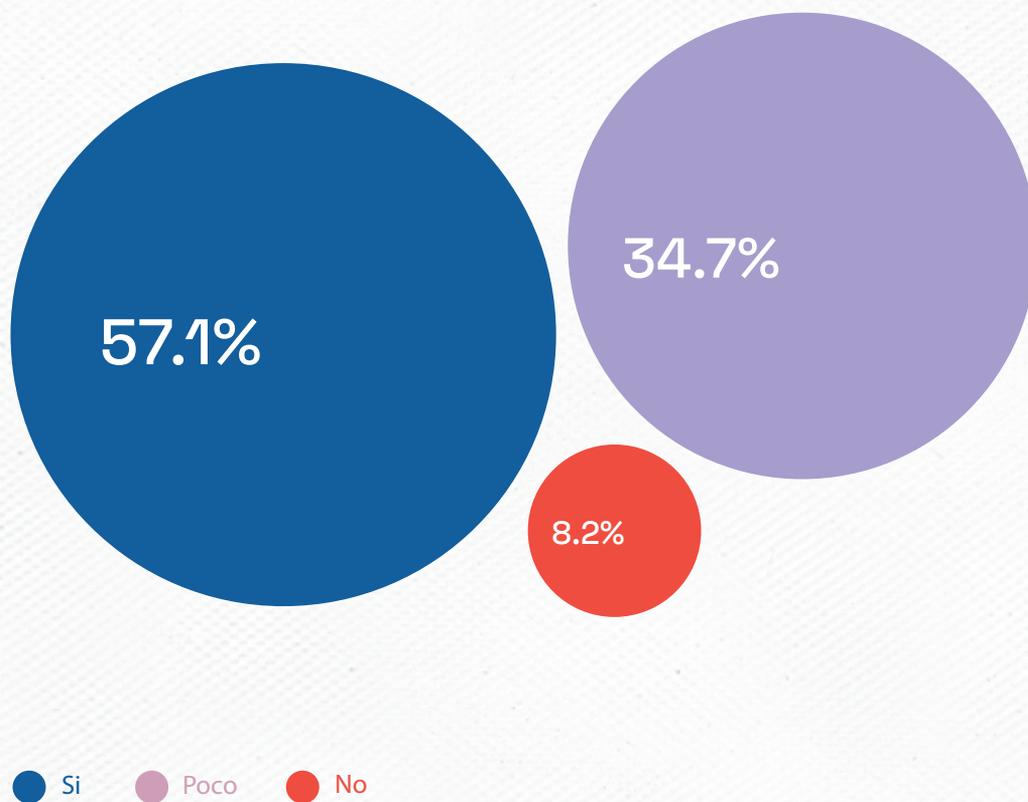
Credi che i benefici della telemedicina superino le preoccupazioni sulla privacy?



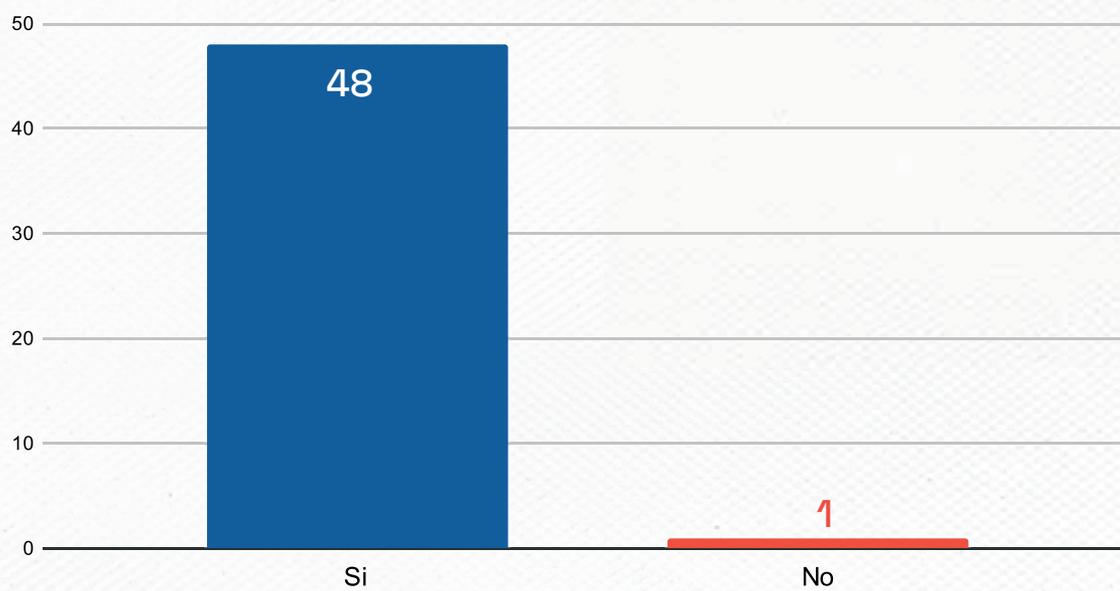
Come ti senti all'idea che il tuo profilo sanitario sia consultabile a distanza dai medici che seguono la tua salute?



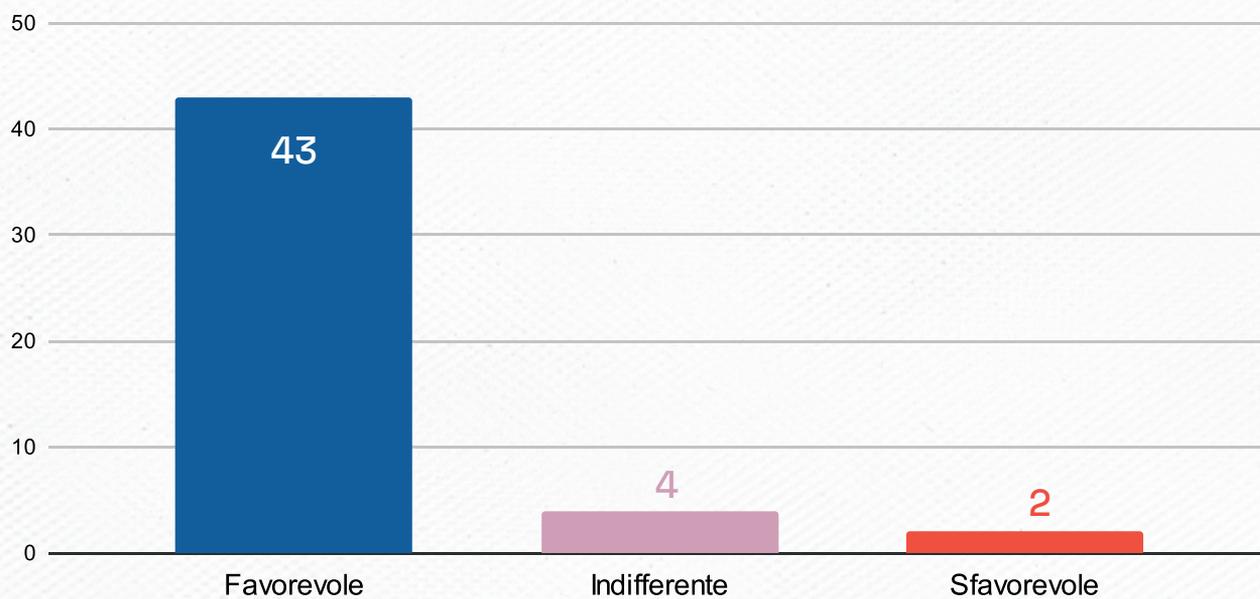
Avere un primo confronto con un professionista attraverso la telemedicina direttamente a casa tua ti darebbe conforto?



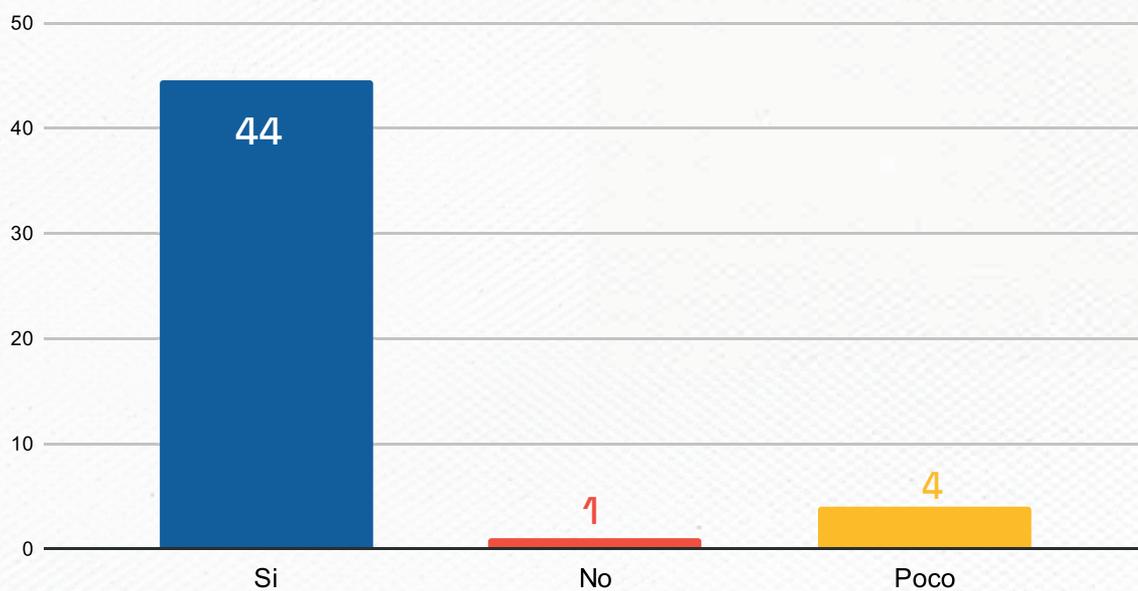
La possibilità di monitorare le attività e il tuo stato di salute, o quello di un membro della tua famiglia, ti interessa?



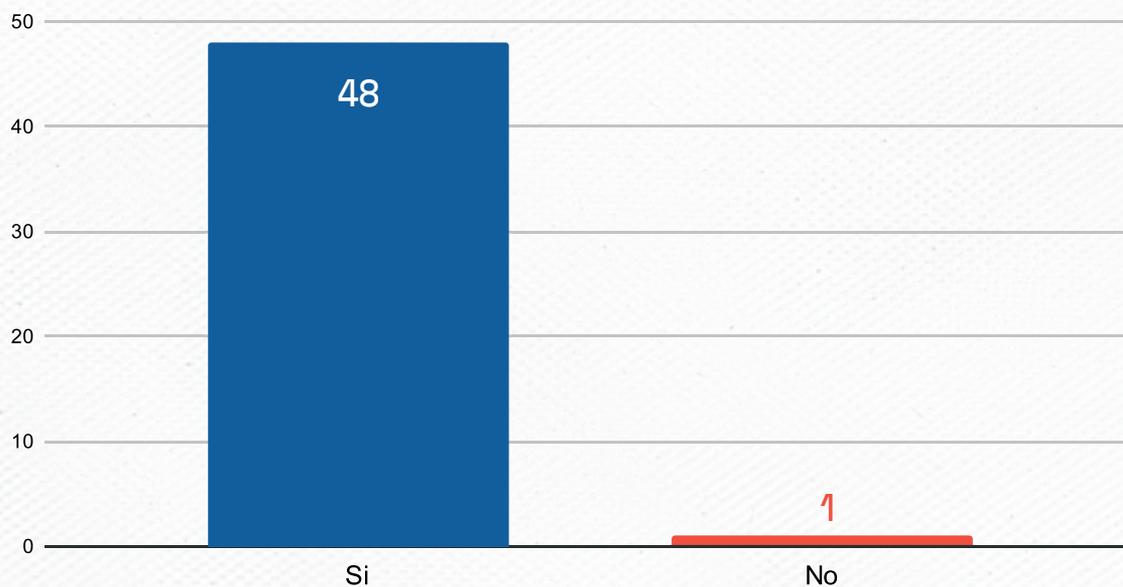
Come ti senti riguardo l'idea di ricevere alcune consulenze mediche o monitorare la tua salute attraverso piattaforme digitali?



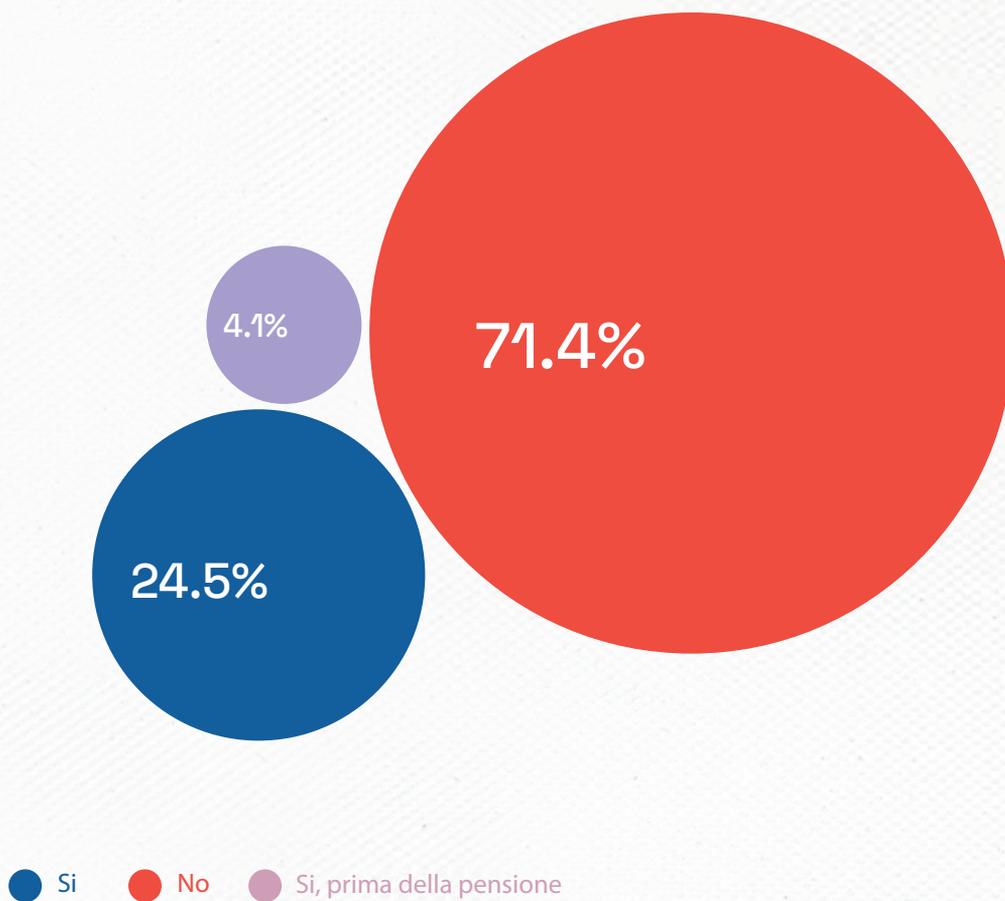
Pensi che la telemedicina possa migliorare l'accesso alle cure mediche, specialmente in zone remote o per persone con difficoltà di mobilità?



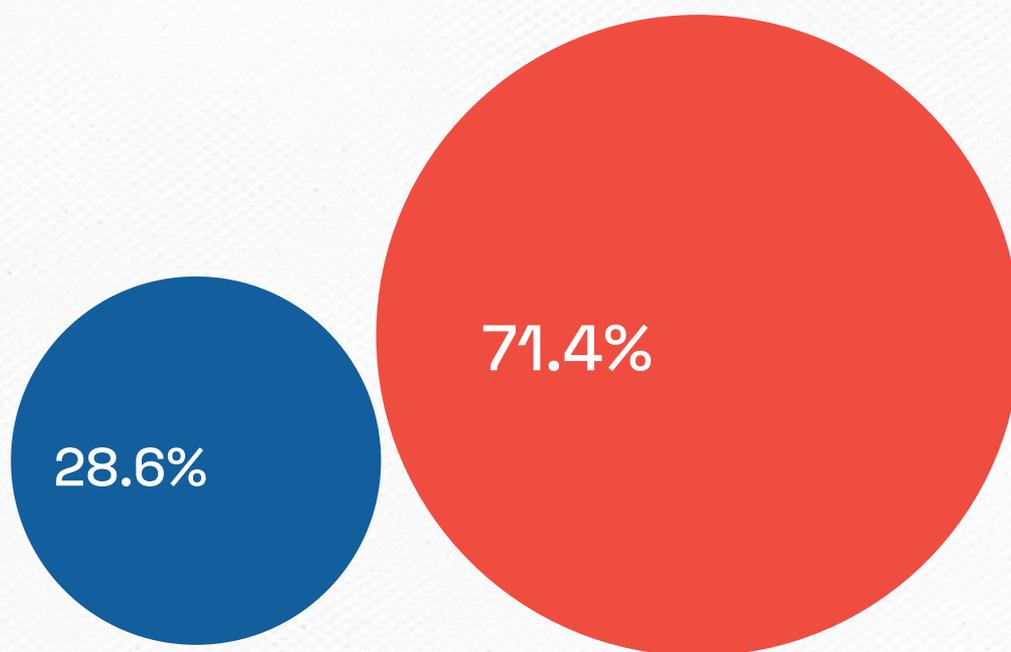
La possibilità di comunicare con l'operatore/operatrice domiciliare che segue la tua salute, o quella di un membro della tua famiglia, ti conforta?



Studi o lavori nel settore della salute?

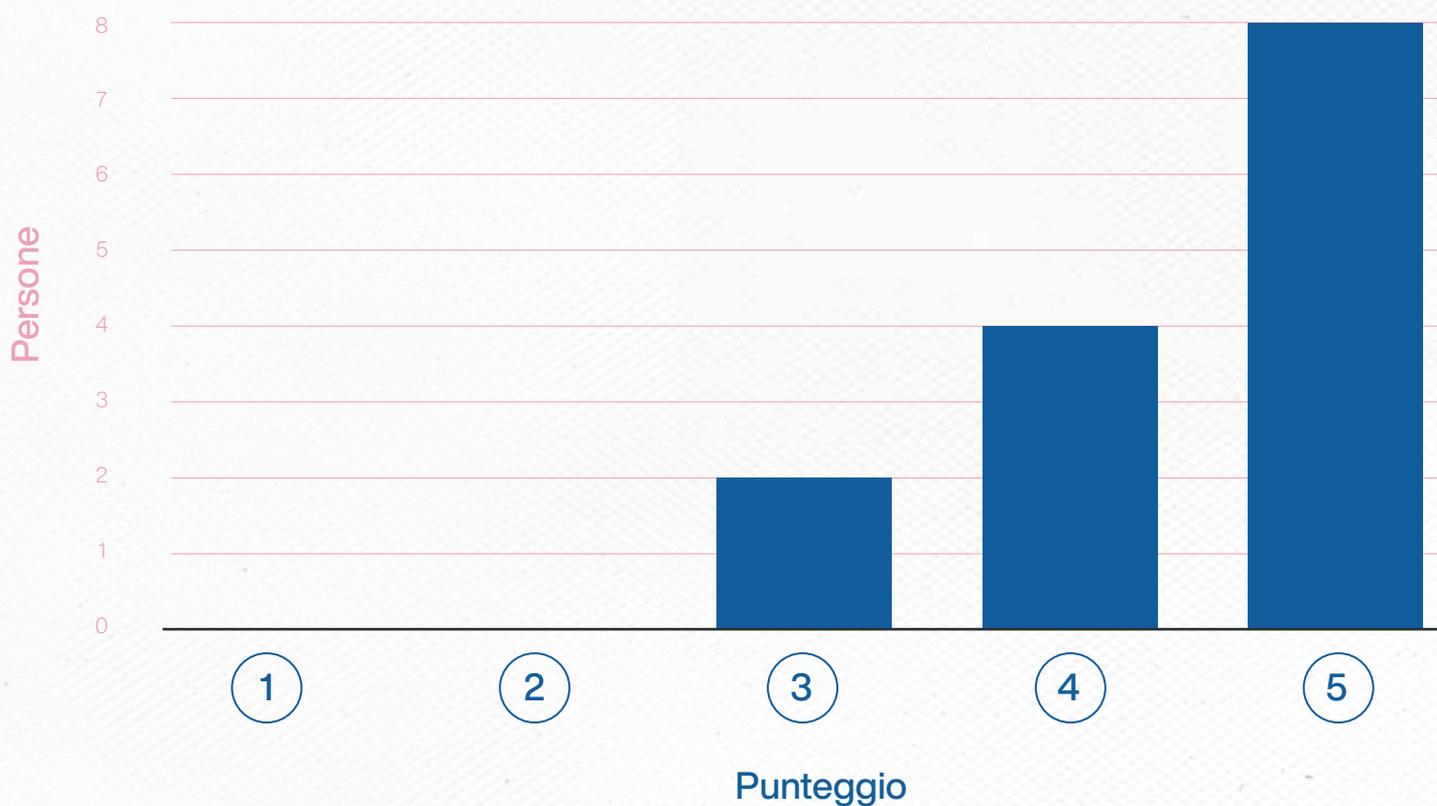


Utilizzi strumenti di telemedicina nel tuo lavoro?

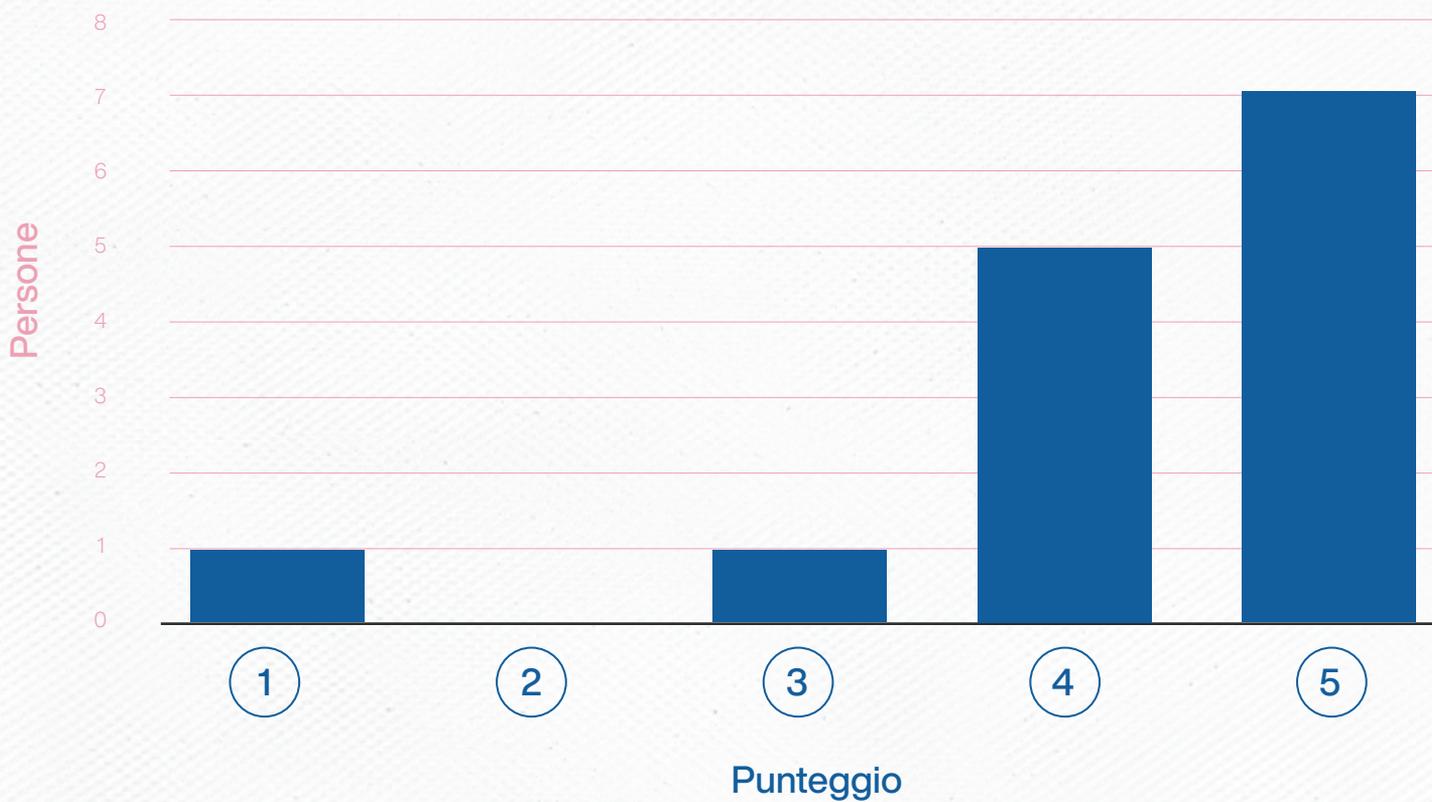


● Si ● No

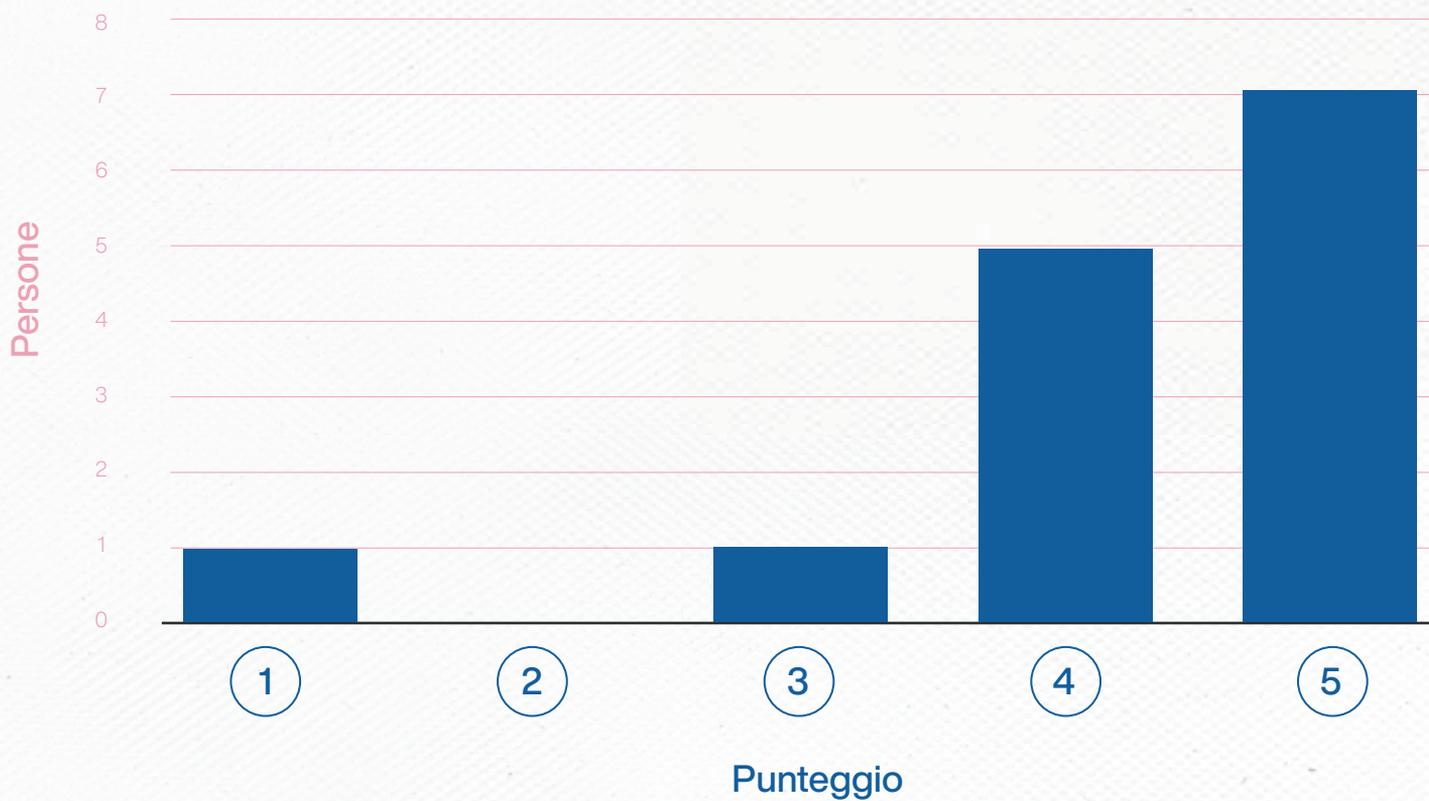
Come valuti l'idea di facilitare le comunicazioni tra le diverse figure professionali che possono essere coinvolte nella salute di una persona e i suoi familiari, attraverso una piattaforma dedicata?



Come valuti l'idea di poter analizzare porzioni estese della città sulla base dello stato di salute delle persone residenti in quell'area ed iscritte a intime?



Come valuti l'idea di poter vedere all'interno della mappa interattiva il domicilio e i profili di chi ha deciso di invecchiare in maniera indipendente?



Per concludere, quali vantaggi o svantaggi vedi nell'adozione della telemedicina nell'ambito dell'assistenza domiciliare?

La trovo uno strumento molto utile quando i dati si riferiscono alle singole persone e sono condivisi solo tra i professionisti e i familiari che seguono la salute di quelle singole persone. Non vorrei mai finire su una piattaforma dove chiunque può vedere come sto o in quale zona della città gli anziani stanno più male. Esempio estremo: se fossi un ladro potrei usare questa piattaforma per sapere dove abita chi non riesce a difendersi da solo.

A parer mio non ci si può solo affidare alla telemedicina, ci sono valutazioni ed esami che vanno fatti di persona.

Facilità nel raggiungimento delle persone e accesso alle informazioni flessibile e rapido.

Informazioni in tempo reale.

Praticità, informazioni veloci, comodità, consigli utili.

Può essere di aiuto per persone che non riescono facilmente ad accedere all'assistenza del medico di famiglia, del territorio e delle strutture ospedaliere.

Facilità di comunicazione e interazione, minor ricorso a servizi di emergenza e ricovero ospedaliero, Facilità di monitoraggio, raccolta e scambio di dati.

In carenza di medici e difficoltà di accesso al ps ritengo possa essere utile.

Unico possibile svantaggio possibile pigritia dell'operatore se utilizzato come metodo esclusivo. Innumerevoli vantaggi, quali rapidità e semplicità di valutazione, unite ad una più facile registrazione di un determinato parametro (qualora fosse da confrontare con valutazioni successive).

Migliorare i servizi per il cittadino.

Credo possa aiutare chi ha bisogno con urgenza.

Il vantaggio di ridurre i tempi di intervento e di raggiungere il paziente dovunque

Accesso ai dati facilitata e da remoto

Vedo dei vantaggi dati dal fatto che possono raggiungere più facilmente persone che difficilmente riescono ad accedere alle strutture sanitarie e/o cure mediche per ragioni diverse. Credo però debba essere supportato da un grosso lavoro legato alla comunicazione.

Intervista

Genco Giuseppe - Vice Presidente Circoscrizione 2 - Area Sanità - Servizi Sociali - Integrazione

1) Conosce il fenomeno dell'invecchiamento indipendente? Avete avviato delle iniziative che lo supportano?

No, questo fenomeno non lo conosco, però noi attraverso le nostre politiche attive abbiamo invitato associazioni, fondazioni ed enti a presentare dei progetti per aiutare le persone anziane ad invecchiare in modo attivo.

2) Avete progetti che supportano la prossimità relazionale?

Non abbiamo progetti di prossimità, ma abbiamo progetti di mobilità leggera, quindi accompagnamento ai presidi sanitari o accompagnamento a fare la spesa, laddove è necessario essere accompagnati perché, pur essendo autonoma, la persona non è in grado di ottemperare alle mansioni quotidiane.

Poi stiamo studiando un sistema di assistenza domiciliare per offrire supporto a domicilio e anche a distanza tramite la telefonia

Quindi state avviando dei progetti di telemedicina interni alla circoscrizione?

Su questo ci stiamo ancora attrezzando, abbiamo in programma dei progetti per insegnare alle persone anziane come usare gli strumenti informatici per comunicare con le strutture sanitarie, mandare foto o segnalare emergenze. Ci stiamo lavorando e nelle nostre linee guida c'è scritto, però dobbiamo avere un maggiore supporto.

Per lavori che vanno in questa direzione posso invitarti a partecipare ad una delle prossime commissioni per presentare il progetto.

3) Una strategia di prossimità ibrida per la sanità della circoscrizione la ritiene una strada perseguibile e utile?

Si è perseguibile però ancora non è in atto

4) Nelle attività sul territorio avete osservato un cambiamento di percezione nei confronti dell'utilizzo della tecnologia?

Sì. L'implementazione della tecnologia è molto richiesta soprattutto perché la domanda è veramente alta. Bisogna fare anche formazione alle persone che non sanno accedere ai servizi, che non conoscono lo SPID, mentre alcune persone anziane usano già la tecnologia senza difficoltà.

5) Cosa ne pensa di una piattaforma multi-utente per per il monitoraggio e l'assistenza?

Molto interessante una piattaforma di questo genere, però è anche molto complessa, quindi bisogna parlarne di persona, organizziamo un appuntamento dopo la laurea. Poi ti inviterei a guardare le linee guida della circoscrizione che noi pubblichiamo per fare in modo che chi presenta un progetto possa rispettare le richieste della circoscrizione.

Le linee guida nuove per il 2024 della quarta commissione escono tra Ottobre e Novembre, sicuramente ci saranno finanziamenti per progetti di telemedicina, però non possono candidarsi soggetti singoli, bisogna essere un ente o collegarsi ad un'associazione, poi la circoscrizione può dare un contributo economico.

6) Sarebbe utile per i processi decisionali riguardanti la sanità della circoscrizione poter analizzare i dati ricavati dalla piattaforma?

Certo, perché adesso manca una piattaforma del genere

7) Vedere i profili di chi ha deciso di invecchiare in maniera indipendente la ritiene un'idea che potrebbe facilitare i processi di assistenza?

Bisogna parlarne in maniera più approfondita perché questo è anche un aspetto tecnico, per questo bisogna discutere con i tecnici del territorio. Comunque mandami una mail così concordiamo una data per il nostro appuntamento.

Conclusioni

L'intervista fatta al vice-presidente della circoscrizione 2 ha portato alla conclusione che il tema delle piattaforme ibride per sostenere l'invecchiamento è una direzione utile, perseguibile e poco esplorata.

Le successive interviste fatte ai professionisti riguardo la telemedicina hanno fatto emergere come questo sia un argomento profondamente attuale, perchè la tecnologia offre nuove opportunità di affrontare i problemi dettati dall'invecchiamento esponenziale.

Per questo motivo è necessario che la politica investa nella digitalizzazione per sostenere il benessere di un sempre maggior numero di cittadini, ma, soprattutto, che alimenti una cura della prossimità, perchè i servizi digitali non saranno mai efficaci come l'interazione fisica. Quindi la telemedicina per non alimentare scenari distopici dovrà essere inclusa in un ragionamento di prossimità ibrida, solo in questo modo la dimensione digitale sarà equilibrata. Infine ragionare in maniera sistemica è stato fondamentale per esplorare questi argomenti, analizzarli e costruire questo percorso che si è articolato tra tanti argomenti. InTime è il mio piccolo contributo a tematiche universali, come la salute e l'invecchiamento, perchè spero che questi temi possano ricevere la giusta attenzione in futuro.

BIBLIOGRAFIA

Ricerca sull'esperienza utente

Design, O., & Doi, T. P. (2022). Design per le emozioni Interfacce tangibili per il supporto allo sviluppo emotivo in ambiente domestico.

Seifert, A., & Vandelanotte, C. (2021). The use of wearables and health apps and the willingness to share self-collected data among older adults. *Aging and Health Research*, 1(3), 100032. <https://doi.org/10.1016/j.ahr.2021.100032>

Dimitrakopoulos, G., Uden, L., & Varlamis, I. (2020). Co-creation of value for user experiences. *The Future of Intelligent Transport Systems*, 63–77. <https://doi.org/10.1016/b978-0-12-818281-9.00005-x>

Alaniz, T., & Biazzo, S. (2019). Emotional design: The development of a process to envision emotion-centric new product ideas. *Procedia Computer Science*, 158, 474–484. <https://doi.org/10.1016/j.procs.2019.09.078>

Ahmadpour, N., Pedell, S., Mayasari, A., & Beh, J. (2019). Co-creating and Assessing Future Wellbeing Technology Using Design Fiction. *She Ji*, 5(3), 209–230. <https://doi.org/10.1016/j.sheji.2019.08.003>

Fanfarelli, J. R., McDaniel, R., & Crossley, C. (2018). Adapting UX to the design of healthcare games and applications. *Entertainment Computing*, 28(August), 21–31. <https://doi.org/10.1016/j.entcom.2018.08.001>

Nägele, L. V., Ryöppy, M., & Wilde, D. (2018). PDFI: Participatory design fiction with vulnerable users. *ACM International Conference Proceeding Series*, 819–831. <https://doi.org/10.1145/3240167.3240272>

Hanington, B. (2017). Design and emotional experience. *Emotion and Affect in Human Factors and Human-Computer Interaction*, 165–183. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-801851-4/00006-9>

Desmet, P. M. A., Fokkinga, S. F., Ozkaramanli, D., & Yoon, J. K. (2016). Emotion-Driven Product Design. In *Emotion Measurement*. Elsevier Ltd. <https://doi.org/10.1016/B978-0-08-100508-8.00016-3>

Dejonghe, W., Detand, J., & Goossens, R. (2013). The Role of Subjective Well-Being in Co-Designing Open-Design Assistive Devices. In *Article in International Journal of Design* (Vol. 7, Issue 3). www.ijdesign.org

Desmet, P. M. A., & Pohlmeier, A. E. (2013). Positive design: An introduction to design for subjective well-being. *International Journal of Design*, 7(3), 5–19.

Hassenzahl, M., Eckoldt, K., Diefenbach, S., & Laschke, M. (2013). Designing Moments of Meaning and Pleasure. *Experience Design and Happiness*. In *Article in International Journal of Design* (Vol. 7, Issue 3). www.ijdesign.org

Cipolla, C. (2012). Solutions for relational services. *Research Gate*. <https://doi.org/10.13140/RG.2.1.3013.7201>

Mynatt, E. D., Hudson, S. E., Fitzpatrick, Geraldine., Association for Computing Machinery., & SIGCHI (Group : U.S.). (2010). Independence and Interaction: Understanding Seniors' Privacy and Awareness Needs For Aging in Place. *Association for Computing Machinery*.

Cross, N. (1982). Designerly ways of knowing. *Design Studies*, 3(4), 221–227. [https://doi.org/10.1016/0142-694X\(82\)90040-0](https://doi.org/10.1016/0142-694X(82)90040-0)

Ricerca sulla salute

Vainieri Stefano Casini Benvenuti, M., la collaborazione di Francesco Calia, C., Comuzzi, G., del Chiaro allievi della Scuola Superiore Sant, A., & di Pisa Ringraziamenti, A. (2022). Analisi preliminari sull'indagine "Anziane, anziani e tecnologia "promossa dal Sociotech lab dello SPI CGILA.

World Health Organization. (2021). The Geneva Charter for Well-being. <https://www.iss.it/one-health>

Pistolesi, M. (2020). Design e Usabilità in ambito sanitario : Il progetto dei dispositivi medici.

Cipolla, C. (2018). Designing for Vulnerability: Interpersonal Relations and Design. *She Ji*, 4(1), 111–122. <https://doi.org/10.1016/j.sheji.2018.03.001>

Vitman Schorr, A., & Khalaila, R. (2018). Aging in place and quality of life among the elderly in Europe: A moderated mediation model. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 77, 196–204. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2018.04.009>

Amina Pereno. (2017). Systemic Design for Sustainable Healthcare. Designing for the treatment of chronic diseases. <https://doi.org/10.6092/polito/porto/2686437>

Bennett, D. D. (2017). Scientific eventuality or science fiction: The future of people with different abilities. *Futures*, 87, 83–90. <https://doi.org/10.1016/j.futures.2016.07.003>

Fernández-Carro, C., Módenes, J. A., & Spijker, J. (2013). "Ageing in Place" in Europe: A multidimensional approach to independent living in later life. www.share-project.org

Huber, M., André Knottnerus, J., Green, L., van der Horst, H., Jadad, A. R., Kromhout, D., Leonard, B., Lorig, K., Loureiro, M. I., van der Meer, J. W. M., Schnabel, P., Smith, R., van Weel, C., & Smid, H. (2011). How should we define health? *BMJ (Online)*, 343(7817). <https://doi.org/10.1136/bmj.d4163>

Ministero della salute. (2012). Telemedicina: linee di indirizzo nazionali.

Cottam, H. (2011). Relational welfare.

The Lancet. (2009). What is health? The ability to adapt. In *The Lancet* (Vol. 373, Issue 9666, p. 781). Elsevier B.V. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)60456-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)60456-6)

O.M.S. (1946). Costituzione dell'Organizzazione mondiale della Sanità.

RINGRAZIAMENTI

Voglio ringraziare il mio relatore Andrea per avermi supportato nei momenti dove mi sentivo più confuso, perchè grazie alla sua straordinaria empatia mi ha dato ottimi consigli per ritrovare la strada quando era persa.

A mio papà Gianfranco, per avermi supportato nei momenti di crisi quando volevo lasciare l'Università durante la pandemia perchè ero profondamente triste, soprattutto, lo ringrazio di avermi sostenuto economicamente in tutti questi anni, nonostante non sappia nemmeno che lavoro farò da grande.

A mia mamma Marina, per avermi fatto scoprire il design. Trovo ironico sapere che sei molto più brava di me anche senza aver mai studiato. Ringrazio la passione e la pazienza che metti in tutto quello che fai.

Voglio ringraziare poi mio fratello Francesco, perchè quando ognuno ha preso la propria strada dopo il liceo ci siamo allontanati. Dopo anni ho capito che è anche colpa della mia ossessione per studiare tanto, forse troppo, comunque mi dispiace essere stato chiuso in me stesso. Quando ci sentivamo al telefono mi hai sempre stimolato con la tua creatività, inconsapevolmente mi hai ispirato molto.

Alla mia ragazza Martina, che mi ha supportato nel lungo processo di scrittura di questa tesi. Ogni volta che avevo un momento negativo eri sempre pronta a strapparmi una risata, per poi stimolarmi a fare di più e meglio, perchè tu conosci il sacrificio e la fatica, i tuoi risultati sono solo frutto del tuo duro lavoro. Vivendo con te ho capito quanto è importante credere in se stessi, nonostante le difficoltà. Sono fortunato a conoscerti, grazie di tutto.

Voglio dedicare questo lavoro a mia nonna Anna, perchè mi hai visto crescere e mi hai aiutato a capire quanto le piccole cose della vita in realtà siano le più importanti. Non dimenticherò mai il discorso sull'amicizia.

A mia Zia Carolina che in tutti questi anni è sempre stata vicino alla nonna per assisterla.

Infine voglio ringraziare chi purtroppo non c'è più, mia mamma Silvia che è la mia stella polare e mia nonna Nora per i ricordi più belli della mia infanzia.

