Corso di Laurea Magistrale in **Design Sistemico** | Politecnico di Torino
Anno Accademico 2023/2024

Politecnico di Torino

Progetto di tesi a cura di **Maira Campanella**
Con la supervisione di **Amina Pereno, Silvia Barbero, Wen Lu**

Innovazione per l'Elderly Care sostenibile

Miglioramenti sistemici socio-organizzativi per l'Azienda Sanitaria Locale TO3 di Collegno e Pinerolo

Corso di Laurea Magistrale in **Design Sistemico** | Politecnico di Torino
Anno Accademico 2023/2024

Politecnico di Torino

Progetto di tesi a cura di **Maira Campanella**
Con la supervisione di **Amina Pereno, Silvia Barbero, Wen Lu**

Innovazione per l'Elderly Care sostenibile

Miglioramenti sistemici socio-organizzativi per l'Azienda Sanitaria Locale TO3 di Collegno e Pinerolo

Alla mia amata famiglia, punto di riferimento, ispirazione e conforto.

Indice

Abstract 9

1. Tema e obiettivo della tesi 10
1.1 | Il tema 10
1.2 | Gli obiettivi e le realtà coinvolte nella ricerca 11

2. Stato del sistema sanitario 12
2.1 | Le funzioni e i principi del Sistema Sanitario Nazionale 12
I livelli essenziali di assistenza 13
Le aziende sanitarie regionali 14
2.2 | Le aree di ricerca e i trend attuali 15
Community Care 15
Integrated Community Care 17
Elderly Care 19
2.3 | La sostenibilità nel settore sanitario 22

3. Metodologia di ricerca 24
3.1 | La complessità del sistema 24
3.2 | Il design sistemico 25
I principi 26
Le fasi 27

4. Analisi olistica del territorio piemontese 30
4.1 | L'invecchiamento della popolazione 30
Gli aspetti demografici dell'ASL TO3 di Collegno e Pinerolo 35
4.2 | La situazione sanitaria 38
Le malattie croniche e la multimorbilità 38
La mancanza di autosufficienza e l'assistenza 41
Il ricorso ai servizi sanitari 44
4.3 | La spesa sanitaria 47
Investimenti nella sanità: dal PNRR al DM 77/2022 50

5. Analisi olistica dell'ASL TO3 54
5.1 | L'azienda: mission e valori 54
5.2 | L'organizzazione aziendale 55
L'area centrale 56
L'area ospedaliera 58
L'area distrettuale 59
I Dipartimenti 60
5.3 | I servizi sanitari offerti 61
Prevenzione collettiva e sanità pubblica 62
Assistenza ospedaliera 64
Assistenza distrettuale 67
Assistenza sociosanitaria 70
Altri servizi assistenziali 76

5.4 | La rete interaziendale 80
La rete per le prestazioni sanitarie 80
Gli enti per le politiche pubbliche e l'assistenza sociale 82
Scuole e università per la promozione della salute 83
Il supporto del terzo settore 84
Gli organi della promozione della salute 86
Gli organi per la ricerca, l'innovazione e la formazione 89
5.5 | Input e output 91
Le risorse umane 92
Il patrimonio 95
I rapporti con i fornitori 96
La gestione dei rifiuti 100
Le emissioni di gas ad effetto serra 103

6. Sfide e opportunità per il sistema 104
6.1 | Le sfide 104
Società 106
Sanità 110
Economia 118
Ambiente 119
6.2 | Le opportunità 124
6.3 | La valutazione con criteri multipli e la selezione 132

7. Casi studio 134

8. Progetto Sistemico 168
8.1 | Il consultorio geriatrico territoriale 168
8.2 | L'infermiere di famiglia e comunità 171
Guida ed erogazione di attività nel consultorio geriatrico 172
Teleassistenza specialistica infermieristica per la cronicità 173
8.3 | L'interoperabilità tra i servizi e i sistemi sanitari 175
8.4 | Il comitato di sostenibilità 177

Conclusione 182
Riflessioni e risultati della ricerca 182
Limiti e indicazioni per la ricerca futura 183

Appendice 184
Legenda 184
Acronimi 184

Riferimenti 186

Ringraziamenti 198

Abstract

I sistemi sanitari e governativi hanno come prerogativa il miglioramento della condizione dei cittadini, soprattutto dal momento in cui è aumentata la consapevolezza e l'urgenza di doversi preparare ad offrire e a gestire gli adeguati servizi di cura per l'invecchiamento e la cronicità in crescita nella popolazione.

Partendo dall'analisi delle circostanze demografiche, sociali ed economiche nella comunità e nel sistema sanitario piemontese, si approfondiscono l'erogazione di servizi sanitari e sociali e le interazioni tra le parti interessate, nelle reti di assistenza in cui si inserisce l'Azienda Sanitaria Locale TO3 di Collegno e Pinerolo, presa come caso studio.

Da un'inquadratura completa del territorio e dell'azienda, con le relative problematiche e potenzialità, si individuano possibili strategie di miglioramento socio-organizzativo per l'Elderly Care nel territorio aziendale, al fine di garantire una maggiore sostenibilità sociale, ambientale ed economica in ambito sanitario.

Tema e obiettivo della tesi

1.1 | *Il tema*

Il progetto di tesi, nel susseguirsi dei capitoli, affronta lo stato attuale del Sistema Sanitario Nazionale e delle relative reti tra le parti interessate, intorno al tema della salute della popolazione. Percorrendo la **metodologia del Design Sistemico**, la ricerca giunge alla definizione di un progetto finale che mira alla risoluzione delle problematiche emerse dall'analisi dell'**Azienda Sanitaria Locale TO3 di Collegno e Pinerolo**, presa come caso studio. L'impegno sanitario e comunitario dell'azienda e del settore, e quindi di questa tesi, è legato all'identificazione di una **risposta alle esigenze demografiche, sociali, economiche ed ambientali**, nel contesto piemontese e italiano. È risultato pertanto essenziale un approccio basato sulla **sostenibilità nella sanità**, trasversale e olistico, che garantisca il benessere e la cura di tutte le categorie sociali, in particolare delle più deboli.

La ricerca ha come principio l'evidenza, sempre più forte, riguardante **l'invecchiamento della popolazione globale**, e l'aumentata consapevolezza e urgenza di doversi **preparare a gestire e ad offrire gli adeguati servizi** per un numero di anziani in crescita.

Questo fenomeno, particolarmente rapido e diffuso in Italia, è connesso a un incremento complessivo della durata media della vita, e anche a una costante diminuzione demografica (*Rapporto Osservasalute 2022*, 2023).

Gli anziani rappresentano la fascia demografica tra le più **fragili e vulnerabili** a malattie gravi e invalidanti, che possono causare condizioni di disabilità e di cronicità. Infatti, si è osservato un aumento generale delle malattie croniche, che si manifestano a un'età sempre più precoce, insieme a un cambiamento nel focus delle cure, orientato sempre più verso la **gestione delle condizioni croniche** (*Rapporto Osservasalute 2022*, 2023; Pereno & Eriksson, 2020).

Ciò sottolinea **l'importanza di interventi assistenziali personalizzati** forniti dalle strutture sanitarie, ma anche **la pressione significativa sui sistemi sanitari** che ne consegue. Questo implica un aumento della richiesta di cure, servizi e tecnologie volti a prevenire e gestire le malattie non trasmissibili e le condizioni croniche legate alla vecchiaia (Pereno & Eriksson, 2020).

Inevitabilmente, sono coinvolti, insieme agli aspetti sanitari e demografici, anche quelli sociali, ambientali ed economici che vanno analizzati per supportare le esigenze della popolazione. Il fine essenziale è quello di prevedere e applicare concretamente adeguati interventi **senza compromettere l'universalità della tutela della salute** della cittadinanza (*Rapporto Osservasalute 2022*, 2023).

Dunque, sulla base di quanto esposto, dell'impatto complesso della pandemia da Covid-19, e dell'impegno nazionale ed europeo nei miglioramenti delle politiche e delle normative, la tesi in oggetto vuole condividere questi cambiamenti, al fine di rendere i **sistemi sanitari più sostenibili, efficienti, accessibili e resilienti**.

Inoltre, va precisato che l'attenzione principale dell'elaborato viene posta sulla condizione dei più anziani e dei pazienti cronici, calando i **principi della Community Care**, oppure più nello specifico di Elderly Care, nel contesto intorno all'ASL TO3 e in risposta alle esigenze della popolazione assistita.

Un'ultima considerazione, che ha guidato la ricerca, è la **definizione della salute**, da parte della Costituzione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS, in inglese World Health Organization – WHO):

> Salute intesa come "**uno stato di completo benessere fisico, sociale e mentale**, e non soltanto l'assenza di malattia o di infermità", "**una risorsa per la vita quotidiana** e non lo scopo dell'esistenza", e "**un concetto positivo che valorizza le risorse sociali e personali, oltre alle capacità fisiche**".
>
> (WHO, 1986, citato in Barbera & Tortone, 2012)

1.2 | *Gli obiettivi e le realtà coinvolte nella ricerca*

Il progetto di ricerca si è svolto nell'ambito della Community Care e dell'Elderly Care, termini con i quali ci si riferisce a tutto ciò che riguarda **la cura e l'assistenza a livello di comunità**, includendo la prevenzione, prioritaria per la popolazione anziana, la salute domestica, l'assistenza medica, e tutte attività di competenza dell'Azienda Sanitaria Locale, che è tra i sistemi più attivi per il benessere dalla comunità.

Pertanto, la tesi ha visto il supporto e il confronto con le relatrici e correlatrici di questo lavoro, Amina Pereno, Silvia Barbero e Wen Lu. Per il percorso compiuto, è stata fondamentale la loro esperienza sul tema della sostenibilità e del design sistemico in campo sanitario, maturata nel tempo all'interno del gruppo di ricerca **Sys - Systemic Design Lab** del Politecnico di Torino di cui fanno parte. Su questa tematica, è stato anche importante il confronto con Lu Wen, dottoranda e ricercatrice che, in un confronto tra Italia e Cina, il suo paese di origine, sta approfondendo i temi della Sustainable Healthcare e della Silver Economy, per anticipare quei problemi che saranno molto sentiti tra qualche anno.

Inoltre, da diversi anni il Sys collabora con il **Bioindustry Park**, il polo life sciences del Piemonte, che mette insieme le imprese piemontesi che lavorano nell'ambito healthcare, farmaceutico, biomedicale, informatico e di tele-health.

È stato così possibile coinvolgere l'**Azienda Sanitaria Locale TO3**, associata al loro cluster, grazie alla **Dottoressa Marta Alesina**, impegnata nella struttura dedicata alla Ricerca e Innovazione dell'ASL TO3, accompagnata dal **Dottore Michele Presutti**, direttore della struttura Qualità e Gestione del rischio clinico e dalla **Dottoressa Paola Gatti**.

L'intento è stato quello di delineare dei **miglioramenti socio-organizzativi**, attraverso alcuni obiettivi intermedi:

- analizzare le **circostanze demografiche e socioeconomiche** del territorio piemontese e più in generale italiano;
- approfondire da vicino il **sistema sociosanitario** piemontese e avere un'inquadratura complessiva sullo stato dell'arte, sui sistemi esistenti e su quello specifico dell'ASL;
- definire **le opportunità e le strategie** su come migliorare la Community Care in Piemonte e le interazioni tra le reti in cui si inserisce l'ASL.

Il confronto con l'ASL è stato essenziale per poter implementare la ricerca desk, avere numerosi feedback e soprattutto lavorare, non solo a livello teorico, ma anche pratico, condividendo **riflessioni con professionisti** che operano nel settore quotidianamente.

Stato del sistema sanitario

2.1 | *Le funzioni e i principi del Sistema Sanitario Nazionale*

Ci sono **varie modalità di organizzazione dei servizi sanitari** in diverse parti del mondo, ma tutte stanno affrontando trasformazioni e sfide condivise. L'obiettivo principale rimane quello di **salvaguardare e ripristinare la salute**, consentendo alle persone di condurre una vita indipendente (Pereno & Eriksson, 2020).

Per la sanità italiana è stata istituzionalizzato nel 1978 il **Servizio Sanitario Nazionale (SSN)**, che, attraverso le sue funzioni e strutture, le attività e i servizi offerti, ha lo scopo di tutelare la salute delle persone, come "**diritto dell'individuo e interesse della collettività**", senza disuguaglianze di nessun tipo, in attuazione dell'art. 32 della Costituzione della Repubblica Italiana (1947).

L'uguaglianza è infatti uno dei suoi **tre principi fondamentali**, per cui non conta alcuna distinzione di condizioni individuali, sociali ed economiche per l'accesso alle prestazioni sanitarie erogate. Inoltre, promozione, mantenimento e recupero della salute fisica e psichica della popolazione devono soddisfare l'universalità ed essere quindi estese a tutta la popolazione, in modo capillare e uniforme su tutto il territorio nazionale. Infine, il terzo principio di equità serve ad assicurare la parità di accesso in risposta a uguali bisogni di cura, garantendo standard di qualità, efficienza, appropriatezza e trasparenza nei servizi, nell'informazione sulla prestazione necessaria in relazione alle condizioni e necessità del paziente, e nella comunicazione adattata al suo livello di istruzione e comprensione.

A questi principi si sommano **anche quelli organizzativi**, relativi alla centralità della persona, che include i diritti del paziente come anche di operatore e medico, e alla responsabilità pubblica nel garantire i Livelli Essenziali di Assistenza (i cosiddetti LEA). Sono inoltre fondamentali tanto l'autonomia delle Regioni nel territorio di competenza, quanto la collaborazione tra i diversi livelli di governo del SSN, includendo Stato, Regioni, Aziende e Comuni. Infine, il SSN è impegnato nel garantire protezione sociale, continuità tra cura e riabilitazione, secondo un'integrazione socio-sanitaria, grazie anche alla valorizzazione delle capacità professionali tecniche e relazionali degli operatori sanitari per prestazioni appropriate e di qualità (*I principi del Servizio Sanitario Nazionale,* n.d.).

"La Repubblica tutela **la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività** mediante il servizio sanitario nazionale.
La tutela della salute fisica e psichica deve avvenire nel rispetto della dignità e della libertà della persona umana."

(Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale, 1978)

(immagine 2.1)

I livelli essenziali di assistenza

Il SSN ha previsto una serie di **prestazioni e servizi che è tenuto a fornire a tutti i cittadini**, gratuitamente o su richiesta di un pagamento di una quota di partecipazione (ticket), con le risorse pubbliche finanziate attraverso la fiscalità generale, ovvero le tasse. Il Fondo Sanitario Nazionale (FSN) viene ripartito annualmente infatti tra le Regioni italiane, che a loro volta assegnano le **risorse finanziarie** alle ASL da impiegare per erogare le prestazioni sanitarie di loro competenza.

Queste sono previste dai cosiddetti Livelli Essenziali di Assistenza (abbreviato in LEA) che non possono essere negati, nel rispetto di condizioni di **uniformità su tutto il territorio nazionale**. Essi erano stati introdotti già nel 1992 e rivisti nel 2001, ma dal 2017 in poi la Commissione nazionale provvede ad aggiornarli annualmente per essere **al passo con le innovazioni tecnologiche e scientifiche e con le esigenze della popolazione**. Il Comitato permanente, invece, ne verifica l'erogazione congiuntamente alle risorse nazionali (Cosa sono i LEA, n.d.). In alcuni casi le Regioni con ulteriori risorse proprie possono integrarli con altri servizi e prestazioni secondo le necessità, però **i LEA da perseguire** sono:

1. **Prevenzione collettiva e sanità pubblica**: attività e prestazioni per la promozione della salute e la sicurezza della comunità in base agli stili di vita, le condizioni di lavoro e i rischi infettivi o ambientali (Prevenzione collettiva e sanità pubblica, n.d.);
2. **Assistenza distrettuale**: servizi sanitari e sociosanitari molto eterogenei diffusi sul territorio e non in regime di ricovero ospedaliero sotto la responsabilità dei distretti (LEA: Assistenza distrettuale, n.d.);
3. **Assistenza ospedaliera**: prestazioni senza spese per l'assistito svolte necessariamente durante il ricovero diurno o prolungato (LEA: Assistenza ospedaliera, n.d.).

Le aziende sanitarie regionali

I servizi sanitari e assistenziali secondo i LEA sono **erogati ai cittadini attraverso le Aziende Sanitarie Regionali**, corrispondenti alle Aziende Sanitarie Locali (ASL, denominazione assunta da alcune regioni italiane, oppure ASP, ASM, ATS e AST per altre), Aziende ospedaliere (AO) e Aziende Ospedaliere Universitarie (AOU). A queste si aggiungono le strutture private accreditate (come case di cura e ospedali convenzionati) e gli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS), che svolgono attività ospedaliera e di ricerca applicata al SSN.

Le **differenze** che intercorrono tra le ASL e le AO sono diverse (*Quale differenza tra Azienda ASL e Azienda ospedaliera?*, 2021):

- l'ospedale nelle AO coincide con l'azienda stessa, mentre nelle ASL il presidio ospedaliero è solo una struttura tra le tante che la compongono, oltre ad ambulatori e distretti;
- la AO ha Direttore Generale, un Direttore Sanitario ed un Direttore Amministrativo; mentre il presidio ospedaliero della ASL ha un Direttore Sanitario ed un Direttore Amministrativo che rispondono al Direttore Generale della ASL;
- gli ospedali non sono remunerati sulla base delle spese effettivamente sostenute e sui costi effettivi delle cure prestate, ma su quelle medie che ci si attende, tramite i DRG (Disease Related Groups, in italiano raggruppamenti omogenei di diagnosi), che raggruppano i pazienti con una specifica patologia sotto un certo costo misurato approssimativamente; invece, i presidi ospedalieri sono finanziati su un meccanismo di budget globale assegnato dalla ASL.

Sul territorio regionale piemontese si individuano le seguenti Aziende Ospedaliere e Aziende Ospedaliere Universitarie (*Aziende Ospedaliere, n.d.; Aziende Ospedaliere Universitarie*, n.d.):

1. AO ORDINE MAURIZIANO di Torino
2. AO SS ANTONIO, BIAGIO E C. ARRIGO di Alessandria
3. AO S. CROCE E CARLE di Cuneo
4. AOU CITTÀ DELLA SALUTE E DELLA SCIENZA di Torino
5. AOU MAGGIORE DELLA CARITÀ di Novara
6. AOU SAN LUIGI di Orbassano

Invece, le Aziende Sanitarie Locali della regione sono invece le seguenti (*Azienda Sanitarie Locale*, n.d.):

1. ASL Città di Torino
2. ASL TO3 di Collegno e Pinerolo
3. ASL TO4 di Ciriè, Chivasso e Ivrea
4. ASL TO5 di Chieri, Carmagnola, Moncalieri e Nichelino
5. ASL AL di Alessandria
6. ASL AT di Asti
7. ASL BI di Biella
8. ASL CN1 di Cuneo
9. ASL CN2 di Alba e Bra
10. ASL NO di Novara
11. ASL VC di Vercelli
12. ASL VCO del Verbano-Cusio-Ossola

(grafico 2.1)

Suddivisione in ASL e localizzazione delle AO e AOU in Piemonte

2.2 | *Le aree di ricerca e i trend attuali*

Ad oggi stiamo assistendo all'**incremento della popolazione anziana**, e il conseguente **crescente bisogno di cure e di assistenza** sanitaria e sociale. Considerando anche l'**insorgenza di malattie croniche** frequenti, gravi e multiple, bisogna necessariamente occuparsi della presa in carico dei cittadini che ne sono affetti attraverso cure specifiche. Una delle **maggiori sfide nei prossimi anni** quindi per i sistemi sanitari consiste nella necessità di prepararsi, dal punto di vista sanitario, economico e sociale, ad accogliere un numero crescente di anziani e nel garantire le condizioni necessarie a fare in modo che **gli anni aggiunti possano essere vissuti attivamente e in buona salute** (Ghezzer & Pedroni, 2017).

In presenza delle **attuali circostanze demografiche e socioeconomiche**, le simultanee crisi economiche generali, esasperate dalla pandemia da COVID-19, e del loro impatto sulla cura e sull'assistenza della comunità, si possono così sintetizzare le tendenze nazionali ed europee **per affrontare e soddisfare i nuovi bisogni** in modo efficiente:

- maggiore **integrazione** e **interazione** tra servizi sanitari e sociali
- preferenza per i **modelli** di assistenza comunitaria olistica e integrata e i servizi sanitari di prossimità e domiciliari
- **equità** di accesso alle cure e nell'erogazione di prestazioni e servizi adeguati
- **empowerment** del paziente e dei caregivers
- sviluppo di strategie di **prevenzione** in ambito sanitario, ambientale e climatico
- **innovazione, ricerca e digitalizzazione** in ambito biomedico e sanitario e nell'assistenza agli anziani, a bambini e famiglie, per la salute mentale e nel supporto domestico
- sperimentazione di nuove reti, pratiche, percorsi assistenziali, tecnologie e telemedicina orientate alla **cura community-based**
- maggiore **qualità** della formazione e delle risorse umane, digitali, strutturali, strumentali e tecnologiche
- sviluppo di nuovi progetti sanitari **sostenibili**
- promozione di **cambiamenti sistemici** di tipo socio-organizzativo

Si affrontano in particolar modo gli **approcci assistenziali comunitari, olistici e integrati**, la cosiddetta Community Care, tenendo conto di ciascuno dei punti sopra elencati.

Community Care

È ormai fondamentale riflettere sulle condizioni dei cittadini anziani e soggetti a patologie croniche, sui loro bisogni e sulle risposte fornite dalle comunità in cui vivono. Infatti, **la salute interessa l'intera comunità** in cui la persona vive; pertanto, è opportuno sviluppare interventi che portino ad un benessere della popolazione e che migliorino la salute per tutti, affinché la comunità sia resiliente e consapevole (Ghezzer & Pedroni, 2017).

La soluzione individuata negli anni prevede il **potenziamento dell'assistenza comunitaria** attraverso l'implementazione di pratiche preventive, interventi precoci e l'utilizzo delle risorse presenti nella comunità, favorendo l'autosufficienza e l'indipendenza dei pazienti.

Questo approccio è definito come Community Care, ossia un **modello sanitario e sociale** a livello comunitario, che, nel sistema del benessere, ha la priorità di **organizzare cure e reti assistenziali per i membri più deboli della comunità**, tra cui anziani e cronici. Tuttavia, per comunità non si intende più il luogo destinatario di prestazioni sociosanitarie, ma una "**rete di relazioni sociali significative**", dove avviene "la presa in carico della comunità da parte della stessa comunità" (Tartaglini, 2006, citato in Ridolfi, 2013).

Serve un potenziamento della rete dei servizi sociosanitari e lo sviluppo di modelli di "assistenza integrata" incentrati sulla famiglia e sulla comunità, e finalizzati a pratiche di auto-cura. Infatti, attraverso nuovi approcci relazionali, multisettoriali e di rete si può privilegiare un'**integrazione sociosanitaria a livello territoriale e distrettuale** in cui i macrosistemi sappiano soddisfare le necessità sociali e sanitarie delle micro-individualità, i cittadini (Ridolfi, 2013).

Per garantire percorsi secondo i bisogni degli individui, è importante realizzare un'interazione e una cooperazione tra **rete organizzativa, professionale ed umana** dei servizi sociali e sanitari, gestiti dalle Azienda Sanitarie Regionali, dai Comuni, dal Terzo Settore e dai privati. Si otterrebbe una rete di comunità con il coinvolgimento di una **pluralità di soggetti multiprofessionali**, che siano in grado di operare nel contesto umano e sociale in cui le persone vivono (Ridolfi, 2013).

Pertanto, la "Community Care" si delinea come un modo di ripensare il sistema dei servizi a livello delle comunità locali, riprogettandoli sulla base dell'**incontro di reti di intervento**, che emergono spontaneamente di solito tra soggetti "**informali**", includendo parenti, amici e vicinato, e di quelle offerte dai soggetti "**formali**", ossia le organizzazioni sanitarie pubbliche, private e non profit con i suoi professionisti sanitari. Si considera quindi **un "continuum" tra le tre ripartizioni della cura**: "self care" (auto-cura), "home o family care" (cura a domicilio o in famiglia) e "community care" in senso stretto (auto-mutuo aiuto), creando delle **relazioni di reciprocità sinergica tra i soggetti** e una cooperazione tra strutture e professionisti (Ridolfi, 2013).

In questo modo, lo **stato reale di "ben-essere"** della persona nasce dalla sua centralità nell'assistenza e non dipende dall'eccellenza di un solo specialista, ma dalla buona interazione complessiva tra più soggetti e dalla qualità delle relazioni. Infatti, per la cura delle malattie croniche **non si può applicare il tradizionale "paradigma dell'attesa"** dei modelli gerarchici e verticali, tipico delle malattie acute e fondato su prestazioni prettamente diagnostico-curative, nei quali i problemi di salute richiedono risposte specialistiche e il paziente acuto rischia di aggravarsi diventando cronico. Piuttosto, è il caso di **applicare il "paradigma dell'iniziativa"** orizzontale, nel quale si procede ad **attenzionare tutti i determinanti della salute**, a rimuovere i fattori di rischio con interventi di prevenzione, a favorire coinvolgimento e motivazione dei cittadini, per la valutazione dei percorsi assistenziali più idonei e tempestivi secondo i loro bisogni, a favore del loro empowerment (Ridolfi, 2013).

Si cerca pertanto nel settore sanitario per l'assistenza comunitaria, un passaggio dalla terapia di tipo tecnico-professionale, indicate con il termine inglese "CURE", alla **presa in carico di sé e dell'altro**, denominata per l'appunto "**CARE**" in inglese (Giarelli, n.d.).

(grafico 2.2)
Rielaborazione di: slide n.13 nella presentazione "*Community Care e Integrazione Socio-Sanitaria*" (Giarelli, n.d.).

Una concezione del continuum orizzontale

settore informale *settore comprensivo* *prevenzione/promozione* *care*			*settore formale* *sapere specialistico* *terapia* *cure*		
self-care	*home care*	*community care*	*assistenza primaria*	*assistenza secondaria*	*assistenza terzaria*
popolare *convenzionale* *non convenzionale*	*caregiver (familiare o altro)*	*reti sociali informali (vicinato, ecc.) e formali (volontariato, self-help e advocacy)*			

Integrated Community Care

Per essere più specifici, dovremmo dire che nell'agenda internazionale delle politiche e delle pratiche, **un ruolo sempre più centrale spetta all'Integrated Community Care** (ICC). Non solo è un ampliamento del concetto di "cura di comunità", ma anche di quello tradizionale di "cure integrate" — vale a dire l'integrazione della fornitura di assistenza sanitaria e sociale — in un'accezione più ampia che "mira a porre la **comunità al centro delle cure primarie integrate**". L'approccio ICC è rilevante **per i soggetti più vulnerabili**, e si ispira ai principi di **una cura olistica che pone al centro la persona**, i suoi bisogni, le potenzialità e le risorse in grado di esprimere, e la qualità della vita. Infatti, l'ICC riflette la concezione emergente della "**Salute Positiva**", derivante, in qualche modo, dalla definizione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) del 1948. La affermazione, ambiziosa già allora, diceva che "la salute è uno **stato di completo benessere fisico, mentale e sociale** e non semplicemente l'assenza di malattie o infermità". Oggi, si guarda alla salute come "**capacità di adattamento e autogestione**" in presenza di "sfide fisiche, emotive e sociali della vita".

Quindi, così intesa, **la salute interessa sei dimensioni** (Vandenbroeck & Braes, 2020):

1. funzioni corporee;
2. funzioni e percezioni mentali;
3. dimensione spirituale;
4. qualità della vita;
5. partecipazione sociale e comunitaria;
6. attività quotidiane.

Inoltre, per quanto riguarda le cure, l'OMS propone una **visione sistemica** basata su tre principi interconnessi. Il primo si basa sulla necessità di **soddisfare i bisogni della salute fisica, mentale e sociale** dei cittadini, attraverso una serie di cure, prediligendo quelle fondamentali. Il secondo, invece, tramite politiche e azioni basate sulle evidenze, **affronta i determinanti della salute** e le relazioni tra gli stessi, ossia fattori sociali, economici e ambientali, caratteristiche e comportamenti individuali. Infine, il terzo principio si pone l'obiettivo di far acquisire agli individui, alle famiglie e alle comunità **la capacità di ottimizzare la propria salute** tramite diverse azioni: facendo **advocacy per politiche** incentrate sulla promozione e protezione della salute e del benessere, prendendo parte allo sviluppo di servizi sanitari e sociali, e alla **cura di se stessi e degli altri** (WHO & UNICEF, 2018).

Questa **visione attivante e capacitante** risulta anche nell'ICC dove le persone e la comunità sono **co-progettatori e co-produttori di cure**, solitamente intesi solo come destinatari nel tradizionale paradigma di fornitura ed erogazione dei servizi. Inoltre, le **collaborazioni locali, interdisciplinari, intersettoriali e interprofessionali** coinvolgono, capacitano e responsabilizzano tutti gli stakeholder nella produzione di salute e benessere nella comunità. Unendo le forze di tutti gli attori, si ottiene una "co-creazione" e uno **"sviluppo congiunto" dei servizi sociali e sanitari** (Vandenbroeck & Braes, 2020).

Dunque, è cruciale **coinvolgere sia le autorità locali** che promuovere la **partecipazione attiva e l'empowerment delle persone** nelle comunità locali. L'approccio infatti valorizza il contributo delle cure informali, **focalizzandosi sulla prevenzione e promozione della salute**. Questi ultimi due elementi sono fondamentali per abilitare le persone, restituendo loro controllo sulla propria vita e sul proprio benessere. Pertanto, l'attenzione dell'ICC si estende oltre il comportamento individuale, concentrandosi su una **vasta gamma di interventi sociali e ambientali**. Si fonda anche sul **valore delle relazioni umane** e sull'**importanza del contesto territoriale**. Il suo obiettivo principale è curare e supportare le persone all'interno del loro ambiente di vita. Questo approccio si impegna anche ad **affrontare aspetti cruciali come l'esclusione sociale e l'isolamento**, riconoscendo la loro rilevanza nella salute complessiva degli individui e della comunità (Vandenbroeck & Braes, 2020).

Per capire meglio i principi dell'ICC, si fa riferimento al documento strategico scritto da Vandenbroeck e Braes (2020), commissionato da **TransForm**. Quest'ultimo è il cosiddetto **Forum Transnazionale per l'Integrated Community Care**, un'iniziativa gestita dall'International Foundation for Integrated Care e congiunta tra Fondazioni europee e canadesi, tra cui l'Italia, dove è promossa dalla Compagnia di San Paolo, in collaborazione con la Regione Piemonte, l'Associazione La Bottega del Possibile e la Fondazione Emanuela Zancan. L'obiettivo ultimo di tutte le partnership internazionali

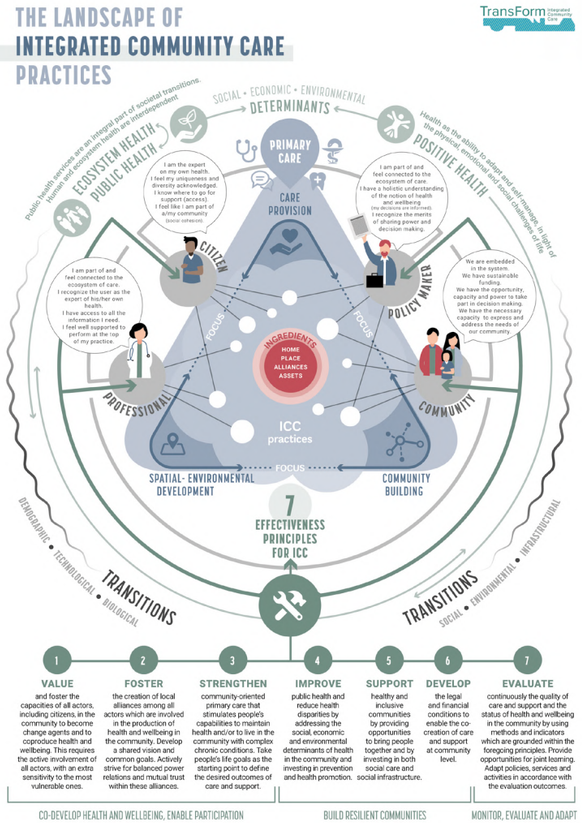
è **lo sviluppo e la condivisione di conoscenze, buone pratiche e casi studio**, al servizio di policy maker, operatori e portatori di interesse, **per promuovere l'assistenza comunitaria integrata e per indirizzare le politiche e le prassi** verso una migliore qualità delle cure e della vita della comunità (Vandenbroeck & Braes, 2020).

Ciò che emerge è che l'approccio dell'ICC non rappresenta solamente uno strumento di carattere professionale o gestionale, ma è soprattutto **un processo sociale e una strategia partecipativa a livello comunitario** per promuovere la salute in modo equo. Questo processo si caratterizza per la sua natura non gerarchica, coinvolgendo attivamente le comunità e distribuendo la leadership in modo condiviso. Nonostante tutto, la riconosciuta efficacia dell'approccio dell'ICC, è ancora da consolidare (Vandenbroeck & Braes, 2020).

"I **principi chiave** dell'ICC possono essere così riassunti:

- L'ICC coinvolge e capacita le persone nelle comunità territoriali
- L'ICC implica una responsabilità nei confronti di una specifica popolazione definita su base territoriale
- L'ICC è inclusiva e raggiunge gruppi che rischiano di essere emarginati e di avere scarso accesso ai servizi
- L'ICC attiva e rafforza i legami sociali tra le persone
- L'ICC è per sua natura orientata agli obiettivi (goal-oriented) e sostiene le priorità e gli obiettivi di vita delle persone
- L'ICC richiede che i determinanti sociali, economici e ambientali siano affrontati in modo adeguato
- L'ICC si traduce in un processo costante di innovazione sistemica
- L'ICC richiede un **movimento sociale** per diventare realtà."

(Vandenbroeck & Braes, 2020)



(immagine 2.2)
Fonte: *Infografica TransForm* (Vandenbroeck & Braes, 2020)

Elderly Care

Nelle comunità occidentali di oggi, l'invecchiamento della popolazione e la conseguente modifica della struttura demografica hanno **accresciuto l'importanza dei servizi assistenziali** di tipo sanitario e sociale, andando a costituire una sfida importante da affrontare, vale a dire il **cambiamento del sistema sanitario e dell'assistenza geriatrica** (Lu et al., 2022).

Questo dovrebbe realizzarsi rispondendo in particolar modo alle **nuove esigenze sociali e personali, fisiche e mentali**, degli anziani e delle persone fragili che presentano maggiori **difficoltà nel vivere auto sufficientemente** a causa di diversi fattori, come malattie, diminuzione di mobilità o solitudine. Malgrado ciò e alla necessità di supporto nelle attività quotidiane e nell'assistenza sanitaria, l'aspirazione maggiore è quella di poter **invecchiare con dignità, indipendenza e qualità di vita** migliore possibile.

Gli aspetti sopracitati rientrano in quella che viene denominata in inglese "**elderly care**", oppure semplicemente "eldercare" o "aged care". Questa forma di assistenza comprende un **vasto gruppo di pratiche e strutture**, poiché i bisogni di assistenza degli anziani e le visioni culturali su di essi variano ampiamente in tutto il mondo. Tra i servizi offerti sono inclusi **diverse opzioni di assistenza**: a breve termine per aiutare a recuperare da situazioni specifiche, assistenza di sollievo per fornire una pausa agli assistenti non professionisti, supporto a lungo termine, servizi di assistenza diurna, assistenza a domicilio, assistenza in strutture residenziali e assistenza palliativa. Un aspetto comune però è il tentativo di favorire, fin quando è possibile, una conduzione della propria **vita all'interno dell'ambiente di vita abituale e della comunità** a cui appartiene da sempre. («Elderly Care», 2023)

Infatti, l'ambito della vita quotidiana degli anziani ruota principalmente **attorno alla comunità e alla casa**, dove partecipano attivamente e creano per loro opportunità su come ricevere attenzione e sostegno. Pertanto, se la comunità e la casa forniscono agli anziani **servizi adeguati all'invecchiamento**, la qualità della salute degli anziani sarà direttamente influenzata (Lu et al., 2022).

Interessante da questo punto di vista, è **la definizione di "domiciliarità"** proposta, nel 2005 e poi riaggiornata nel 2011, da Mariena Galetti, Presidente onoraria de La bottega del possibile, associazione di promozione sociale con sede a Torre Pellice. Come viene esposto nel "Nuovo dizionario di servizio sociale", il termine è "un **concetto e un diritto fondamentale** per la persona", e viene utilizzato per indicare "il contesto dotato di senso per la persona", come uno **"spazio significativo" che comprende "l'intero, l'interno e l'intorno della persona"** (Campanini, 2013).

"È una sorta di nicchia ecologica che ingloba:

- l'**INTERO** rappresenta la persona nella sua globalità, unicità, con la sua storia e vissuto;
- l'**INTERNO** è rappresentato da tutto ciò che la persona custodisce nella mente, nel cuore e nell'anima: la memoria, i ricordi, gli affetti; ma anche da ciò che nella casa è custodito: gli oggetti, i quadri, gli arredi, le cose care;
- l'**INTORNO** è rappresentato dal contesto, dalla cultura locale, dal paesaggio, dal vicinato, dal panettiere, tutti elementi con i quali vi è una relazione, un rapporto e un legame sociale; richiama l'ambiente, il contesto dotato di senso per la persona stessa, l'abitare sociale."

(*Tutti in Rete*, 2016)

Infatti, inizialmente il termine "domiciliarità", quando è comparso per la prima volta nel 1993 durante l'ambito formativo e di ricerca della Fondazione Zancan di Padova, era principalmente **riferito alla casa e a ciò che contiene** di tipo materiale e immateriale. Con il tempo, il concetto si è ampliato oltre all'ambito della **casa come "scrigno di ricordi" e "luogo del benessere di una persona"**, includendo la **globalità della persona**, ciò che la circonda e le sue radici con il territorio. Sono tre elementi necessari che formano la domiciliarità di ciascuno e aiutano affinché la persona possa **conservare un senso di appartenenza** in un luogo, radicato nelle proprie memorie, nei legami affettivi e nella propria storia personale. Tuttavia, è fondamentale anche il contributo del sistema domiciliarità, assicurando la presenza di una **rete di sostegni adeguata**. Tale rete dovrebbe basarsi su principi fondamentali come solidarietà, prevenzione, partecipazione, capacità e autodeterminazione delle persone, nonché sulla promozione dell'autonomia (Campanini, 2013).

Si origina, pertanto, il bisogno di esplorare e costruire una **rete di comunità orientata verso le esigenze degli anziani** (Carney & Nash, 2020, citato in Lu et al., 2022) e di implementare un **sistema di assistenza integrato basato sulla comunità** che assicuri la sostenibilità del sistema sanitario (Tsutsui, 2014, citato in Lu et al., 2022). Si riprende la discussione sull'Integrated Community Care e sullo sviluppo di servizi sanitari integrati che pongono al centro le persone e le comunità, coinvolgendo loro nella cura di sé e offrendo l'opportunità di assumersi la **responsabilità della propria salute**.

Ciò potrebbe accrescere la fiducia della popolazione nelle istituzioni sanitarie pubbliche e agevolare **l'implementazione di politiche comunitarie**. Questo, a sua volta, mirerebbe a migliorare la qualità della vita degli anziani, l'efficienza dell'assistenza sanitaria e la competenza del personale infermieristico nell'assistenza di prossimità. Un elemento chiave di questo processo è la realizzazione di una copertura sanitaria universale più efficiente e sostenibile, insieme al continuo supporto politico, all'incremento dei finanziamenti nel settore sanitario e alla consolidazione di un robusto sistema di assistenza sanitaria primaria (Lu et al., 2022).

Un esempio di politiche a livello comunitario, finalizzate ad alleggerire il processo di invecchiamento della popolazione e per promuovere una migliore qualità di vita per gli anziani, le loro famiglie e le comunità circostanti, è rappresentato dal **Decennio ONU dell'Invecchiamento in Buona Salute** proclamato per il periodo 2021-2030. Questa iniziativa dovrebbe essere un'occasione per unire gli sforzi tra governi, società civile, agenzie internazionali, professionisti, mondo accademico, media e settore privato, promuovendo un decennio di azione coordinata, collaborativa e globale con una progettazione efficace adeguata rispetto all'età avanzata. Si riconosce il bisogno di maggiore **impegno per uno sviluppo sostenibile** con il fine di fronteggiare gli impatti che la transizione demografica avrà su quasi tutti gli aspetti della società, compreso quello sanitario e assistenziale (United Nations, 2020).

Pertanto, per costruire politiche condivise e ottenere interventi di sistema che aiutino l'assistenza in vista del crescente invecchiamento, è necessario **coinvolgere il maggior numero di stakeholder**, con un **approccio partecipativo, coordinato e sistemico**, fatto di condivisioni di conoscenze, azioni collettive e analisi dei problemi complessi (Lu et al., 2022).

Inoltre, negli interventi risulta una maggiore tendenza anche a **supportare l'effetto positivo dell'invecchiamento**, riducendone invece quello negativo, e allo stesso tempo migliorandone la prevenzione, l'assistenza a lungo termine, il sostegno economico e dunque la qualità del sistema sanitario, attraverso un **approccio basato sulla comunità** (Lu et al., 2022).

Infine, dalla revisione della letteratura (Lu et al., 2023), riferita ad articoli pubblicati dal 2015 al 2030, risulta che la ricerca riguardante la **progettazione delle diverse tipologie di assistenza** è in crescita dal 2019, mentre dal 2018 si approfondiscono gli **interventi digitali per la sanità**, per poi incentrarsi sulla **sostenibilità in diverse discipline** a seguito della pandemia da Covid-19 dal 2020. Infatti, le pratiche sanitarie cercano di integrare tecnologie digitali e sistemi di cartelle cliniche per **ottimizzare i costi e migliorare l'assistenza fornita alle comunità**. Tuttavia, la ricerca evidenzia la limitata presenza di interventi di progettazione sistemica relativi alla **sostenibilità dell'assistenza comunitaria per gli anziani** e durante situazioni di emergenza.

(immagine 2.3)

2.3 | *La sostenibilità nel settore sanitario*

Ad oggi molti settori sono orientati a migliorare e ripensare i propri processi per diventare più sostenibili sotto più punti di vista, consapevoli dei limiti naturali della Terra e della responsabilità delle generazioni attuali sulle condizioni future. Invece, **la sostenibilità in campo sanitario è un tema estremamente nuovo**, nonostante sia evidente la necessità di una transizione verso **sistemi sanitari che siano efficaci, accessibili e resilienti**. Il settore risulta poco aggiornato nell'interfacciarsi con il tema e, di conseguenza, nel tradurre questo approccio in scelte più sostenibili sui vari livelli, dalla sfera nazionale, a quella territoriale delle singole aziende.

Ricercare una sostenibilità ambientale nella sanità serve a **ridurre gli impatti sull'ambiente**, dovuti all'utilizzo di molte risorse, materie prime, sostanze chimiche e componenti farmaceutiche necessarie per offrire prestazioni sanitarie. Durante quest'ultime, si consumano prodotti monouso e si generano rifiuti che necessitano di essere trasportati e dismessi correttamente, causando ulteriore produzione di effetto serra.

Inoltre, è importante diffondere la consapevolezza dell'influenza reciproca tra la condizione di salute delle persone, da una parte, e lo stato dell'ambiente e dal cambiamento climatico in atto, dall'altro. C'è quindi la necessità di raggiungere un pianeta sano, per **assicurare una salute sostenibile, equa e condivisa per la società**.

Adottare una visione sistemica ci permette di capire che la salute umana è **co-dipendente da quella degli ecosistemi**. Serve ricordarlo per poter raggiungere un equilibrio nuovo e sostenibile in vista delle **transizioni demografiche, tecnologiche, biologiche, istituzionali e sociali in atto** nella società e nei sistemi sociosanitari, e ancor più nei prossimi cinquant'anni. Pertanto, è importante desiderare una migliore qualità delle cure e della vita, ma anche una migliore salute dell'ambiente, un più ampio capitale sociale, maggiore partecipazione sociale e una migliore qualità dei servizi pubblici in generale (Vandenbroeck & Braes, 2020).

Un altro fenomeno che ha bisogno di attenzione è quello dell'invecchiamento della popolazione che, correlato all'insorgere delle patologie croniche, si **ripercuote sul sistema sanitario**. Ad aggravare le condizioni del sistema è intervenuta la pandemia da Covid-19, con la constatazione di dover migliorare la gestione delle emergenze sanitarie, la cura e l'assistenza, attraverso approcci più sostenibili, sociali e circolari.

Va infine considerata e tutelata la **sostenibilità economica** perché assicura vantaggio competitivo e innovazione, soprattutto dal momento in cui è previsto un **incremento della spesa pubblica** destinata all'assistenza sanitaria e alle cure a lungo termine, influenzato dagli alti livelli di spesa pubblica e di debito in molte nazioni, dalle dinamiche demografiche e dai progressi delle tecnologie (Pereno & Eriksson, 2020).

Pertanto, per una "Sustainable Healthcare", è indispensabile **il conseguimento e l'intersezione di tutte e tre le sfere della sostenibilità** (Elkington, 1997 in Ferrero et al., 2021):

- **ambientale**, intesa come il rispetto della natura e dei suoi cicli biologici e la riduzione degli impatti negativi;
- **sociale**, nel rispetto dell'uguaglianza e dei diritti universali di pazienti, personale e comunità;
- **economica**, basata sulla fattibilità economica del processo di sviluppo.

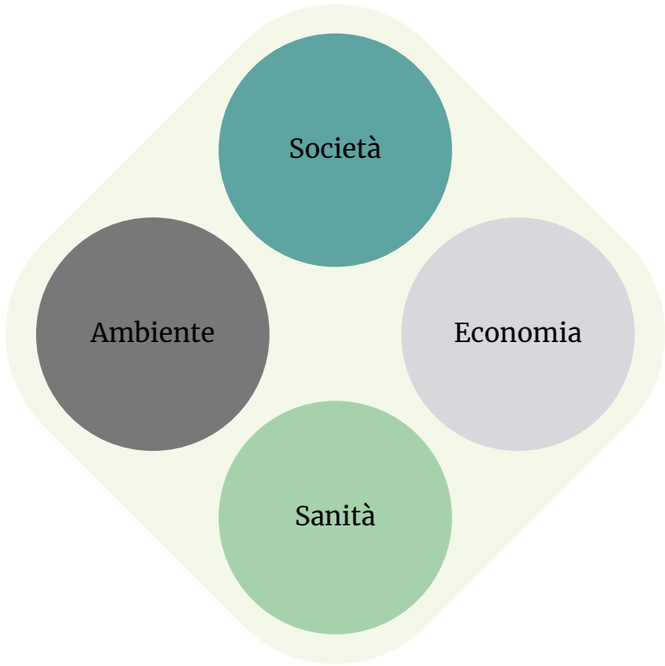
Negli ultimi tempi si ritiene **inevitabile e indispensabile un cambiamento** mirato a potenziare la sostenibilità economica dei sistemi sanitari, diminuire il loro impatto ambientale e promuovere un'assistenza rinnovata e sociale. Infatti, mentre la correlazione tra sostenibilità economica e sociale è ormai consolidata per poter fornire dei **servizi efficienti e di qualità**, l'inclusione delle questioni ambientali è incompleta e discontinua. Tuttavia, è stata introdotta la promozione di **standard ambientali** per ospedali ed organizzazioni sanitarie, e di strategie di Green Public Procurement. Infatti, attraverso la riduzione dei consumi di energia e acqua, e dei rifiuti prodotti, con il contemporaneo aumento di sostanze chimiche non tossiche e di alimenti sani, si possono **ridurre anche i costi associati**, favorendo un ritorno finanziario per il sistema, e allo stesso tempo ottenere **risultati migliori per il benessere dei pazienti** (Pereno & Eriksson, 2020).

Dunque, nonostante la consapevolezza e l'interesse sul tema dell'assistenza sanitaria sostenibile, la difficoltà di questo processo consiste nell'integrare le nuove **strategie sostenibili in strutture molto complesse** con numerose attività, operazioni e organizzazioni e nel definire con quali modalità farlo. In effetti, i sistemi sanitari e assistenziali e il grande settore sanitario pubblico sono complessi, come molti altri sistemi socio-tecnici.

Inoltre, presentano **molteplici problemi interconnessi e interdipendenti**, come il cambiamento climatico, la crescita demografica, la disuguaglianza della produzione responsabile e della disponibilità economica, che coinvolgendo diversi fattori ne ampliano la complessità (Capra & Luisi, 2020).

Ciò richiede sia **processi a lungo termine** per sviluppare una transizione sostenibile e comune, che un approccio olistico per gestire una **responsabilità condivisa e collaborativa** tra numerosi stakeholder diversi, a monte e a valle del settore, che affronti ogni visione, bisogni e aspettative, e le relazioni tra loro nell'intero sistema. Infine, l'assistenza sanitaria si è modificata diventando **centrata sui bisogni dei pazienti e della comunità**, e ciò ha portato a una maggiore responsabilità sul singolo e un cambiamento del loro ruolo nella cura più attivo grazie all'empowerment, all'autocura, alle tecnologie e al digitale (Pereno & Eriksson, 2020).

Pertanto, si può parlare di **Assistenza Sanitaria Sostenibile** in quanto essa non solo affronta la sostenibilità delle infrastrutture, dei comportamenti e delle tecnologie nel campo sanitario, ma si estende anche alla considerazione e interazione delle esigenze di pazienti e operatori, dei costi economici e ambientali, delle dimensioni sociali e culturali, e al mantenimento delle risorse per le generazioni future. Infine, questo concetto va distinto a sua volta da quello della **Salute Sostenibile**, il quale si concentra sulla prevenzione delle malattie e sulla promozione di stili di vita salutari e quello della **Salute Ambientale**, riguardante gli effetti dell'ambiente sulla salute (Eriksson et al., 2015 e Fischer, 2015, citati in Barbero & Pallaro, 2017).



Metodologia di ricerca

3.1 | *La complessità del sistema*

Ogni sistema costituisce una **complessa rete di componenti strettamente connesse**, in cui l'effetto delle loro interazioni è più significativo della semplice somma delle singole parti, poiché da esse emergono proprietà e funzioni che dipendono dall'equilibrio complessivo del sistema. Pertanto, è importante abbracciare una **visione completa e ampia** anziché adottare un approccio semplificato e riduzionista, che frazionerebbe il sistema in componenti più piccole (Capra & Luisi, 2020).

Come è stato già accennato, il sistema sanitario necessita della **collaborazione e cooperazione tra più realtà** che interagiscono al suo interno per **fornire, erogare e ricevere** servizi sanitari: non solo il personale di reparto che lavora per l'assistenza in ospedale o al domicilio, ma anche gli attori impegnati per la produzione di strumenti e di apparecchiature, fino alla corretta gestione dei rifiuti sanitari. Inoltre, dato il costante mutamento dei bisogni dei singoli individui e della società a cui bisogna rispondere, il settore è **in continua trasformazione**, con lo scopo di ricercare cure migliori, nuove tecnologie e approcci inclusivi e innovativi, grazie a soggetti provenienti da diversi settori.

Bisogna considerare, quindi, tutti **coloro che sono coinvolti** nel creare servizi, beni e progetti: organizzazioni pubbliche e private fornitrici di assistenza sanitaria, industrie sanitarie produttive con fornitori, distributori e manutentori, autorità di gestione regionali e nazionali, università e centri di ricerca, cluster di imprese e innovazione, Organizzazioni Non Governative (ONG) e reti sanitarie, consorzi professionali, organizzazioni di gestione del fine vita dei prodotti, e i pazienti con le loro associazioni (Pereno & Eriksson, 2020).

> "Il **sistema sanitario** nel suo complesso è fatto di interazioni tra pazienti, personale medico, luoghi di lavoro, strumenti, servizi, ambiente, società, quadro politico e così via."
>
> (Barbero & Pallaro, 2017)

Dunque, la complessità del sistema risiede anche nei **numerosi servizi, relazioni, gerarchie, normative e organizzazioni** necessarie per il buon funzionamento di ciascuno e dell'insieme, e nella continua trasformazione dei confini del sistema stesso conseguentemente all'introduzione di nuove tecnologie, strumenti, flussi di informazioni e alla delocalizzazione della cura, da ospedali e centri specializzati alle case dei pazienti. Ne deriva anche un **cambiamento dei ruoli degli attori**: infatti, i pazienti non fruiscono più solo passivamente delle cure, ma sono sempre più coinvolti come co-creatori attivi, secondo un modello partecipativo. Per di più il personale sanitario acquisisce nuovi strumenti per l'accesso, la conservazione e lo scambio delle informazioni, interagendo in modo diverso con i pazienti. Queste tendenze si sommano all'invecchiamento della popolazione, all'aumento delle patologie a lungo termine, alla necessità di cure preventive, alla crescente mancanza di risorse dovute alla riduzione delle spese e dei tagli, e alla maggiore attenzione alla sostenibilità ambientale per motivazioni principalmente economiche, solo in parte invece per gli impatti dovuti ai trattamenti compiuti. Tuttavia, il sistema sanitario mostra **impreparazione di fronte a tali sfide**, a causa dell'incremento della complessità così generata e della carenza di risorse e strutture adeguate (Barbero & Pallaro, 2017).

Pertanto, per gestire il sistema complesso in esame e per guidare una trasformazione che lo orienti verso l'innovazione e una maggiore sostenibilità sociale, ambientale ed economica,

è fondamentale una **cooperazione tra i diversi domini**. Oltre alle discipline sanitarie, manageriali e tecnologiche, sono quindi cruciali **nuovi contributi** provenienti da settori occupati nella **gestione ambientale**, ad esempio, dei rifiuti o delle tecnologie pulite. Allo stesso modo, può aiutare il **coinvolgimento di progettisti sistemici** in grado di promuovere la creazione di strutture, servizi e prodotti più sostenibili, adottando un approccio olistico nei confronti dei sistemi sanitari e affrontando simultaneamente le sfide economiche, sociali e ambientali che essi presentano (Pereno & Eriksson, 2020).
In definitiva, il design sistemico rappresenta un valido **strumento per fronteggiare le nuove circostanze** sanitarie e perseguire una maggiore sostenibilità, perché è in grado di analizzare i problemi non solo suddividendoli in sotto-problemi, ma andando anche a comprendere le interazioni tra ciascuno di questi, e quindi anche la complessità del loro insieme (Barbero & Pallaro, 2017).

3.2 | *Il design sistemico*

Per trattare quindi la complessità del sistema sanitario, ampio e articolato, è stata applicata la **metodologia del design sistemico** che risulta essenziale per conseguire l'obiettivo dell'elaborato, ossia supportare una comunità interconnessa, consapevole e autopoietica e un'assistenza sanitaria sostenibile. Ciò può essere riassunto con l'affermazione per cui "i problemi sistemici interconnessi hanno bisogno di soluzioni sistemiche e interconnesse" (Brown & Wyatt, 2010, citato in Battistoni et al., 2019).

Il design sistemico è quindi un "modello di design alternativo" che mette insieme la **progettazione incentrata sull'uomo** e la **progettazione di sistemi** complessi, aperti, autopoietici e multi-stakeholder, per realizzare una trasformazione sociale e organizzativa (Battistoni et al., 2019).

Infatti, esso si può intendere come l'applicazione del **Design Thinking** e dei suoi vantaggi, soprattutto in termini di empatia, collaborazione e prototipazione. Sono quindi analizzate le esigenze espresse e latenti dei pazienti e dei caregiver, adattando il sistema e il progetto di conseguenza. In aggiunta, si evidenzia la collaborazione multidisciplinare con diversi stakeholders e l'utilizzo della prototipazione rapida per testare le idee e selezionare le soluzioni più efficaci (Roberts et al., 2016, citato in Barbero & Pallaro, 2017).

Inoltre, l'approccio del design sistemico deriva anche dal **pensiero sistemico**, sviluppato fin dai primi del XX secolo, in quale mira a "considerare i problemi come sistemi e analizzarli nella loro complessità attraverso le interazioni tra i loro componenti" (Sposito e Faggian, 2013, citato in Barbero & Pallaro, 2017).

Quindi, adottare un approccio olistico fornisce strumenti per **analizzare "ambienti complessi"**, in un processo strutturato di valutazione, ricerca, raccolta, visualizzazione e interpretazione che aiuta a comprenderli in modo approfondito. Uno strumento rilevante in questa metodologia è l'analisi olistica che permette di affrontare e inquadrare scenari complessi, **integrando design, tecnologia, economia e sociologia**. Si tratta quindi di un approccio innovativo e transdisciplinare, dove il progettista, come mediatore, fa dialogare gli esperti delle diverse componenti coinvolte (Battistoni et al., 2019).

Il **ruolo del designer** sta attraversano una trasformazione poiché dall'essere tradizionalmente creatore di prodotti e servizi, diventa un facilitatore delle connessioni tra vari attori interessati e anche un fornitore di strumenti e metodologie per una valutazione approfondita della complessità delle attuali sfide nel campo della salute (Freire e Sangiorgi, 2010, citato in Barbero & Pallaro, 2017). Inoltre, il designer sistemico ha un ruolo cruciale nel rendere possibile un futuro sostenibile e resiliente basandosi su una "**visione olistica ed ecologica della vita**" che segue i principi della natura e ne prende spunto (Capra, 1988, citato in Battistoni et al., 2019).

Dunque, scegliere una **metodologia strutturate e creativa** in questa tesi ha permesso di esaminare lo scenario esistente, identificando i processi decisionali e relazionali, le logiche interne, e le interconnessioni tra le singole componenti, di individuarne poi i problemi e di ricercare delle soluzioni innovative sistemiche e sostenibili da cui sviluppare progetti adeguati, prevedendone gli impatti.

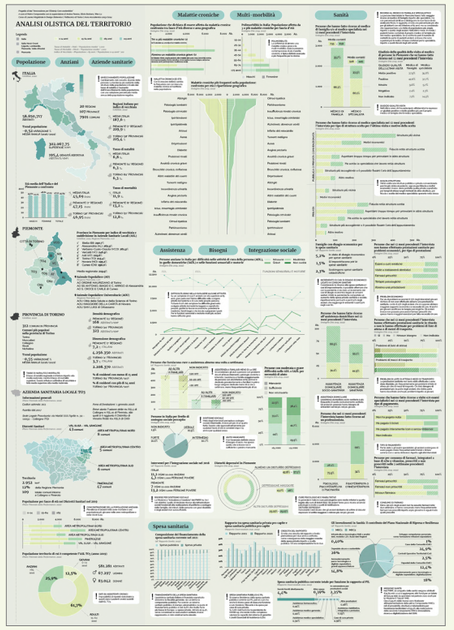
> “Il Design Sistemico è una disciplina di progettazione che fornisce **strumenti pratici per affrontare scenari complessi con una prospettiva olistica**, supportando al contempo la **cooperazione attiva tra le parti interessate coinvolte**.”
>
> (Battistoni et al., 2019)

I principi

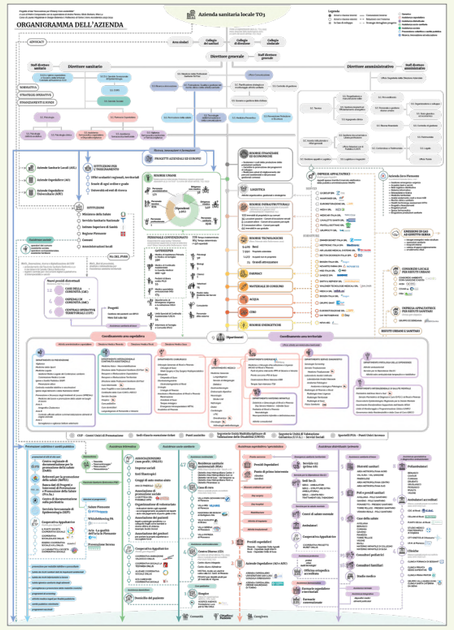
Il percorso di tesi fa riferimento all’approccio del design sistemico, sviluppato dal professore Luigi Bistagnino, facendo riferimento all’omonimo testo del (Bistagnino, 2011). Questo è guidato da cinque principi fondamentali:

1. **Outputs > Inputs**: gli scarti (output) di un sistema, non più visti solo come rifiuti, diventano risorse (input) per un’altra filiera produttiva, contrariamente a quanto succede in un modello produttivo lineare tradizionale;
2. **Relazioni**: le relazioni tra le parti non più isolate generano il sistema stesso e un impatto positivo grazie alla collaborazione;
3. **Autopoiesi**: i sistemi autopoietici e resilienti si supportano e si rigenerano, co-evolvendo automaticamente;
4. **Agire localmente**: il contesto operativo prioritario in cui è inserito il sistema è locale e si privilegia l’utilizzo consapevole di risorse e relazioni locali;
5. **Umanità al centro del progetto**: l’umanità, con i suoi bisogni e le sue relazioni con il contesto ambientale, sociale, culturale ed etico, è il focus fondamentale del progetto.

Applicando questi temi nei processi produttivi, si possono ottenere **risultati positivi dal punto di vista ambientale, sociale ed economico**. Infatti, ciò implica un consumo minore delle risorse locali e l’adozione di processi produttivi più sostenibili, con impatto ambientale ridotto ed emissioni più vicino possibile allo zero. Inoltre, si favorisce così la creazione di nuovi posti di lavoro legati ai luoghi culturali e spaziali specifici. Infine, l’ottimizzazione delle risorse contribuisce a minimizzare i costi, potenziando la competitività delle aziende e aprendo nuove opportunità di business e una ricchezza distribuita per la società (Battistoni et al., 2019; Barbero & Pallaro, 2017).



(tavola n.1)



(tavola n.2)

Le fasi

Innanzitutto, la **ricerca si è svolta in letteratura** per approfondire in sintesi lo stato del sistema sanitario pubblico italiano e il significato di Community Care e di Elderly Care, come esposto nel capitolo precedente. A seguire, si è **articolata secondo la metodologia del design sistemico** applicata al caso studio dell’ASL TO3. Tramite approfondite ricerche documentali e indagini sul campo, si avvia un’analisi esaustiva, del sistema esistente, estendendosi al contesto sociale, culturale, economico, produttivo e ambientale. Si prosegue con l’esplorazione di problematiche e possibili soluzioni, per poi convergere in un progetto sistemico, che favorisca una cooperazione attiva tra gli stakeholder coinvolti. Le **fasi principali** possono essere suddivise come segue:

1- Analisi del territorio e dell’ASL

Analisi approfondita sia del contesto territoriale ai diversi livelli di indagine, sia dell’attuale organizzazione dell’ASL in esame, al fine di **comprendere lo scenario attuale** e i flussi di energia, materia e informazioni. Visualizzazione dei dati quantitativi e qualitativi raccolti in alcune infografiche per elaborare le interazioni tra gli stessi, interpretare le informazioni e veicolare una migliore visione d’insieme, chiara e tangibile ***(vedi tavola n.1 e 2)***.

Interviste con interlocutori chiave dell’ASL

Brevi interviste con più responsabili rilevanti per la raccolta dei dati relativi all’ASL che siano sufficienti a definire un’analisi accurata sullo stato attuale e sulla gestione interna.

2- Definizione di sfide e opportunità

Definizione di una visuale complessiva e la relativa **identificazione delle criticità** del contesto e dell'azienda, **delle loro interazioni e delle potenzialità nascoste**, come leve per il cambiamento. A seguire ricerca di **nuove opportunità per migliorare lo scenario** attuale e le sue problematiche. Studio e individuazione dei rapporti tra i dati raccolti sullo scenario, i riferimenti ad altri casi studio e le sperimentazioni in corso in altri contesti ***(vedi tavola n.3, 4a, e 4b)***.

Condivisione dei progressi con l'ASL

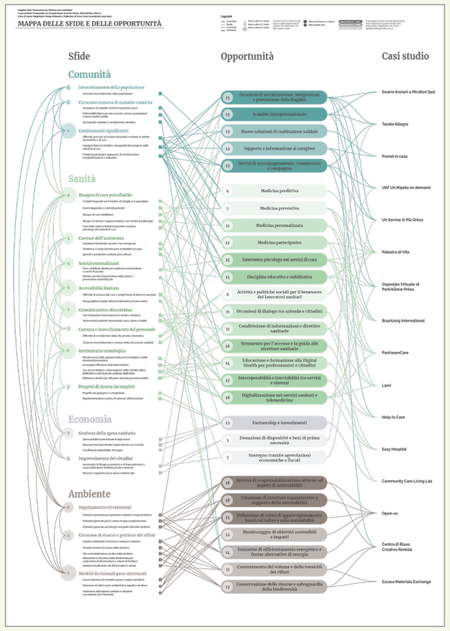
Fase di condivisione con l'ASL delle problematiche e delle opportunità emerse in fase di analisi e della contemporanea ricerca sulla letteratura e sul contesto attuale italiano ed europeo.

3- Progettazione del nuovo sistema

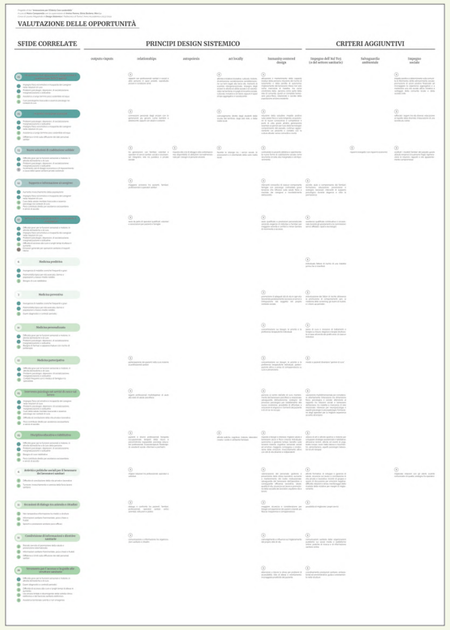
Progettazione di un **nuovo modello sistemico**, adatto al contesto studiato, e basato sulle relazioni tra processi e attori, che ottimizza e valorizza i flussi, gli scarti e le risorse, per minimizzare le emissioni. A seguire identificazione e studio dei **nuovi esiti generati** dalla nuova modalità sistemica ***(vedi tavola n.5)***.

Discussione delle strategie con l'ASL

Proposta di **possibili strategie di intervento** e di un **piano dettagliato** sul breve, medio e lungo periodo, finalizzato al conseguimento del progetto e dei suoi obiettivi di tipo sociale, ambientale ed economico.

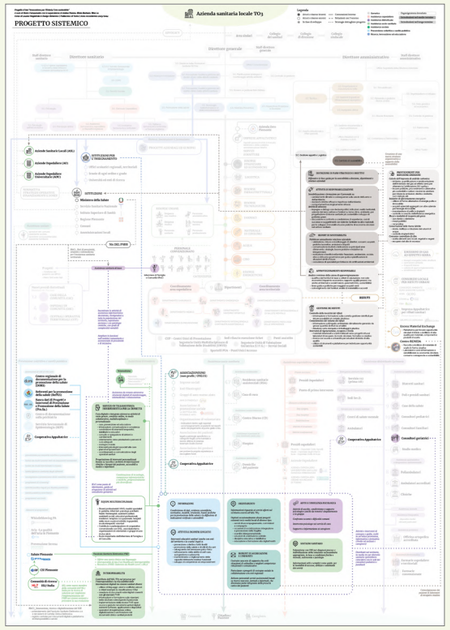


(tavola n.3)



(tavola n.4a)

(tavola n.4b)



(tavola n.5)

Altre fasi

A questo punto, solitamente seguono altre tre fasi (Battistoni et al., 2019; Barbero & Pallaro, 2017):

- lo studio dei possibili **benefici** nell'ambito ambientale, economico e sociale e la previsione di possibili criticità;
- l'**implementazione** nel contesto specifico analizzato del sistema progettato, eventualmente modificato, e la valutazione della **praticabilità** del nuovo piano aziendale;
- l'**analisi dei risultati e dei feedback** derivanti dall'attuazione per migliorare il progetto continuamente e consentire l'individuazione di nuove opportunità che lo rendano autopoietico.

Tuttavia, per la ricerca svolta in questa tesi è stato possibile giungere **fino alla proposta del progetto sistemico** per l'ASL TO3 e il suo sistema. Quest'ultimo e ciascuna fase intermedia vengono discussi nei capitoli successivi, a cui si affiancano alcune tavole, allegate in digitale ***(scansiona qui in basso)***. Sono state infatti **realizzate delle Gigamap**, uno strumento di progettazione visiva indispensabile per eseguire diagnosi olistiche, identificarvi problemi e opportunità, e infine progettare soluzioni sistemiche, perché il processo visivo aiuta a **ricordare e interiorizzare grandi quantità di informazioni** (Lu et al., 2023).

Scansiona qui per visualizzate le tavole prodotte

Analisi olistica del territorio piemontese

È stato condotto il rilievo olistico della componente territoriale intorno al caso studio dell'ASL TO3, per poter definire lo stato dell'arte e i diversi **fattori che influiscono sul settore sanitario**, non esclusivamente legati ai temi dell'Healthcare, ma anche agli **aspetti demografici, sociali ed economici**, proprio perché si tratta di una visione olistica.

(vedi tavola n.1)

4.1 | *L'invecchiamento della popolazione*

Nel mondo l'invecchiamento progressivo della popolazione è un **fenomeno ampiamente riconosciuto**, sia dagli esperti che dal pubblico in generale. L'aspetto però più notevole sono i **cambiamenti demografici che si prospettano nei prossimi anni**.

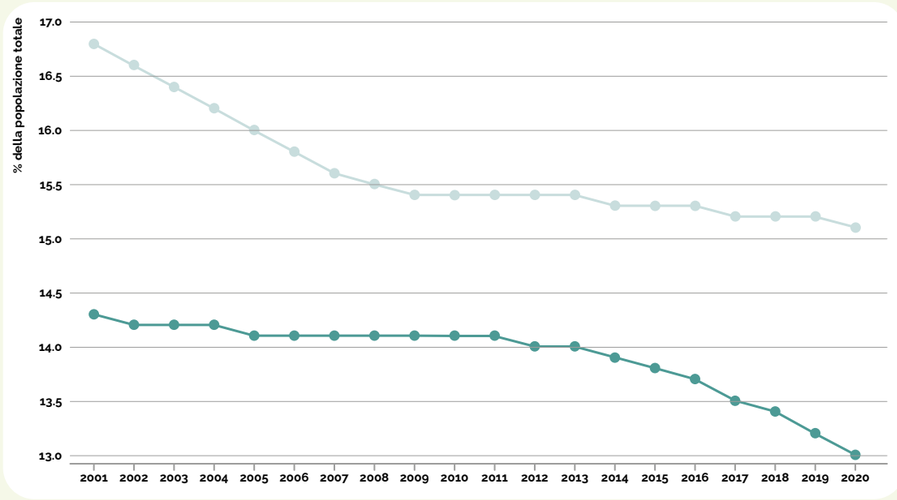
Come affermato nel 2012 dall'Istituto Superiore di Sanità sul portale dell'epidemiologia per la sanità pubblica EpiCentro, entro il 2050, la proporzione di anziani nella popolazione sarà **destinata a raddoppiare**, con un passaggio dall'attuale 11% al 22%, raggiungendo i 2,1 miliardi. Questo ha rappresentato per la prima volta nel 2020 un numero di individui con età maggiore di 60 anni superiore a quello dei bambini al di sotto dei 5 anni. Addirittura, entro il 2050 ci si aspetta che potranno essere anche più dei giovani con età compresa tra i 15 e i 24 anni. Inoltre, il numero degli ultraottantenni sarà praticamente quadruplicato rispetto ai livelli attuali. Si passerà da una persona su otto ultrasessantenne nel 2017, a una su sei nel 2030. Questi aumenti della popolazione anziana coinvolgeranno i Paesi industrializzati, ma saranno particolarmente evidenti nei Paesi in via di sviluppo, dove già abita la maggior parte degli anziani al mondo, però scarseggiano le **risorse per assicurarne la salute** (Galluzzo et al., 2012; United Nations, 2020).

Guardando ai Paesi dell'Unione Europea, diversi indicatori statistici attestano l'**aumento dell'aspettativa di vita** in tutti gli stati membri nel periodo dal 2001 al 2020. Si sta dunque verificando un **incremento significativo** nella percentuale di popolazione anziana europea, passando dal 16% nel 2001 al 21% nel 2020, registrando un aumento di 5 punti percentuali nel corso di questi anni. In particolare, per il gruppo di persone di 80 anni e oltre si nota che la loro quota era del 3,4% nel 2001 e ha quasi raddoppiato la sua presenza, raggiungendo il 6% nel 2020 (vedi ***grafico 4.1***). D'altra parte, la **porzione di giovani** (dai 0 ai 19 anni) nell'Unione Europea è scesa al 20% nel 2020, segnando una diminuzione di 3 punti percentuali rispetto al 23% registrato nel 2001 (vedi ***grafico 4.2***). In Italia, nello specifico, si è registrata una tra le quote più basse in Europa per numero di giovani con meno di 20 anni, pari al 18% degli italiani (Istat, 2020).

Infatti, si nota che nell'arco degli ultimi 50 anni, l'invecchiamento della **popolazione italiana** è avvenuto a un ritmo tra i più elevati tra le nazioni altamente sviluppate. Oltre a ciò, nel 2012 si prevedeva che la **speranza di vita** media in Italia sarebbe stata di 82,5 anni entro il 2050, con una previsione di 79,5 anni per gli uomini e 85,6 anni per le donne (Galluzzo et al., 2012). Tuttavia, dai dati Eurostat del 2021 emerge già che l'aspettativa di vita in Italia ha una stima di 82,9 anni, al settimo posto tra i Paesi dell'UE (Bensi, 2022).

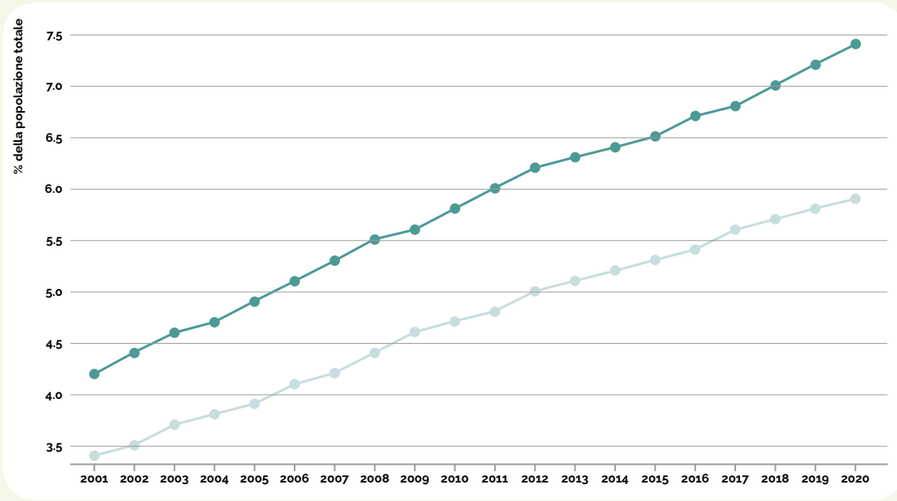
Soffermandosi anche sull'età media dei cittadini, l'Italia tra gli Stati membri dell'Unione Europea ha i valori più elevati registrati fin dal 2018 (Eurostat, 2023). La media europea invece è di 44 anni nel 2020 (vedi ***grafico 4.3***), rispetto ai 38 anni nel 2001 e ai 41 nel 2010 (Istat, 2020).

Sono analizzati quindi i dati Istat del 2021 (Urbistat, 2021a; UrbiStat, 2021b), relativi agli **indici demografici** italiani, calcolati su 58.850,717 abitanti, distribuiti su un territorio di 302.067,75 km² di superficie, con una densità abitativa di 195,4 abitanti su km².



(grafico 4.1)
Fonte: Eurostat, 2023
Rielaborazione di: Istat, 2020

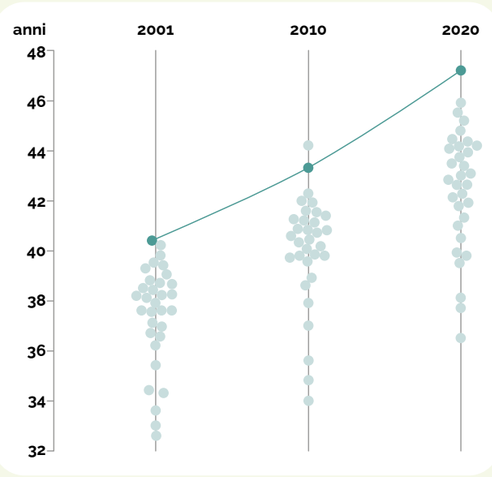
Trend 2001-2020 della percentuale di giovani con età inferiore ai 15 anni sulla popolazione: Italia e Unione Europea a confronto



(grafico 4.2)
Fonte: Eurostat, 2023
Rielaborazione di: Istat, 2020

Trend 2001-2020 della percentuale di giovani con età superiore a 80 anni sulla popolazione: Italia e Unione Europea a confronto

(immagine 4.1)



(grafico 4.3)
Fonte: Eurostat, 2023
Rielaborazione di: Istat, 2020

Trend 2001-2020 dell'età mediana: Italia e altri Paesi di Europa a confronto

Sono stati confrontati i dati riguardanti l'età media, l'indice di vecchiaia, il tasso di natalità e quello di mortalità della popolazione delle regioni. Contribuiscono tuttavia alle medie anche i dati riferiti alla Città del Vaticano e alla Repubblica di San Marino.

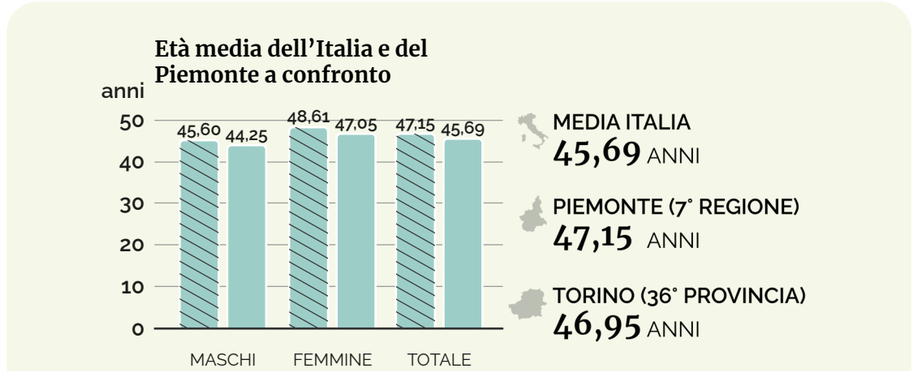
L'**indice di vecchiaia,** che misura il rapporto percentuale tra la popolazione con più di 65 anni e quella con meno di 14 anni, raggiunge livelli più elevati in Liguria (267,2%) e il Piemonte si posiziona al settimo posto tra le regioni (219,9%), entrambi superando la media nazionale (187,6%). Si può osservare una variazione di colori nella rappresentazione in figura dell'Italia, in cui la colorazione più intensa indica l'indice più alto, mentre le altre regioni sono indicate gradualmente da tonalità più lievi (vedi ***grafico 4.4***).

Secondo un altro indicatore, l'**età media** a livello nazionale si attesta a poco più di 45 anni. Tuttavia, vi sono differenze significative nelle diverse regioni, con la Liguria che registra l'età media più alta a 48 anni e la Campania con l'età media più bassa a 43 anni, mentre il Piemonte si colloca a 47 anni (vedi ***grafico 4.5***).

(grafico 4.4)

Demografia in Italia: confronto tra regioni

(grafico 4.5)
Fonte: Urbistat, 2021



Per quanto riguarda la frequenza dei nuovi nati, il **tasso di natalità** medio in Italia si stabilisce a 6,8‰. Il Trentino-Alto Adige detiene la prima posizione con l'8,7‰, mentre la Città del Vaticano l'ultima con lo 0‰, e il Piemonte l'undicesima con il 6,3‰ (vedi ***grafico 4.6***).Il **tasso di mortalità** maggiore si ha invece in Liguria con il 14,9‰, rispetto al tasso medio italiano pari al 11,9‰ e a quello piemontese al 13,2‰. Inoltre, nel periodo compreso tra il 2016 e il 2021, si è registrata una variazione media annua negativa della popolazione italiana complessiva dello 0,52% (vedi ***grafico 4.7***).

(grafico 4.6 - 4.7)
Fonte: Urbistat, 2021

Infine, riferendosi ancora ai dati Istat del 2021 (Urbistat, 2021c), la **provincia di Torino** presenta dati superiori alle medie nazionali in diversi indicatori demografici, con un'età media di quasi 47 anni, un indice di vecchiaia del 215,4%, e un tasso di mortalità dell'12,8‰. Tuttavia, il tasso di natalità è leggermente inferiore, situandosi al 6,3‰.

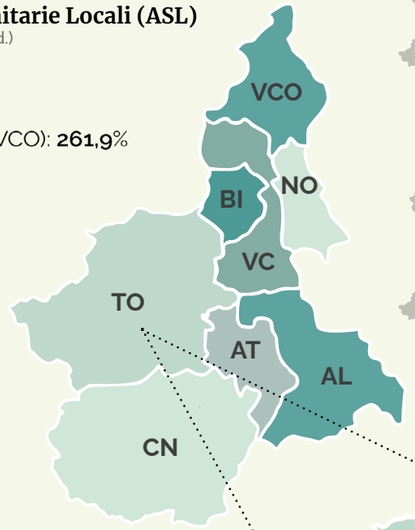
Mettendola invece a confronto con le altre province del Piemonte, si posiziona al settimo posto per indice di vecchiaia, ed è superata di gran lunga da Biella con il 290,7%. Infatti, nella classifica tra le 107 province italiane, quella di Torino è al 65° posto per residenti con meno di 15 anni e al 30° per cittadini con più di 64 anni. Inoltre, la variazione media annua della popolazione in questo territorio tra il 2016 e il 2021 è pari al -0,55%.

PIEMONTE

Province in Piemonte per indice di vecchiaia e suddivisione in Aziende Sanitarie Locali (ASL)
(UrbiStat, 2021; Regione Piemonte, n.d.)

1° Biella (BI): **290,7%**
2° Alessandria (AL): **262,9%**
3° Verbano-Cusio-Ossola (VCO): **261,9%**
4° Vercelli (VC): **246,9%**
5° Asti (AT): **229,6%**
6° Torino (TO): **215,4%**
7° Novara (NO): **195,2%**
8° Cuneo (CN): **190,0%**

Media regionale: **219,9%**



Densità demografica

PIEMONTE (11° REGIONE)
168 ABITANTI/KM2

TORINO (20° PROVINCIA)
323 ABITANTI/KM2

Dimensione demografica

PIEMONTE (7° REGIONE)
7,2 % ITALIANI
4.256.350 ABITANTI

TORINO (4° PROVINCIA)
3,7 % ITALIANI
2.208.370 ABITANTI

PROVINCIA DI TORINO

(UrbiStat, 2021)

312 COMUNI IN PROVINCIA

Comuni più popolosi nella provincia di Torino

Torino
Moncalieri
Collegno
Rivoli
Nichelino

Trend popolazione
-0,55 VARIAZIONE %
MEDIA ANNUA (2016/2021)

% di residenti con meno di 15 anni
TORINO (62° PROVINCIA/107)

% Di residenti con più di 64 anni
ToriNO (3 0° PROVINCIA/107)

Tra i 312 **comuni della provincia** di Torino, i più popolosi sono Torino, Moncalieri, Collegno, Rivoli e Nichelino. La densità demografica, invece, vede in primo luogo il comune di Torino con 6.526 abitanti per chilometri quadrati, seguito da Grugliasco, Collegno, Beinasco, e Nichelino, ciascuno con un valore tra i 3.000 e 2.000 ab./km2. Infine, per dimensione demografica, Torino primeggia con 848.748 abitanti, successivamente si colloca Moncalieri (56.193 ab.), Collegno (48.574 ab.), Rivoli (47.481 ab.) e Nichelino (46.458 ab.).

In conclusione, si può affermare che la tendenza generale più evidente della struttura della popolazione è il calo del tasso di natalità, contro i costanti decessi e l'aumento dell'età media, determinando inevitabilmente l'invecchiamento della popolazione.

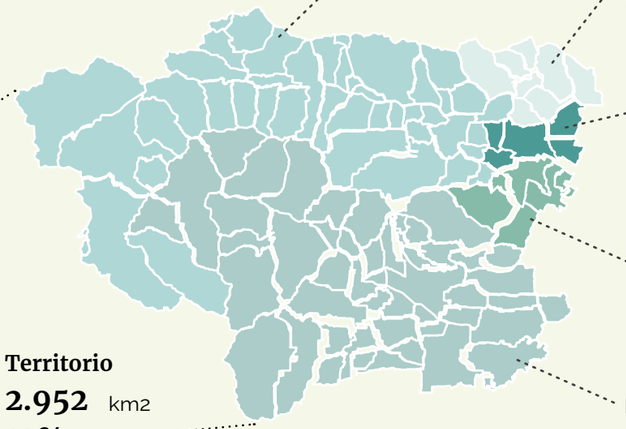
(grafico 4.8)
Fonte: Urbistat, 2021; Regione Piemonte, n.d.

Demografia nelle province del Piemonte

AZIENDA SANITARIA LOCALE TO3

(grafico 4.9)

Distretti Sanitari
(Piano Triennale della Performance, 2021)



VAL SUSA – VAL SANGONE
43 comuni

AREA METROPOLITANA NORD
8 comuni

AREA METROPOLITANA CENTRO
5 comuni

AREA METROPOLITANA SUD
6 comuni

PINEROLESE
47 comuni

Territorio
2.952 km2
12% della Regione Piemonte

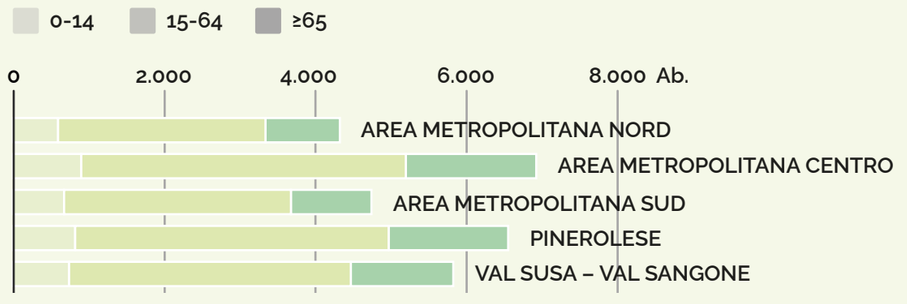
Gli aspetti demografici dell'ASL TO3 di Collegno e Pinerolo

Guardando alla situazione demografica dell'Azienda Sanitaria Locale TO3, sono riportati a seguire i dati estrapolati dai documenti aziendali più recenti (*La carta dei servizi dell'ASL TO3*, 2023; *Piano Triennale della Performance*, 2021).

L'ASL si estende su un **territorio vasto e disomogeneo** pari al 12% (2.952 km²) della regione Piemonte, comprendente **109 comuni suddivisi in 5 Distretti Sanitari** (vedi ***grafico 4.9***). La popolazione residente complessiva è di 581.281 abitanti al 31 dicembre 2019, pari al **13,4% di quella piemontese**, e seconda tra quella delle ASL regionali, collocandosi dopo l'ASL Città di Torino.

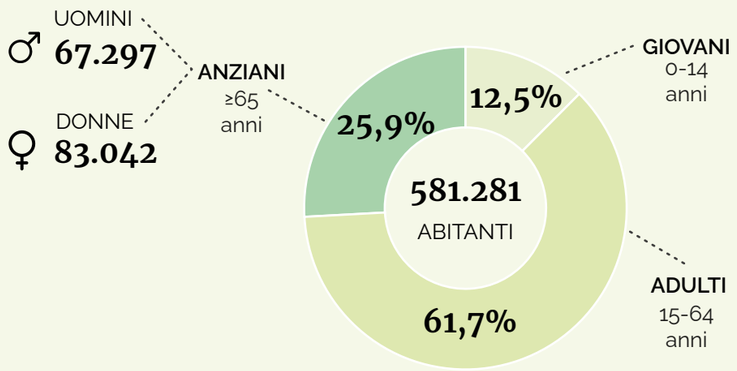
Il distretto **più popolato** (vedi ***grafico 4.10***) è quello dell'area metropolitana centro (144.069 abitanti), il meno abitato quello dell'area metropolitana nord (88.064 abitanti). Invece, per **densità di popolazione** al km², l'area metropolitana

Popolazione per fasce di età nei Distretti Sanitari nel 2019 ***(grafico 4.10)***
(*Piano Triennale della Performance*, 2021)



Popolazione territorio di cui è competente l'ASL TO3 (anno 2019) *(grafico 4.11)*

(Piano Triennale della Performance, 2021)



centro si conferma quella con la più forte concentrazione abitativa (con 1.769,5 ab./km²) e il distretto della Val Susa e Val Sangone come ultimo (92,6 ab./km²) a causa dell'elevato numero di comuni poco popolati nella zona di estrema montagna.

Nel quadro demografico dell'ASL TO3 nel 2019, emerge un interessante contrasto tra la distribuzione percentuale dei **due generi in relazione alle diverse fasce d'età**. Infatti, il 11,9% delle femmine ha un'età compresa tra 0 e 14 anni, mentre il 13,2% dei maschi rientra in questa fascia di età. La fascia più ampia, compresa tra i 15 e i 64 anni, rappresenta il 60,3% delle femmine e il 63,1% dei maschi. Infine, le età superiori ai 64 anni coinvolgono il 27,9% delle femmine e il 23,7% dei maschi.

Nell'intero territorio, circa il 5,5% dei residenti è di **origine straniera**, con percentuali più elevate nelle zone del Pinerolese (6,8%) e più contenute nell'area metropolitana nord (4,4%); inoltre si tratta di percentuali minori rispetto alla media regionale, e in crescita nei prossimi anni secondo quanto previsto dall'IRES (Istituto di ricerche Economico Sociali) del Piemonte.

La demografia nel territorio dell'ASL presenta situazioni contrastanti, con una **prevalenza di anziani** nelle zone montane e una popolazione più giovane nelle aree metropolitane e nella Val di Susa. In generale però, **oltre il 25% della sua popolazione** ha superato i 64 anni, e un 7,2% ha raggiunto gli 80 anni, dimostrando un incremento rispetto a quanto registrato un decennio fa. Mentre il resto della popolazione ha per il 12,5% da qualche mese a 14 anni, e per il 61,7% dai 15 ai 64 anni (vedi ***grafico 4.11***).

Inoltre, nel 2021, l'**età media** dei cittadini è di 47,2 anni, cifra che si avvicina a quella dell'intera regione (47,1 anni). Questo rappresenta un incremento di 2,8 anni rispetto al 2011, quando l'età media era di 44,4 anni. Tra i vari distretti, invece, si osserva una variazione massima di 1,5 anni, con l'area metropolitana centro in cui si registra un'età media di 47,7 anni, mentre nell'area metropolitana sud di 46,2 anni.

Il numero di anziani nella popolazione è ulteriormente confermato **dall'indice di vecchiaia**, che calcola in media 220 persone anziane (di età superiore ai 64 anni) per ogni 100 giovani (sotto i 15 anni). In particolare, i distretti dell'area metropolitana centro e della Val Susa e Sangone presentano i **valori più elevati**, rispettivamente 237% e 230%, con una tendenza in aumento.

D'altro canto, quando si analizza la dinamica demografica, emerge un saldo negativo nel 2020, pari a -4.694 unità, il che significa che il numero di decessi (8.200) ha superato nettamente quello dei nati (3.506). In effetti, il **tasso di mortalità** medio nell'ASL è del 14‰, mentre il **tasso di natalità** è del 6‰. È interessante notare che nel corso degli ultimi dieci anni, il tasso di natalità è diminuito mentre quello di mortalità è aumentato.

Va anche detto che, secondo le previsioni demografiche dell'IRES Piemonte, si

prospetta un invecchiamento rapido della popolazione, e un conseguente impatto significativo sulle **esigenze di assistenza sanitaria**, soprattutto per quanto riguarda le malattie croniche.

Si riscontra anche che **i soggetti socialmente svantaggiati**, dal punto di vista socio-economico, tendono ad avere condizioni di salute più sfavorevoli. Sotto questo punto di vista, i dati raccolti dalle indagini europee sulla salute (EHIS), condotte dall'Istat in Italia, offrono informazioni rilevanti, tra cui il l'istruzione, la disoccupazione, la percezione delle risorse economiche personali e la qualità dell'abitazione.

Nel 2019, nel territorio dell'ASL TO3, il 16,7% della popolazione sopra i 15 anni ha dichiarato di avere un **basso livello di istruzione** (fino alla licenza elementare), una percentuale leggermente superiore alla media regionale, di circa un punto.

Inoltre, **la disoccupazione** tra i residenti di età superiore ai 15 anni nell'ASL TO3 è del 13,3%, maggiore della media piemontese del 9,8%.

L'indagine ha rivelato anche che il 29,8% dei residenti nell'ASL TO3 ha dichiarato di avere **risorse economiche limitate o del tutto insufficienti**, in confronto al 23,8% della popolazione piemontese.

Per quanto riguarda la qualità delle abitazioni, il 6,1% dei residenti nell'ASL e il 3,6% dei residenti in Piemonte hanno segnalato di vivere in **condizioni abitative svantaggiate**.

Tutto sommato, i dati relativi alla popolazione dell'ASL sembrano indicare una minore disponibilità di risorse, con una popolazione meno istruita, in condizioni occupazionali più precarie, abitazioni di ridotta qualità e una percezione negativa delle risorse economiche personali. Pertanto, tutto questo tende generalmente a predire uno **stato di salute peggiore** per i cittadini in condizioni più vicine alla media descritta, considerando le notevoli disparità legate alle varie e complesse realtà sociali incluse nel territorio.

Infatti, nel 2019, il sistema di sorveglianza PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia) ha riportato che il 32,4% dei residenti nell'ASL TO3 ha dichiarato uno stato di salute scadente e **in deterioramento**, rispetto al 28,8% dichiarato dall'intera popolazione piemontese.

(immagine 4.2)

4.2 | *La situazione sanitaria*

La situazione sanitaria nazionale e più nello specifico nell'Italia Nord-Ovest, oltre che nel Piemonte, quando ci sono dati a disposizione, viene delineata sulla base dell'**indagine europea sulla salute del 2019 (Ehis)**, pubblicata nel 2022 in Italia (è la seconda edizione condotta dall'Istat, perché la pima risale al 2015). Prevista dal regolamento europeo (Ue n. 255/2018), ha l'obiettivo di poter condurre un confronto tra gli stati dell'Unione Europea, sullo stato di condizioni e determinanti di salute, prevenzione, fattori di rischio, stili di vita, ricorso e accesso ai servizi sanitari. I dati sono stati raccolti su un **campione** di 23.700 famiglie (intese come famiglie di fatto, che quindi condividono la stessa dimora per motivi di parentela, affettività, affinità o amicizia) residenti in 835 comuni con ampiezza demografica diversa, distribuiti su tutto il territorio italiano. Inoltre, sono riferiti a una popolazione con età superiore ai 15 anni, e articolati su tavole divise per genere, età e riferimento territoriale, con un numero effettivo di 52.442 individui totali in Italia, di cui 3.678 in Piemonte (Istat, 2022b).

Le malattie croniche e la multimorbilità

Negli ultimi anni, le patologie croniche sono cresciute nella popolazione, soprattutto quella più anziana. Si tratta di **condizioni croniche a lungo termine** poiché durano per più di un anno e impattano fortemente sulla vita della persona. Possono essere, per fare qualche esempio, artrite, asma, cancro, demenza, diabete, malattie cardiache, condizioni di salute mentale e ictus (NICE, 2015).

Inoltre, la tendenza emergente è quella della multimorbilità (o multimorbidità), cioè la somma di **due o più malattie croniche**, collegate o indipendenti, che includono (NICE, 2016):

- determinate condizioni di salute fisica e mentale come il diabete o la schizofrenia
- condizioni in corso come difficoltà di apprendimento
- complessi di sintomi come fragilità o dolore cronico
- compromissione sensoriale come perdita della vista o dell'udito
- abuso di alcol e sostanze.

Tra l'altro, sia per la singola patologia cronica, che per la combinazione di più di una, emergono **differenze e disuguaglianze** in base a genere ed età, e a situazioni di svantaggio per via di aree territoriali in cui si vive, cultura e condizioni sociali ed economiche annesse. Per le persone di età avanzata prevalgono le condizioni multiple di patologie fisiche, mentre nei più giovani coinvolgono sia la sfera fisica che quella psicologica.

Secondo quanto riferito nell'intervista condotta sull'ASL TO3, emerge la difficoltà di individuare dati puntuali sul totale dei pazienti cronici assistiti perché i **flussi sanitari non sono ben strutturati**, e servirebbe piuttosto creare degli algoritmi per poterli estrapolare a partire dall'incrocio di informazioni che si suppone possano servire a identificare quel genere di paziente.

Pertanto, per ricostruire lo stato di salute in Italia e in Piemonte sotto questo punto di vista si fa riferimento all'indagine Ehis del 2019, da cui si riconferma la **presenza di malattie croniche** particolarmente diffuse nella popolazione molto anziana (Istat, 2022a).

Alle persone intervistate, attraverso l'autocompilazione di un questionario o il confronto faccia a faccia, è stato richiesto di dichiarare se fossero affette da una malattia cronica grave o da tre o più malattie croniche, ed eventualmente quale su un **elenco di 22 patologie** (vedi ***annotazione 4.1***). I dati su cui si pone l'attenzione sono quelli riferiti ad una popolazione con un'età inferiore ai 65 anni (età oltre la quale un individuo è considerato anziano) confrontati con quelli con età superiore alla stessa cifra. Ne risulta che qualsiasi area geografica si consideri, tra l'Italia intera, l'area del Nord-Ovest (comprendente Piemonte, Valle d'Aosta, Lombardia, Liguria) e quella piemontese, l'una inclusa nella precedente, gli **abitanti anziani** che dichiarano di soffrire di almeno una malattia cronica grave (vedi ***annotazione 4.2***) sono più del resto del campione adulto (vedi ***grafico 4.12***). Questo vale anche nel caso in cui a confrontarsi sono i dati di coloro che affermano di essere affetti da tre o più malattie croniche. Un altro aspetto emergente è che il numero di abitanti anziani che riportano di avere più malattie croniche sia superiore al numero di quelli con almeno una malattia cronica grave.

Il fenomeno descritto è definito come comorbilità, o multimorbilità, oppure semplicemente **polimorbilità**, ed indica la presenza contemporanea di più malattie croniche. Dal grafico che analizza la situazione in Italia, si può notare che è più frequente nell'età avanzata e nel campione femminile (vedi ***grafico 4.13***).

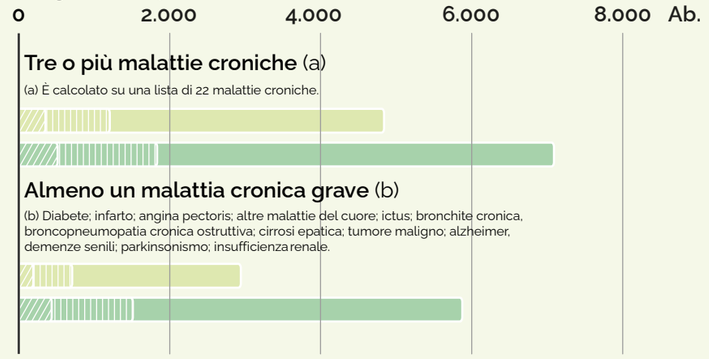
Inoltre, con il crescere dell'età cambia anche la frequenza con cui ciascuna malattia cronica si manifesta nella popolazione (vedi ***grafico 4.14***). Se per i più giovani, le allergie, le patologie lombari e cervicali, l'ipertensione e l'iperlipidemia sono le **più diffuse**, negli anziani queste stesse patologie sono casi ridotti.

(annotazione 4.1)
Elenco di 22 patologie croniche: Patologia cervicale, Incontinenza urinaria, Problemi renali, Iperlipidemia, Insufficienza renale cronica, Ansietà cronica grave, Depressione, Cirrosi epatica, Tumore maligno (inclusi linfoma/leucemia), Parkinsonismo, Alzheimer e demenze senili, Allergie, Asma, Diabete, Angina pectoris, Infarto del miocardio, Ipertensione, Altre malattie del cuore, Ictus ed emorragia cerebrale, Bronchite cronica ed enfisema, Artrosi, e Patologia lombare

(annotazione 4.2)
Malattia cronica grave tra: Diabete, Infarto, Angina pectoris, Altre malattie del cuore, Ictus, Bronchite cronica e broncopneumopatia cronica ostruttiva, Cirrosi epatica, Tumore maligno, Alzheimer e demenze senili, Parkinsonismo e Insufficienza renale

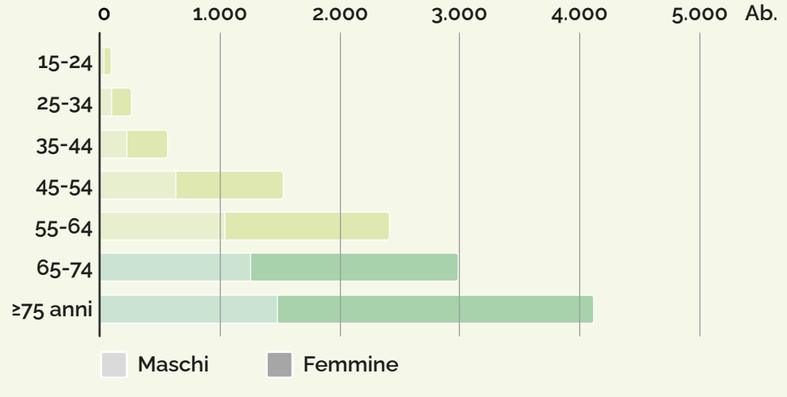
(grafico 4.12)

Popolazione che dichiara di essere affetta da malattia cronica: confronto tra fasce d'età diverse e area geografica
(Indagine Ehis 2019, 2022)



(grafico 4.13)

Polimorbilità in Italia: Popolazione affetta da 3 o più malattie croniche per fascia d'età
(Indagine Ehis 2019, 2022)

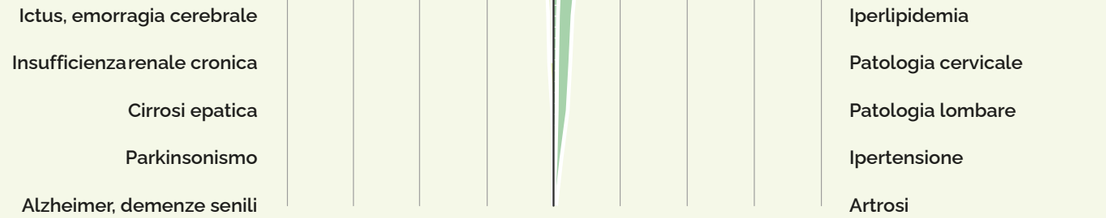


Al contrario, dal loro fronte i primi posti sono occupati da cirrosi epatica, parkinsonismo, insufficienza renale cronica, ictus ed emorragie cerebrali, Alzheimer e demenze senili. Si potrebbe quasi affermare che l'elenco di quelle prevalenti per una fascia d'età rispetto all'altra siano quasi all'opposto, senza particolari differenze se le risposte sono riferite solo alle regioni del Nord-Ovest, tra cui il Piemonte, o a tutta l'Italia.

Trattandosi di malattie senza possibile guarigione, bisogna intervenire sul **miglioramento del quadro clinico e dello stato funzionale** del paziente che ne è affetto, e sul minimizzare la sintomatologia e la disabilità. Il fine ultimo è sicuramente **la maggiore qualità di vita possibile**, non solo per il soggetto stesso, ma anche per la famiglia e il contesto sociale che sentono ugualmente il peso della sua condizione.

In risposta ai bisogni complessi di salute della popolazione, il SSN ha sviluppato il **Piano Nazionale della Cronicità (PNC)** per un approccio unitario nella nazione **con al centro la persona e una responsabilità condivisa** da tutti gli attori dell'assistenza.

(grafico 4.14) **Malattie croniche più frequenti nella popolazione: confronto per età e ripartizione geografica**
(*Indagine Ehis 2019*, 2022)



Gli obiettivi prefissati per la sua attuazione sono (*Rapporto Osservasalute 2022*, 2023):

- valorizzare la rete assistenziale;
- sviluppare modelli organizzativi flessibili così da garantire continuità assistenziale;
- garantire un approccio integrato per garantire una presa in carico precoce della persona con malattia cronica in un percorso diagnostico-terapeutico multidisciplinare;
- potenziare le cure domiciliari così da ridurre la necessità di ricovero;
- sviluppare modelli assistenziali centrati sui bisogni dei pazienti.

(immagine 4.3)

La mancanza di autosufficienza e l'assistenza

In Italia la percentuale di anziani con una **situazione di salute complessa** è notevolmente elevata: tre su quattro individui di età superiore ai 60 anni che presentano una o più patologie croniche, e una persona su cinque è colpita da fragilità, sia in forma grave che moderata (Bensi, 2022).

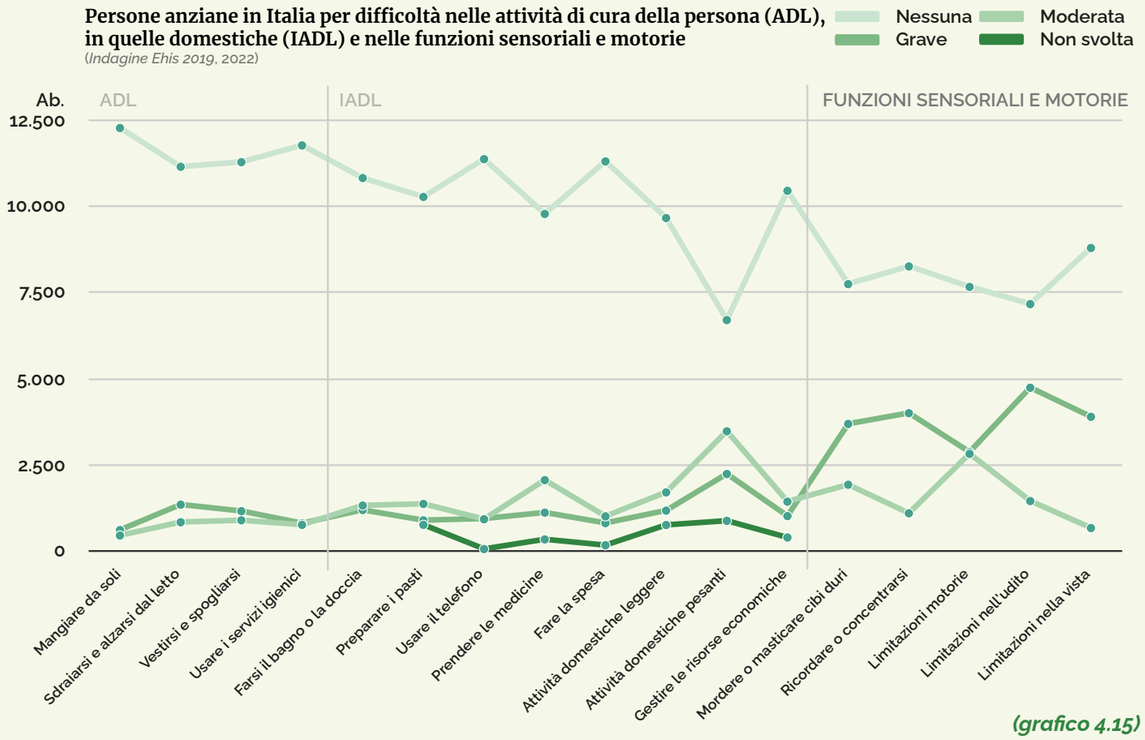
Quando un individuo naturalmente invecchia, oppure vede progredire la propria malattia cronica, si può verificare un **declino fisico** e una conseguente **perdita della capacità di svolgere le ADL** (Activities of Daily Living). Con ADL si intende, infatti, indicare le attività della vita quotidiana, e i **compiti essenziali svolti senza assistenza** dalla maggior parte delle persone giovani e sane, per pendersi cura di sé. Si distinguono in **ADL di base** (anche dette BADL, o ADL fisiche) e **ADL strumentali** (IADL - Instrumental Activities of Daily Living), entrambi utilizzati come "indicatori dello stato funzionale di una persona".

Le prime permettono di **gestire i propri bisogni fisici di base**, tra cui l'igiene personale, il controllo della continenza, l'uso del bagno, la cura del corpo, e il vestirsi. Altrettanto importante è la capacità di deambulare in modo indipendente da una posizione ad un'altra, evitando il rischio di cadute, spesso associate ad un alto tasso di mortalità e ulteriori peggioramenti nelle ADL. Infine, va considerata la corretta gestione della propria nutrizione, con attenzione ai pericoli di cattiva alimentazione, disidratazione e ulteriore debolezza (Edemekong et al., 2023).

Le seconde, invece, comprendono **attività più complesse** legate alla capacità di pensiero o di organizzazione di vivere nella comunità e di partecipare alla vita sociale in modo indipendente, ma non indispensabili per la sopravvivenza. Sono incluse in questa categoria l'abilità di gestire i trasporti in automobile o su altri mezzi di trasporto, di procurarsi generi alimentari, abbigliamento, articoli di altro genere, e farmaci, oltre che di saperli, rispettivamente, anche preparare per i pasti, lavare, utilizzare e assumere correttamente. Si aggiungono, inoltre, la gestione delle attività finanziare e i pagamenti, la cura, l'ordine, la pulizia e la manutenzione della propria casa e dei suoi vari spazi, infine la comunicazione con gli altri, tramite telefono e posta (Edemekong et al., 2023).

Il declino o la perdita delle ADL **può derivare da molte condizioni**, oltre all'età avanzata e alle patologie croniche, ad esempio le condizioni sensoriali,

Persone anziane in Italia per difficoltà nelle attività di cura della persona (ADL), in quelle domestiche (IADL) e nelle funzioni sensoriali e motorie
(Indagine Ehis 2019, 2022)



(grafico 4.15)

muscoloscheletriche, neurologiche o circolatorie, il declino cognitivo o mentale e le gravi fluttuazioni cognitive nei pazienti affetti da demenza, ma anche l'isolamento sociale, gli effetti collaterali dei farmaci o l'ambiente domestico del paziente. Inoltre, l'ospedalizzazione è risultata, in alcuni casi, la causa di un peggioramento di queste capacità individuali, basandosi su un confronto delle stesse, tra il prima del ricovero e il dopo della dimissione. Pertanto, è fondamentale valutare l'entità di queste variazioni nel tempo, attraverso strumenti adeguati, ossia delle **liste di controllo**, come la scala Katz (colui che ha coniato il temine ADL nel 1950) e quella di Lawton. Tuttavia, spesso si tratta di test autosomministrati e di autovalutazione da parte del paziente, quindi con possibili rischi di sovrastima o sottostima, rispetto all'effettiva riuscita del compito funzionale (Edemekong et al., 2023).

Questi controlli però **dovrebbero diventare di routine per tutti i pazienti**, in particolare prima di una dimissione, per poter stabilire l'adeguato supporto terapeutico o riabilitativo, l'ambiente più sicuro per eventuali piani di assistenza infermieristica, domiciliare oppure residenziale, e i possibili benefici di un'assicurazione per l'invalidità o per l'assistenza a lungo termine. In generale, quindi, viene misurata l'energia fisiologica o psicologica nel resistere o completare le attività quotidiane desiderate o richieste. L'ipotesi invece di incapacità nell'eseguire ADL implica la possibilità di **situazioni di scarsa sicurezza o di peggiore qualità della vita**, e quindi anche la dipendenza da dispositivi meccanici oppure da altri individui (Edemekong et al., 2023).

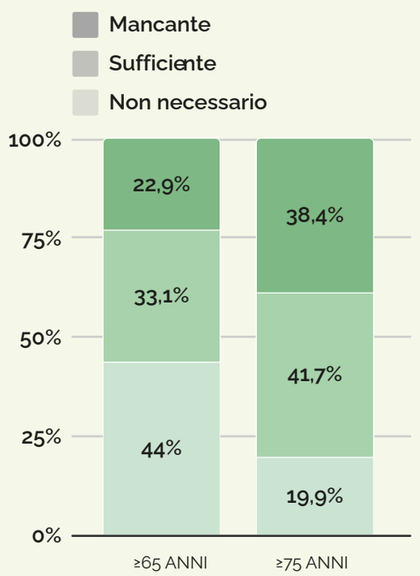
Pertanto, sono rilevanti i dati dell'indagine Ehis del 2019 sulle limitazioni nelle funzioni sensoriali e motorie, ad esempio il grado di difficoltà nella vista e nell'udito, e sul livello grave o moderato di compromissione nelle ADL e IADL (Istat, 2022a).

Su un campione di 13.577 anziani in Italia con età superiore ai 65 anni, gran parte non hanno nessuna difficoltà nello svolgere attività domestiche e di cura della propria persona (vedi ***grafico 4.15***). Tuttavia, il 10% del campione ha **difficoltà gravi** nello svolgere quelle leggere e soprattutto pesanti, gestire le risorse economiche, prendere le medicine, farsi il bagno o la doccia e preparare i pasti. Per le funzioni sensoriali e motorie molti più anziani hanno difficoltà gravi. Dallo stesso grafico, risulta che per una piccola percentuale degli intervistati, tutte le IADL, ad eccezione del farsi la doccia o il bagno da soli, non sono svolte, quindi è qualcun altro ad occuparsene.

Infatti, con questi cambiamenti funzionali l'avanzare dell'età e la presenza di patologie croniche, **cresce il bisogno di aiuto**. Più nello specifico si può osservare che gli anziani con più di 75 anni in Italia, con grave o moderata difficoltà nelle ADL e IADL, dichiarano che nonostante la necessità di aiuto, questo sia spesso mancante più che per chi è in una situazione simile a 65 anni (vedi ***grafico 4.16***). Ovviamente la percentuale di aiuto necessario per gli ultrasettantacinquenni è anche maggiore rispetto ai più giovani.

Dalla stessa indagine, emerge pure che, se si considerano gli aiuti a persone con problemi dovuti all'invecchiamento, patologie croniche o infermità, **l'assistenza in Piemonte** è fornita maggiormente da persone con età inferiore ai 65 anni (vedi ***grafico 4.17***). Questa è destinata prevalentemente a familiari, piuttosto che ad altri soggetti, indipendentemente dall'età dell'intervistato. Inoltre, vengono dedicate meno di 10 ore a settimana, meno frequentemente più di 10, e ancora meno più di 20.

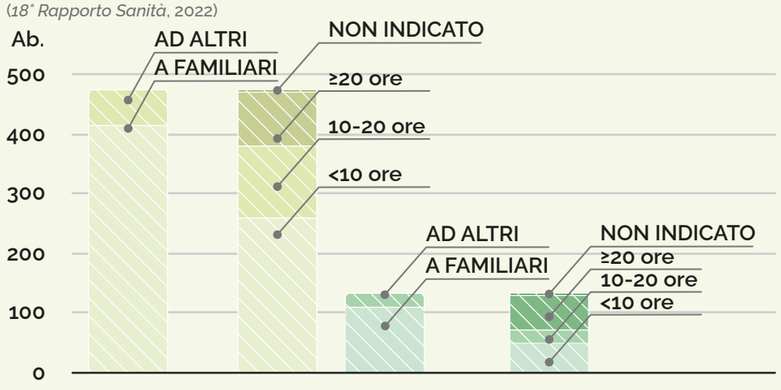
Persone con moderata o grave difficoltà nelle ADL o IADL per necessità di aiuto
(Indagine Ehis 2019, 2022)



(grafico 4.16)

(grafico 4.17)

Persone che forniscono cure o assistenza almeno una volta a settimana
(18° Rapporto Sanità, 2022)



Il ricorso ai servizi sanitari

Secondo i dati Ehis (Istat, 2022a), le persone intervistate in Piemonte hanno fatto **maggior ricorso al medico di famiglia** rispetto allo specialista, ma con percentuali simili se si distinguono le due fasce di età analizzate finora (vedi ***grafico 4.18***). In aggiunta, si nota una percentuale più alta per gli abitanti con età inferiore ai 65 anni, ma va considerato che rappresentano una fetta di popolazione più ampia rispetto a quella degli anziani.

Nell'ultimo mese, in media i pazienti hanno **contattato il proprio medico** di famiglia più del medico specialista. Se si confronta però il numero di contatti da parte di pazienti anziani, si ricava che sono superiori per il medico di base e inferiori per lo specialista, rispetto a quelli rilevati dagli altri adulti più giovani. Nell'ultimo anno chi ha partecipato all'intervista ha espresso un **giudizio positivo o molto positivo per le visite** effettuate dal proprio medico di famiglia più che quelle dal medico specialista.

Inoltre, nell'analisi sui ricordi ai servizi sanitari per i piemontesi, si paragonano anche le **scelte prese sulla struttura per l'ultima visita** compiuta (vedi ***grafico 4.19***). Viene scelta una struttura pubblica o privata convenzionata perché più vicina al paziente, oppure per fiducia e motivi economici. Invece, viene preferita quella privata soprattutto per tempi di attesa lunghi richiesti da altre strutture, per fiducia o scelta del medico specialista operante nella stessa.

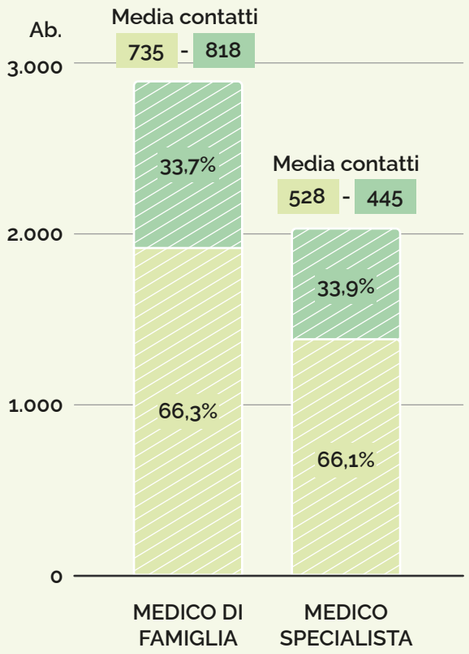
A proposito di visite, distanze e tempi di attesa nella regione, le **prestazioni sanitarie non sono state effettuate o sono state ritardate**, più frequentemente per problemi di liste di attesa, rispetto ai disagi dovuti ai mezzi di trasporto (vedi ***grafico 4.20***). Per giunta, c'è **stato bisogno di prestazioni** più da parte degli anziani, che d'altra parte hanno riscontrato anche più problemi rispetto ai giovani.

Inoltre, meno del 25% degli anziani nel territorio regionale non ha **assunto farmaci**, integratori a base di erbe o integratori, nelle due settimane precedenti all'intervista, e hanno consumato meno frequentemente farmaci non prescritti rispetto ai più giovani e in egual modo quelli prescritti (vedi ***grafico 4.21***).

Invece, il **ricorso all'assistenza domiciliare** socio-sanitaria è più frequente di quella

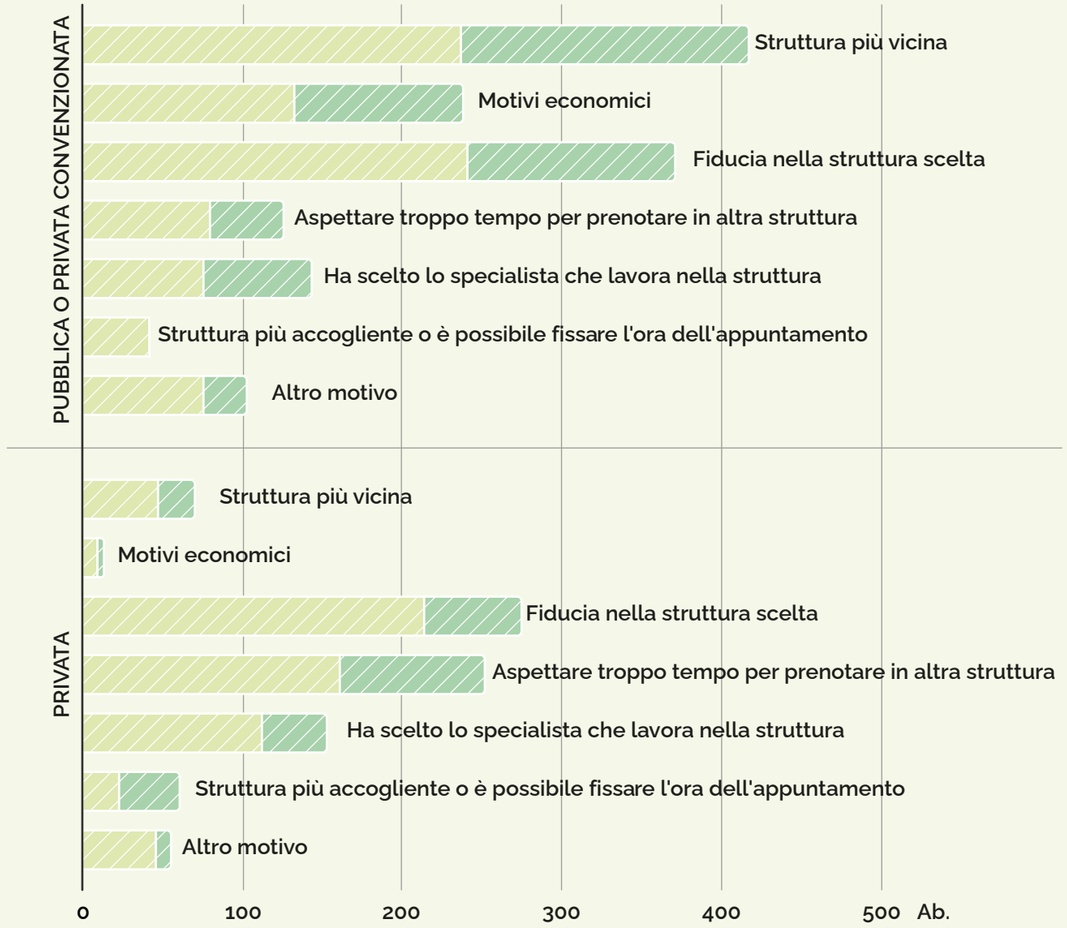
(grafico 4.18)

Persone che hanno fatto ricorso al medico di famiglia e/o al medico specialista nei 12 mesi precedenti l'intervista
(Indagine Ehis 2019, 2022)



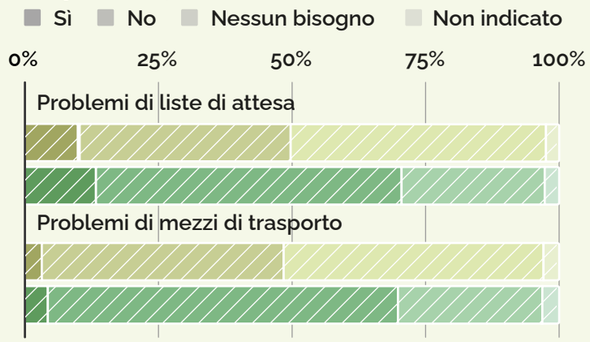
(grafico 4.19)

Persone che hanno fatto ricorso al medico specialista nei 12 mesi precedenti l'intervista per tipo di struttura scelta per l'ultima visita e motivo della scelta
(Indagine Ehis 2019, 2022)



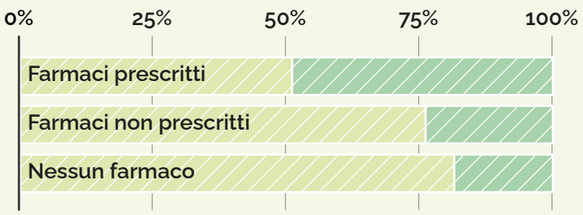
(grafico 4.20)

Persone che nei 12 mesi precedenti l'intervista hanno effettuato prestazioni sanitarie in ritardo o non le hanno effettuate per problemi di liste di attesa o di mezzi di trasporto.
(Indagine Ehis 2019, 2022)



(grafico 4.21)

Persone per consumo di farmaci, integratori a base di erbe o vitamine, prescritti o non prescritti nelle 2 settimane precedenti l'intervista
(Indagine Ehis 2019, 2022)



esclusivamente sanitaria (vedi ***grafico 4.22***). In generale, su questo fronte, gli anziani usufruiscono di entrambi i servizi più dell'altra parte di popolazione.

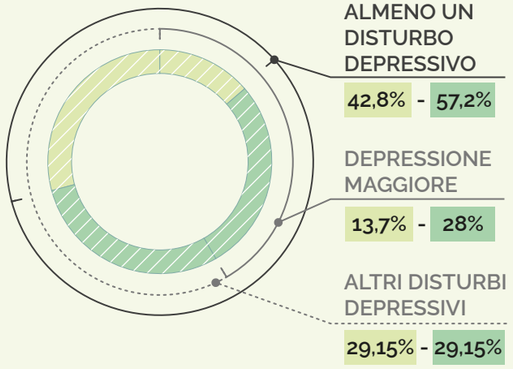
Inoltre, secondo l'indagine condotta da Italia Longeva sulla Long Term Care (LTC) "La Mappa della Fragilità in Italia: gradiente geografico e determinanti socio-demografici", dall'analisi dei dati sulle **cure domiciliari, residenziali e semi-residenziali** in Italia nel 2021, i tassi di anziani assistiti in queste modalità è aumentata di poco e lentamente rispetto al 2014. In particolare, guardando l'insieme, se si sommano i tassi di anziani sopra i 65 anni assistiti in assistenza domiciliare integrata (ADI) e quelli che risiedono nelle residenze sanitarie assistite (RSA), si scopre che soltanto un terzo delle regioni italiane raggiunge o supera il 6%, con importanti differenze geografiche (Bensi, 2022).

Infine, proseguendo con l'indagine Ehis in Piemonte, in tutto il campione intervistato in Italia, le **cure psicologiche**, con psicologi, psicoterapeuti o psichiatri, sono molto inferiori a quelle legate alla **cura di dolori fisici**, effettuate da un fisioterapista o un chinesiterapista. Gli anziani fanno poco ricorso ai servizi psicologici e molto più a quelli di riabilitazione (vedi ***grafico 4.23***).

Tuttavia, guardando ai dati degli intervistati del Piemonte per la parte di indagine sulla presenza o l'assenza di sintomi depressivi nelle due settimane precedenti all'intervista, si evidenzia che gli anziani dichiarino di soffrire di **disturbi depressivi** più dei giovani, in particolar modo per i casi di depressione di maggiore entità, rispetto agli altri disturbi (vedi ***grafico 4.24***).

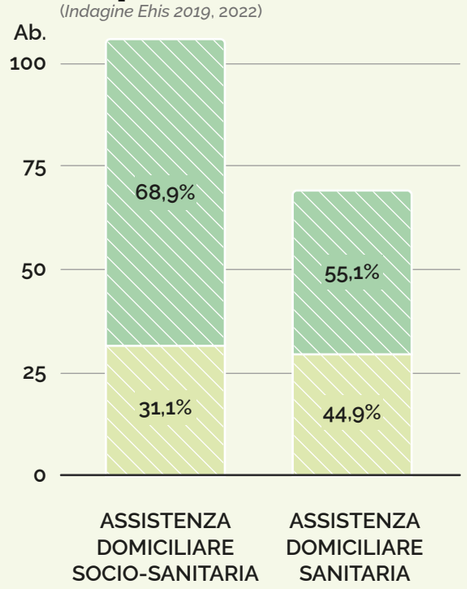
(grafico 4.24)

Disturbi depressivi in Piemonte
(Indagine Ehis 2019, 2022)



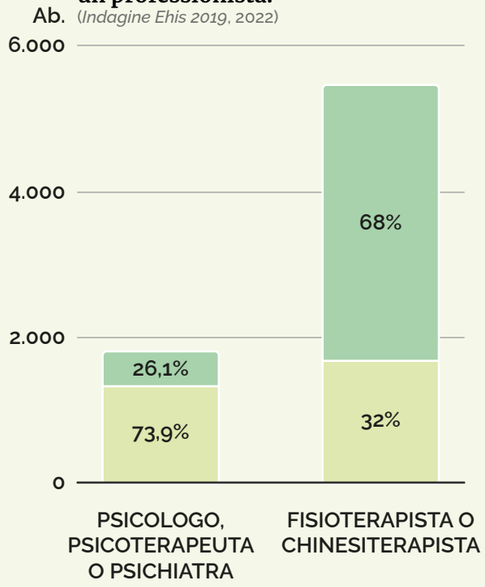
(grafico 4.22)

Persone che hanno fatto ricorso all'assistenza domiciliare nei 12 mesi precedenti l'intervista.
(Indagine Ehis 2019, 2022)



(grafico 4.23)

Persone che nei 12 mesi precedenti l'intervista hanno fatto ricorso ad un professionista.
(Indagine Ehis 2019, 2022)

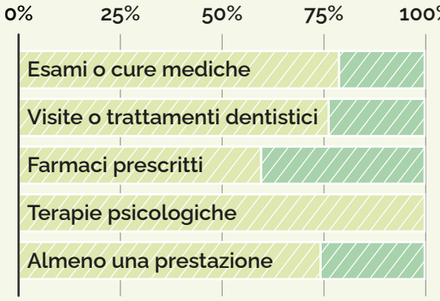


4.3 | *La spesa sanitaria*

A gravare maggiormente sulla possibilità per i cittadini di effettuare alcune prestazioni sanitarie sono i **problemi economici**. Per queste motivazioni, secondo l'indagine Ehis del 2019 (Istat, 2022a), il 75% degli intervistati under 65 in Piemonte dichiara di non aver effettuato almeno una prestazione sanitaria, contro il 25% degli anziani, che spesso hanno maggiori esenzioni per l'alta necessità di cure (vedi ***grafico 4.25***). Al 100% i più giovani sacrificano le terapie psicologiche; invece, gli anziani hanno difficoltà nel procurarsi i farmaci prescritti. Infatti, a livello di **pagamenti per le visite o gli esami specialistici** in Italia, gli anziani sostengono di avere pagato meno frequentemente il ticket o l'intera somma (con o senza rimborso), rispetto agli altri intervistati (vedi ***grafico 4.26***).

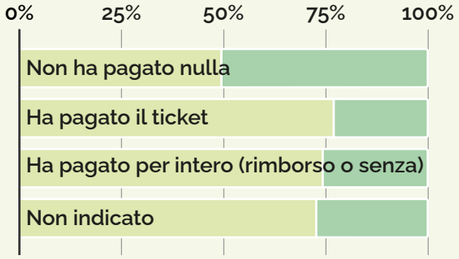
(grafico 4.25)

Persone che nei 12 mesi precedenti l'intervista non hanno effettuato prestazioni sanitarie per problemi economici, per tipo di prestazione
(Indagine Ehis 2019, 2022)



(grafico 4.26)

Persone che hanno fatto ricorso a visite e/o esami specialistici nei 12 mesi precedenti l'intervista per tipo di pagamento.
(Indagine Ehis 2019, 2022)



Pertanto, è possibile constatare la presenza di **casi di disagio economico legati ai consumi sanitari**, e il loro aumento con la pandemia da Covid-19. Tali informazioni si deducono dalle numerose rinunce alla spesa sanitaria e i casi di impoverimento, su quanto dichiarato nella 18ª edizione del Rapporto Sanità prodotto dal Centro per la Ricerca Economica Applicata in Sanità (C.R.E.A. Sanità). Il centro esamina gli impatti lasciati della pandemia da Covid-19 e le prospettive future per il SSN, considerando anche il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) e le continue sfide legate alla disponibilità di risorse finanziarie.

Si riportano quindi le seguenti percentuali (Spandonaro et al., 2022): il 5,2% della popolazione italiana è in stato di disagio economico per spese sanitarie, l'1,5% si sono impoveriti per le stesse e il 2,3% sostiene di doverne effettuare alcune catastrofiche. Infatti, lo stato emergenziale trascorso ha comportato per il 40% degli anziani un **aumento della spesa privata** sanitaria, e per il 30% di essi una crescita di quella sociale; percentuali che per entrambi i tipi di spesa salgono al 50% negli over 80.

Il fenomeno dell'Out of Pocket (spese a carico diretto) nel ricorso ai servizi sanitari privati è quindi un tema abbastanza sentito dalla popolazione, ed è confermato e causato dalla gestione e dalla composizione della **spesa sanitaria pubblica e privata** in Italia.

In primo luogo, da un confronto tra i Paesi Europei nel 2020, effettuato dal C.R.E.A. Sanità sulla base dei dati Eurostat del 2022, emerge una distinzione tra gli stati, in termini di organizzazione del **finanziamento pubblico dell'assistenza sanitaria**. Le differenze riguardano le nazioni, come l'Italia, nelle quali il finanziamento è affidato prevalentemente alle imposte generali, e quelle invece in cui dipende dai contributi sociali e dalle assicurazioni private obbligatorie.

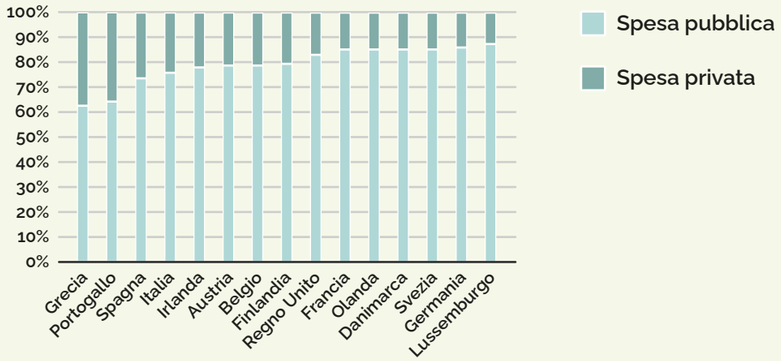
Inoltre, si può osservare in Europa che la percentuale di finanziamento pubblico, rispetto alla spesa sanitaria complessiva, è stata in aumento anche durante gli anni di massima crisi, raggiungendo circa l'82,9% nel 2021 (dati OECD.Stat, 2022). Se si guarda invece alla situazione italiana, la quota è **fra le più basse in Europa**, poiché è andata sostanzialmente riducendosi dal 2011 al 2019. Si è avuta una crescita nel 2020, dove ha raggiunto il 76,1% (dati Eurostat, 2022), per poi passare al 75,6% nel 2021 (dati OECD.Stat, 2022) e avere quindi nuovamente un leggero calo (vedi ***grafico 4.27***).

Nonostante il sistema sanitario nazionale sia pubblico e di tipo universale, quanto descritto finora comporta un **elevato livello di spesa sanitaria privata**, a carico diretto (Out Of Pocket) per i cittadini, il quale ammontava al 21,3% nel 2020 e si stima che sia cresciuto a circa il 24,4% nel 2021, senza considerare le assicurazioni sanitarie (hanno un ruolo marginale e una percentuale molto bassa).

(grafico 4.27)

Composizione del finanziamento della spesa sanitaria corrente nel 2021

(18° Rapporto Sanità, 2022)



(annotazione 4.3)
Cosa è il PIL:
Il Prodotto Interno Lordo (PIL) è inteso come "il valore di mercato di tutti i beni e servizi prodotti all'interno di una realtà territoriale in un certo intervallo di tempo (solitamente l'anno) e destinati ad usi finali".

È possibile andare a vedere anche la spesa sanitaria pubblica corrente **in rapporto al PIL** (vedi ***annotazione 4.3***), pari al 7,13% nel 2021. Va anche detto però che si ottiene un indicatore grezzo, con il rischio di sovrastimare o sottostimare i valori. Infatti, il nominatore (la spesa sanitaria pubblica corrente) non riesce a considerare diverse variabili, tra cui la diversa distribuzione della popolazione tra le regioni, i bisogni di assistenza variabili, e l'efficienza nell'uso delle risorse. Tra l'altro anche il denominatore (il PIL) esclude il lavoro in forma gratuita e non regolare, riferendosi esclusivamente alle transazioni in denaro. In ogni caso però, il dato **rimane inferiore** alla maggior parte dei paesi europei, come ad esempio il Regno Unito (9,9%) e la Norvegia (8,6%), anche se questi ultimi condividono un sistema sanitario pubblico simile a quello italiano. Inoltre, vi è una leggera **riduzione rispetto al 2020** (era pari al 6,42%), poiché la spesa è cresciuta meno rapidamente del PIL che è al denominatore del rapporto calcolato. Per di più, l'incremento della spesa è condizionato dall'uso di numerose risorse per far fonte alla pandemia, che complica la valutazione effettiva dei **LEA garantiti**. Tuttavia, non c'è stata una minore tutela della popolazione, ma è necessario che le regioni utilizzino in modo efficiente le risorse per soddisfare la domanda di quelle prestazioni che sono state trascurate o ritardate con il Covid (*Rapporto Osservasalute 2022*, 2023).

Un altro aspetto da attenzione, per poter raggiungere un'incidenza sul PIL che sia simile a quella degli altri Paesi dell'Unione Europea, è il bisogno di **far crescere il finanziamento pubblico** di almeno 10 miliardi di euro annualmente, per 5 anni di seguito. Proprio perché la crescita del PIL è fondamentale per riuscire a garantire l'equità di accesso alle cure per tutta la cittadinanza, senza dover fare selezioni tra le diverse fragilità e necessità (Spandonaro et al., 2022).

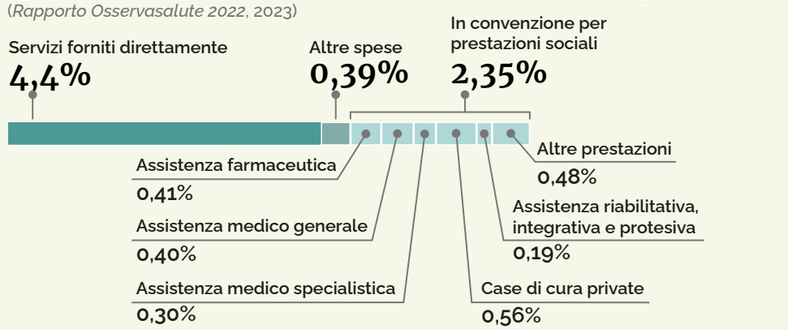
Oltre ciò, ci si può soffermare su **come si articola la spesa sanitaria pubblica** suddividendo i servizi erogati direttamente, quelli in convenzione per scopi sociali e altre categorie di spese, come i costi amministrativi e le voci legate ad assicurazioni, contributi e imposte. Indagando, quindi, su come ognuna di queste funzioni e sub-funzioni pesi sul PIL, emerge in primo luogo che i **servizi diretti** sono la maggioranza (vedi ***grafico 4.28***), con il 4,40%, in riduzione rispetto al 2020 (4,50%). Invece, quelli **in convenzione** sono indicati in figura, dove la percentuale più rilevante coincide con la spesa per le case di cura private, quella meno invece riguarda l'assistenza riabilitativa, integrativa e protesica (*Rapporto Osservasalute 2022*, 2023).

Al contrario, la **spesa sanitaria privata** rappresenta il 2,3% del PIL, mentre la media europea si attesta al 2%. Questa differenza si traduce in un costo aggiuntivo di oltre 1.700 euro per ogni nucleo familiare italiano, vale a dire circa il 5,7% dei consumi totali medi di ciascuno di essi. Si trovano quindi a **dover acquistare di tasca propria** i farmaci, ad esempio, anche se rientrano tra quelli che potrebbero essere rimborsati dal SSN (Spandonaro et al., 2022).

(grafico 4.28)

Spesa sanitaria pubblica corrente totale per funzione in rapporto al PIL

(Rapporto Osservasalute 2022, 2023)



A proposito di ciò, torna utile guardare anche ad altri due indicatori della spesa sanitaria, come spiegato nel Rapporto Osservasalute 2022 (2023). Sulla base della popolazione residente nelle regioni distinte e nell'intera Italia, sono calcolati i valori della **spesa sanitaria pro capite** pubblica e altrettanto di quella privata. Così facendo, sorvolando sulle limitazioni degli indicatori, si ottiene una **stima delle risorse monetarie** che i sistemi sanitari impiegano per sostenere e preservare il benessere della popolazione, ma anche quelle spese dal singolo cittadino per poter ricevere prestazioni sanitarie in certo arco di tempo.

Nel 2021 la spesa sanitaria **pubblica** pro capite ha subito un incremento del 4,8% rispetto all'anno prima, e quindi un tasso medio composto annuo di 1,4% nel periodo 2011-2021. In **Piemonte** nel 2021 il settore pubblico ha destinato in media 2.166€ di risorse per singolo residente al fine di garantire i LEA e gli altri servizi socio-sanitari, quindi il 3,3% in più rispetto al 2020.

Per le spese **private** pro capite si valutano gli ultimi dati disponibili, quelli del 2020, che sono leggermente in calo rispetto al 2019, ma comunque in crescita dello 0,9% tra il 2011 e il 2020. Su questo fronte, la situazione **piemontese**, simile a quella di altre regioni del settentrione, mostra dati superiori alla media nazionale (708€ contro i 606€ dell'Italia). In confronto al meridione, sotto la media italiana e con un tasso lieve o negativo, in Piemonte la stessa spesa dal 2011 al 2020 è cresciuta più di tutte le altre regioni.

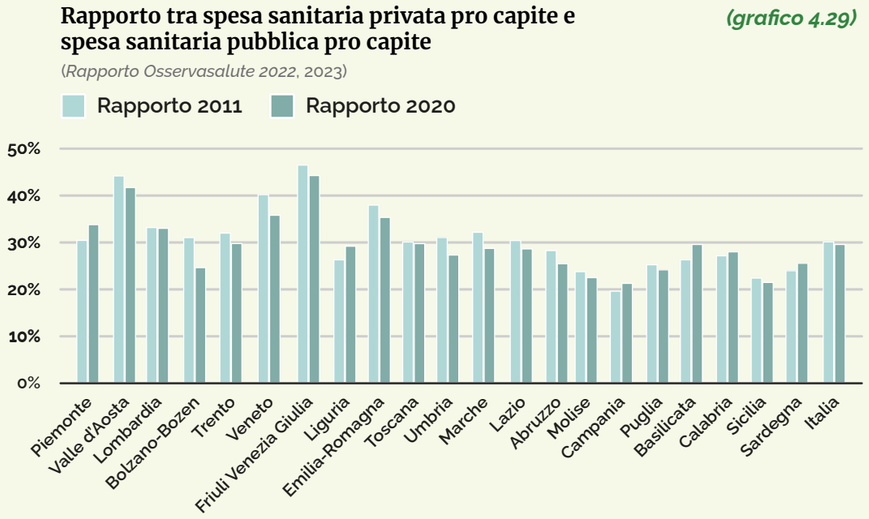
Dal **confronto** fra spesa sanitaria privata pro capite e pubblica pro capite per gli anni 2011 e 2020 (vedi ***grafico 4.29***), emerge una minima decrescita del rapporto a livello italiano, dal 30% al 29% (ciò significa che la spesa privata equivale al 29% di quella pubblica). Riduzioni simili coinvolgono diverse regioni italiane, con alcune eccezioni, tra cui il Piemonte dove il rapporto è cresciuto fino al 33%.

Va anche detto però che, nonostante i valori della spesa pubblica siano condizionati dal dover fronteggiare la pandemia, gli indicatori e il rapporto tra i due sono utili **segnali di comparazione** tra le situazioni regionali e internazionali.

Rapporto tra spesa sanitaria privata pro capite e spesa sanitaria pubblica pro capite

(grafico 4.29)

(*Rapporto Osservasalute 2022*, 2023)



(immagine 4.4)

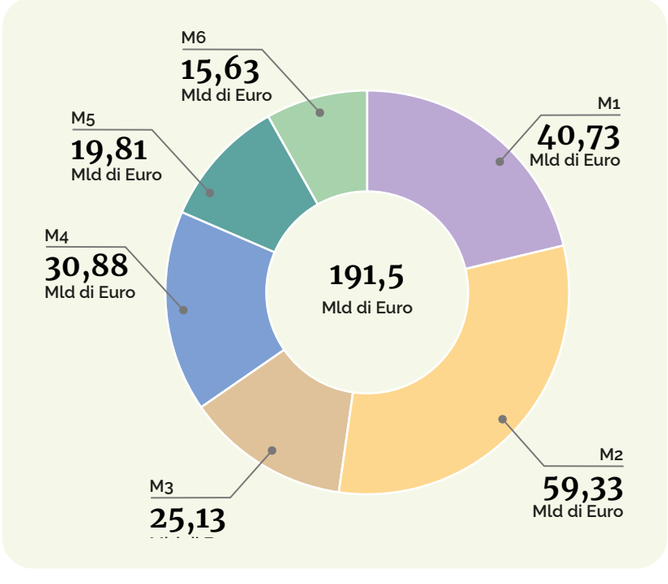
Investimenti nella sanità: dal PNRR al DM 77/2022

A livello economico è rilevante capire quali investimenti principalmente siano attivi in Italia e come siano indirizzati alla gestione della spesa sanitaria e ai servizi per il benessere della popolazione.

Pertanto, si pone la maggiore attenzione al **Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNNR)**, approvato dal Governo italiano nel luglio 2021, per rilanciare l'economia e garantire salute, sostenibilità e innovazione digitale, a seguito delle criticità economiche e sociali, emerse o createsi durante la pandemia da Covid-19. Esso è finanziato dalla partecipazione al programma **Next Generation EU** (NGEU), un fondo dell'Unione Europea da 750 miliardi di euro, di cui 191,5 miliardi assegnati all'Italia (noto come Recovery Fund). Con questa somma sono stati programmati investimenti e riforme da attuare nel periodo che va dal 2021 al 2026.

(grafico 4.30)
Fonte: *PNRR, 2021*
Rielaborazione di: *Agenas*, 2022 (p.23)

Divisione delle somme di denaro investite per le 6 Missioni del PNRR



Sono previste **6 Missioni principali** (vedi ***grafico 4.30***):

1. Digitalizzazione, innovazione, competitività, cultura e turismo;
2. Rivoluzione verde e transizione ecologica;
3. Infrastrutture per una mobilità sostenibile;
4. Istruzione e ricerca;
5. Inclusione e coesione;
6. Salute.

All'interno di ciascuna sono incluse delle Componenti, ulteriormente articolate in Investimenti e rispettive somme di denaro assegnate.

Di particolare interesse per la ricerca è sicuramente la **Missione 6: Salute**, incentrata sul migliorare la prevenzione e l'assistenza attraverso servizi sanitari e sociali integrati, nonché modernizzare l'intero apparato tecnologico utilizzato dalle strutture del SSN. Inoltre, mira a potenziale il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), la telemedicina, le competenze tecniche, digitali e manageriali del personale, e la ricerca scientifica nel campo biomedico e sanitario.

Questi obiettivi si possono riassumere con lo sviluppo di una rete di assistenza capillare e radicata al territorio che superi ogni tipo di disuguaglianze, e con l'adeguamento del SSN, rispetto al mutato contesto demografico ed epidemiologico. Il tutto va applicato per **avvicinarsi ai bisogni delle persone e dell'ambiente**, e per raggiungere ad una **sanità più sicura, equa e sostenibile**, anche grazie all'innovazione del parco tecnologico nelle strutture sanitarie e di ricerca.

Per la loro realizzazione sono stati stanziati 15,63 miliardi di euro (l'16% dell'importo totale), suddivisi, come segue, tra le due componenti (Mantoan et al., 2022; *Piano nazionale di ripresa e resilienza*, n.d.):

- M6C1_**Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale**: 7 MLD €;
- M6C2_**Innovazione, ricerca e digitalizzazione del SSN**: 8,63 MLD €.

Tuttavia, per l'attuazione del PNRR e il rinnovamento della sanità pubblica italiana, a queste somme si aggiungono 2,89 miliardi di euro destinati dal **Piano nazionale per gli investimenti complementari al PNRR (PNC)**, e ulteriori fondi straordinari, per un totale, quindi, di 20,23 miliardi di euro per le iniziative integrate.

Dunque, queste risorse sono distinte tra i diversi Investimenti previsti per soddisfare per entrambe le Componenti, secondo specifiche percentuali (vedi ***grafico 4.31***). In media risulta che circa il 45,0% delle risorse sono finalizzate all'implementazione della prima Componente e il 55,2% alla realizzazione della seconda (Spandonaro et al., 2022; *Piano nazionale di ripresa e resilienza*, n.d.).

Per l'attuazione della prima Componente sono state individuate le seguenti **linee di investimento**:

1. Case della Comunità e presa in carico della persona - PNRR
2. Casa come primo luogo di cura e telemedicina - PNRR
3. Ospedali di Comunità- PNRR
4. Salute, ambiente, biodiversità e clima - PNC

Riguardano essenzialmente il rafforzamento e l'integrazione dei servizi socio-sanitari e delle prestazioni erogate sul territorio, grazie **all'istituzione di strutture e presidi territoriali** da realizzare in un numero elevato in tutta la nazione. Al fine di raggiungere ciascun obiettivo è stata formulata una **Riforma dell'assistenza territoriale**, regolata dal decreto interministeriale del 23 maggio 2022 (il D.M. 77/2022), che definisce un nuovo assetto istituzionale dell'assistenza sanitaria primaria per il SSN secondo standard strutturali, tecnologici e organizzativi uniformi, per conseguire livelli di qualità nella cura vicini a quelli europei (*Componente 1*, n.d; *Riforma dell'assistenza territoriale*, n.d.).

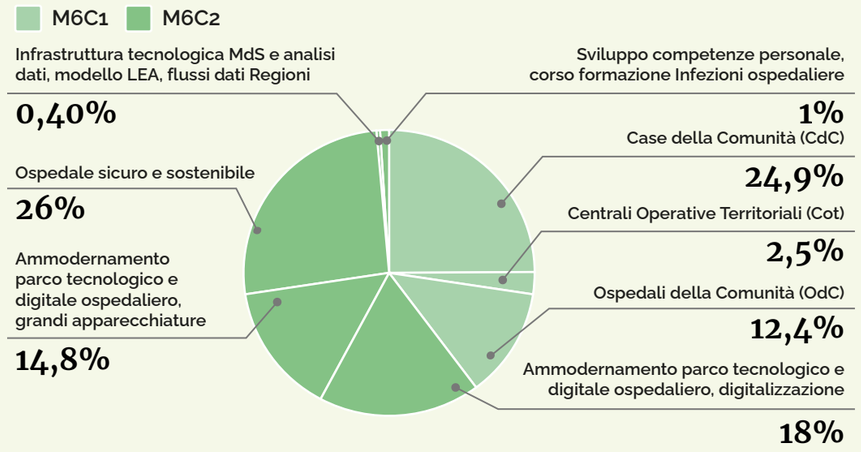
Le prime strutture sono le **Case di Comunità (CdC)**, dei luoghi fisici di prossimità dove la comunità può facilmente accedere per interagire con il sistema di assistenza sanitaria, sociosanitaria e sociale (*Case della Comunità*, n.d.).

Le seconde, le **Centrali operative territoriali (COT)**, andrebbero attivate in ogni Distretto per coordinare la presa in carico del paziente e raccordare i servizi e i professionisti necessari. Inoltre, con la telemedicina, la domotica e il sistema informativo che trasmettono i dati clinici

(grafico 4.31)

Gli investimenti in Sanità: il contributo del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza

(18° Rapporto Sanità, 2022)



rivelati all'ASL, si dovrebbero favorire le cure domiciliari, rivolte principalmente a pazienti di età superiore ai 65 anni con una o più patologie croniche o non autosufficienti (*Casa come primo luogo di cura e telemedicina*, n.d.).

Infine, gli **Ospedali di Comunità (OdC)** offrono servizi di ricovero e interventi a bassa intensità clinica, e svolgono un ruolo di collegamento tra l'ambiente domestico e il ricovero ospedaliero, in caso di acuzie o riacutizzazione che necessitano di sorveglianza infermieristica (*Ospedali di Comunità*, n.d.).

Il quarto punto, invece, prevede **interventi integrati su salute, ambiente, biodiversità e clima** in quanto è finalizzato a fronteggiare le relazioni tra la salute e i mutamenti ambientali e climatici all'interno del nuovo quadro di prevenzione. Questo investimento segue **l'approccio "One health" o " Planetary health"** e mira a rafforzare le strutture del Sistema Nazionale per la Prevenzione della Salute dai rischi ambientali e climatici (SNPS) (*Salute, ambiente, biodiversità e clima*, n.d.).

Secondo la Componente 2 della Missione 6, saranno completati **numerosi investimenti**:

1. Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero - PNRR
2. Ospedali sicuri e sostenibili - PNRR e PNC
3. Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione - PNRR
4. Valorizzazione e potenziamento della ricerca biomedica del SSN - PNRR
5. Investimento sul personale sanitario - PNC
6. Ecosistema innovativo della salute – PNC

Gli interventi in questo caso andrebbero a **rinnovare e ammodernare gli strumenti tecnologici e digitali** esistenti, tra cui il perfezionamento di sistemi informativi tanto per incentivare l'uso del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) dove non è ancora sufficiente, quanto per potenziare le capacità di erogazione e supervisione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA). In più, le risorse sono indirizzate alla **ricerca scientifica** da incentivare, e alla **formazione del capitale umano** per l'acquisizione di competenze nuove. Date le motivazioni precedenti è stata avviata l'attuazione della **Riforma degli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS).** Il suo scopo implica che sia costantemente migliorato il rapporto e l'integrazione dei risultati ottenuti nella ricerca, nell'innovazione e nelle cure sanitarie, e siano scambiate le competenze specialistiche e le tecnologie, nella rete del SSN e auspicabilmente in un **ecosistema clinico-transnazionale innovativo** (*Componente 2*, n.d.).

Analisi olistica dell'ASL TO3

L'analisi olistica è servita in secondo luogo a definire lo **stato dell'ASL TO3** all'interno del SSN, e a comprenderne **l'organigramma**, i **servizi erogati** alla cittadinanza secondo i LEA, e le relazioni nella **rete interaziendale** con stakeholder pubblici, privati e del terzo settore, soffermandosi anche su **input acquisiti** e **output generati**.

(vedi tavola n.2)

5.1 | *L'azienda: mission e valori*

L'**Azienda Sanitaria Locale TO3 di Collegno e Pinerolo** viene fondata nel 1° gennaio 2008 in seguito alla fusione delle ex ASL5 di Collegno e ASL10 di Pinerolo, alle quali si è aggiunto il Distretto di Venaria Reale (ex ASL6 di Ciriè) (*Azienda*, 2020).

Si precisa che l'evoluzione e la funzione delle ASL ha origine con le casse mutualistiche degli anni '40, diventate a carico dello stato e di competenza delle Unità Sanitarie Locali (U.S.L.), con l'istituzione del SSN nel 1978. Poi nel 1992 le U.S.L. si sono evolute ancora nelle attuali Aziende Sanitarie Locali, che si possono pertanto definire come strutture organizzative di tipo aziendale ed enti della pubblica amministrazione italiana che **assolvono ai compiti del SSN**. Tuttavia, sono svincolate da un'organizzazione centrale a livello nazionale; sono, invece, **dipendenti dalle singole regioni italiane**. Infatti, erogano servizi sanitari in un ambito territoriale, solitamente provinciale, e sono dotate di autonomia organizzativa, gestionale, tecnica, amministrativa, patrimoniale e contabile («Azienda sanitaria locale», 2023).

Dunque, l'ASL TO3 svolge funzioni e attività per **soddisfare i bisogni di salute dei cittadini** della Regione e in particolare dei residenti dell'area geografica di competenza.

Assicura **omogeneità, uguaglianza ed equità distributiva** nell'erogazione e nell'accessibilità dei servizi necessari e appropriati **in linea con le finalità del SSN e SSR** e i livelli essenziali di assistenza sanitaria.

L'ASL TO3 è impegnata a tutelare e a migliorare la salute psicofisica e la qualità di vita di tutta la comunità locale, in risposta alle loro esigenze e all'aspettativa di salute. Offre quindi servizi di **prevenzione, cura e riabilitazione** efficaci e appropriati, ma anche sicuri e tempestivi sia per gli utenti che per gli operatori.

Ricerca al tempo stesso un equilibrio con la **sostenibilità economica**, modulando, in base al budget assegnato e alle risorse disponibili, l'offerta dei **servizi più efficienti ed efficaci** in termini di tecnologie, organizzazione e procedure. Va considerata anche l'importanza di stimolare, valorizzare e riconoscere l'innovazione perché è in grado di far crescere l'azienda e sviluppare del valore aggiunto.

Il principio etico cardine dell'azienda si manifesta attraverso l'atto di "**prendersi cura**" e si articola nei seguenti ambiti:

- garantire il benessere dei **pazienti** rispondendo ai loro bisogni con una prospettiva centrata sulla persona e promuovendo relazioni interpersonali umane tra operatori sanitari e utenti;
- fornire supporto e sviluppo professionale al **personale** aziendale, con attenzione alla sicurezza sul luogo di lavoro e all'ampliamento delle competenze individuali e collettive;
- gestire con attenzione le **risorse** materiali per prevenire sprechi, diffondendo la consapevolezza della loro limitata disponibilità e necessità di un giusto utilizzo;
- osservare la **legalità** conforme alle normative nazionali e regionali;
- promuovere relazioni trasparenti e di confronto con gli **stakeholder**, tra cui istituzioni locali, organizzazioni sindacali e volontariato.

In particolare, i **pazienti sono resi partecipi** nell'individuazione dei propri bisogni, nel monitoraggio dei risultati dei servizi utilizzati, e nel sostegno ricevuto per il proprio empowerment. Viene assicurata trasparenza nei loro confronti e diritto di scegliere la struttura sanitaria ritenuta più opportuna e vicina alle proprie esigenze.

Ulteriori elementi rilevanti sono le relazioni e la comunicazione con **interlocutori interni ed esterni** che partecipano nella produzione dei servizi sanitari, tra cui i soggetti istituzionali, economici, del terzo settore, e aziendali. Questo valorizza il loro contributo, la comunità locale, e il rapporto con il territorio, migliora congiuntamente l'offerta e fa crescere il coinvolgimento e la motivazione di tutti.

Si considerano anche gli sforzi aziendali nel ridurre i tassi di ospedalizzazione, la spesa farmaceutica, la diagnosi impropria e i tempi di attesa (*Azienda*, 2020; *Mission*, 2020; *La carta dei servizi dell'ASL TO3*, 2023).

5.2 | *L'organizzazione aziendale*

L'organigramma dell'ASL TO3 è stato consolidato per svolgere le funzioni seguenti (*La carta dei servizi dell'ASL TO3*, 2023):

- **governo**, pianificazione, programmazione, amministrazione centrale e controllo strategico;
- **produzione** di servizi sanitari (servizi ospedalieri, territoriali, attività di prevenzione, diagnosi e cura);
- **supporto e garanzia della salute** dei cittadini quanto quella dei dipendenti

L'ASL, pertanto, si articola in alcune strutture tecniche, funzionali e organizzative che approfondiamo ripercorrendo l'organigramma delineato nell'analisi olistica aziendale. In sintesi, le articolazioni organizzative sono la **Direzione Generale, con le Strutture in staff, i Dipartimenti e le Strutture Organizzative** – vale a dire presidi ospedalieri, distretti e presidi territoriali, dipartimenti e strutture operative –, mentre le loro funzioni possono variare tra quelle a **livello centrale, ospedaliero, territoriale e della prevenzione** (*Piano di organizzazione dell'A.S.L. TO3*, 2022; *Carta dei servizi ASL TO3 2023*, 2022).

Bisogna però evidenziare la chiara **distinzione dei ruoli tra le reti ospedaliere e territoriali**. Le responsabilità legate alla prevenzione, tutela e assistenza primaria sono affidate alle Aziende Sanitarie Locali (A.S.L.), mentre l'ambito dell'assistenza sanitaria specialistica è gestito dagli Ospedali dell'A.S.L. stessa, dalle Aziende Sanitarie Ospedaliere (A.O.), dalle Aziende Ospedaliero Universitarie (A.O.U.) e da altre Strutture erogatrici sia pubbliche che private (*Piano di organizzazione dell'A.S.L. TO3*, 2022).

Inoltre, l'organizzazione aziendale si compone di **Strutture Operative**, differenziate in complesse e semplici. Le strutture complesse sono dedicate alla gestione e attuazione di processi complessi, godendo di ampia autonomia gestionale su risorse umane, tecnologiche e finanziarie. D'altra parte, le strutture semplici possono essere situate all'interno delle strutture complesse o fungere da supporto, possedendo una maggiore autonomia a livello tecnico e organizzativo (*La carta dei servizi dell'ASL TO3*, 2023).

L'area centrale

A monte di tutta l'Azienda Sanitaria Locale, per rendere **accessibili ed efficaci i servizi offerti** e favorire lo **scambio di informazioni e comunicazioni con le autorità** locali e nazionali, vi è un'organizzazione composta dalla Direzione Generale di tre Direttori e da diversi Organi Collegiali, affiancati da altri organismi.

La Direzione Generale

La Regione Piemonte nomina il **Direttore Generale** a cui spetta, secondo la normativa statale e regionale, il ruolo gestionale e la rappresentanza legale dell'Azienda Sanitaria. Tra le sue funzioni c'è la nomina, la sospensione o la decadenza del Direttore Sanitario e del Direttore Amministrativo, a cui delega la gestione, rispettivamente, delle attività sanitarie e di quelle tecnico-amministrative. Inoltre, nomina i membri del Collegio Sindacale e i direttori delle strutture organizzative, e stila il piano di organizzazione aziendale, gli atti di bilancio e di programmazione (*Direzione generale*, 2020).

Intorno a ciascun Direttore si articolano **Strutture Complesse e Semplici** con uno staff dedicato a cui spettano specifiche attività organizzative, funzionali, interistituzionali, di comunicazione o di supporto.

In particolare, il Direttore Generale interviene nella pianificazione strategica e nel monitoraggio delle attività sanitarie, nel governo e nella gestione delle liste di attesa, nella gestione del rischio clinico, così come in ricerca, innovazione, informazione, comunicazione, sicurezza, prevenzione e promozione della salute.

Al **Direttore Sanitario**, invece, spetta la gestione della psicologia, sia dell'età evolutiva che sia di quella clinica, e dell'assistenza farmaceutica ospedaliera e territoriale, il governo dell'igiene ospedaliero e delle infezioni (ICA), il Servizio Sovrazonale di Epidemiologia, il DORS e il Servizio Sociale.

Infine, si fa riferimento all'attività del **Direttore Amministrativo** e al suo staff nell'ambito tecnico – intorno alla progettazione e manutenzione edile, all'ingegneria clinica e alla gestione degli impianti e dell'efficientamento energetico–, in quello di appalti, logistica e magazzini, e soprattutto in quello istituzionale, degli affari generali, delle risorse finanziarie e delle risorse umane (*Piano di organizzazione dell'A.S.L. TO3*, 2022).

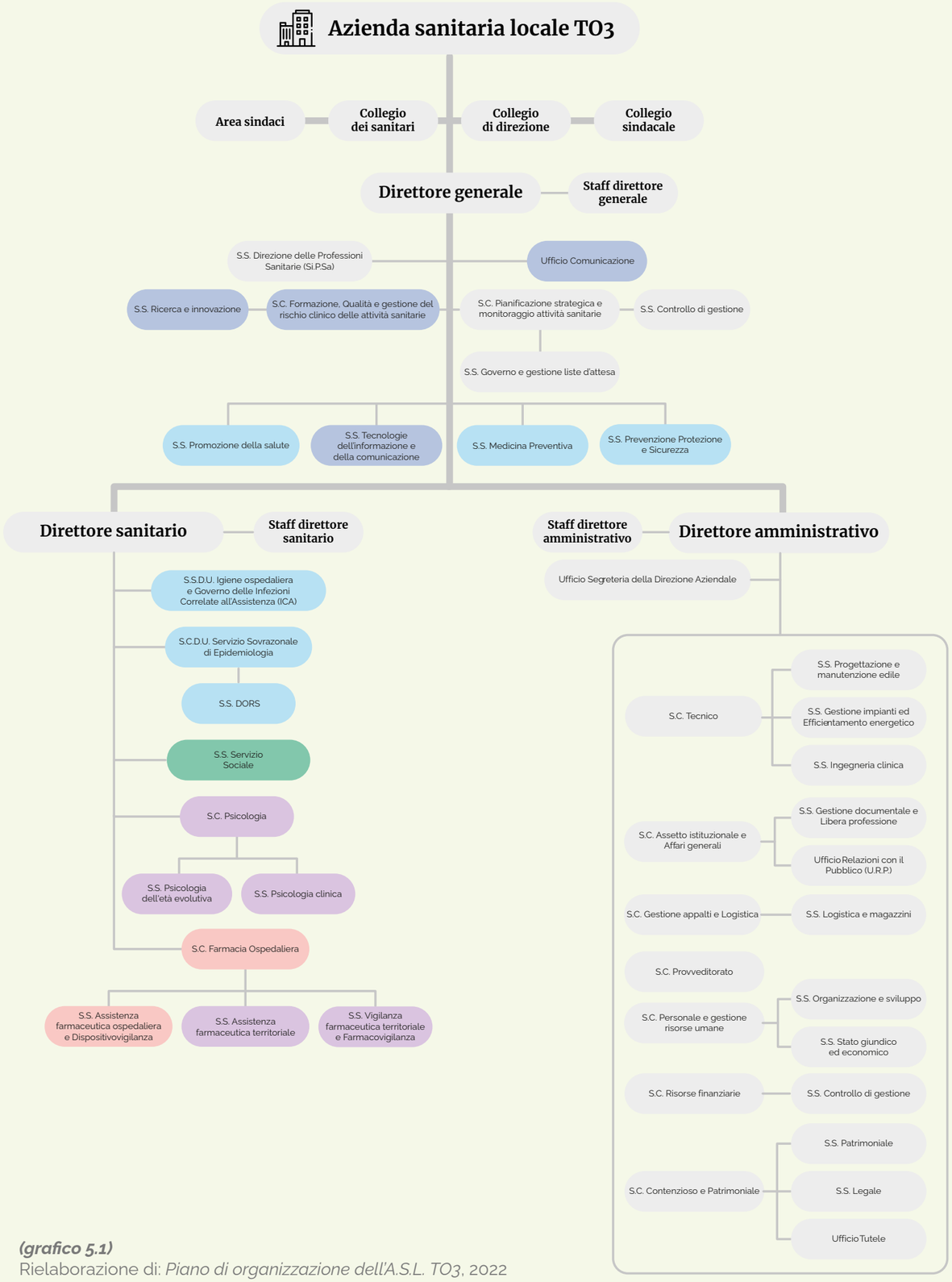
Gli Organi Collegiali

Per primo, il **Collegio Sindacale**, composto da tre membri in sinergia con la Direzione Generale, si occupa di verificare l'amministrazione dell'azienda dal punto di vista economico, l'osservanza della legge, la conformità dei bilanci e della contabilità, riferendo sia alla Regione i risultati dei riscontri eseguiti con eventuali irregolarità, che alla Conferenza dei Sindaci una relazione periodica sull'andamento dell'A.S.L. TO3 (*Organi collegiali*, 2020).

Il **Collegio di Direzione** è composto dai Direttori di ciascun organo – Direttore Amministrativo, Direttore Sanitario, Direttori di Dipartimento, Direttori di Presidio Ospedaliero, Direttori di Distretto, Dirigente Responsabile Di.P.Sa – e da alcuni rappresentanti dei Medici – Medici di Medicina Generale (MMG), Pediatri di Libera Scelta (PLS), e Specialisti Ambulatoriali. Rappresenta il collegio di riferimento per il governo strategico aziendale, per la programmazione e la verifica della qualità, e per l'espressione di pareri riguardanti alcune decisioni di supporto all'attività della Direzione Generale a cui sono trasmessi su richiesta. (*Organi collegiali*, 2020)

Un altro organismo dell'Azienda, il **Collegio dei Sanitari**, presieduto dal Direttore Sanitario e composto da numerosi rappresentanti professionisti sanitari medici e no, interni o convenzionati, ha la funzione di offrire consulenza tecnico-sanitaria, e di esprimere pareri su particolari tematiche secondo quanto previsto dalle normative (*Organi collegiali*, 2020).

Infine, i Sindaci dei Comuni rientranti nell'ambito territoriale dell'Azienda Sanitaria Locale TO3, essendo le prime autorità sanitarie locali e le istituzioni di riferimento del territorio, necessitano di essere coinvolti in un legame costante con l'ASL per la definizione comune "degli indirizzi e



(grafico 5.1)
Rielaborazione di: *Piano di organizzazione dell'A.S.L. TO3*, 2022

delle scelte di programmazione" (*La carta dei servizi dell'ASL TO3*, 2023). Questo si realizza dal momento in cui insieme compongono l'**Area Sindaci**, detta anche Conferenza dei Sindaci, e partecipano alle sedute di discussione su alcuni tematiche cardine, in prima persona o attraverso un delegato, che può essere un proprio rappresentante (assessore o consigliere comunale) o un altro Sindaco. A questo organo competono le diverse approvazioni sui regolamenti della Conferenza e della propria Rappresentanza, le elezioni di quest'ultima, del Presidente e del Vice Presidente, e l'esame della relazione sull'andamento delle attività aziendali. Inoltre, indirizza il piano attuativo locale, nell'ambito della programmazione socio-sanitaria regionale, esamina il bilancio di previsione e di esercizio dell'azienda, riportando le osservazioni raccolte alla Giunta Regionale, con l'obiettivo di contribuire al potenziamento e all'integrazione dei servizi sanitari, socio-assistenziali e sociali, attraverso il miglior raccordo tra ciascuna istituzione e organismo (*Organi collegiali*, 2020). Inoltre, ogni Distretto ha un proprio Comitato dei Sindaci di Distretto che si interessa della programmazione delle attività del territorio nella rete dei servizi socio-sanitari (*La carta dei servizi dell'ASL TO3*, 2023).

L'area ospedaliera

A livello ospedaliero, l'ASL TO3 fa riferimento a una rete costituita da Presidi Ospedalieri, integrati nella rete territoriale con le altre strutture e servizi dell'area sovra zonale con il fine di sviluppare la **condivisione di percorsi diagnostici, terapeutici, clinici e assistenziali** distribuiti equamente, sicuri e di qualità (*Piano di organizzazione dell'A.S.L. TO3*, 2022).

I Presidi Ospedalieri

Fondamentali in questa rete sono i Presidi Ospedalieri, vale a dire gli Ospedali di Pinerolo, Rivoli e Susa nei quali, con un'autonomia minore di un'Azienda Ospedaliera, si producono i servizi sanitari. In particolare, si fa riferimento a servizi specializzati che necessitano di **interventi urgenti o di emergenza, o al trattamento di malattie in fase acuta** che non possono essere gestite presso ambulatori medici o a domicilio (*La carta dei servizi dell'ASL TO3*, 2023).

Altrettanto rilevanti nell'organizzazione sono i **Dipartimenti diagnostici e clinico-assistenziali** che apportano tutte le professionalità indispensabili per la definizione di percorsi specifici per pazienti cronici, acuti o post-acuti (*Piano di organizzazione dell'A.S.L. TO3*, 2022).

Il Coordinamento Area Ospedaliera

Secondo gli obiettivi di integrazione dell'ASL, a **regolare e sovraintendere il corretto operato** delle Direzioni Mediche dei singoli Presidi e dei Dipartimenti, è la posizione dirigenziale nel Coordinamento Area Ospedaliera. Le sue attività e funzioni sono principalmente di connessione e interazione tra gli attori che operano in ambito ospedaliero, definendo e gestendo budget, fabbisogni delle risorse, modelli, verifiche e interventi di miglioramento organizzativo, per **fornire risposte integrate al fabbisogno di salute** di tutta la popolazione, anche grazie alla collaborazione con il Coordinamento Area Territoriale e all'affiancamento della Struttura Semplice Attività amministrative ospedaliere (*Piano di organizzazione dell'A.S.L. TO3*, 2022).

L'area distrettuale

I **servizi offerti a livello territoriale e distrettuale** sono orientati all'integrazione con la rete ospedaliera e sono assicurati grazie al Coordinamento Area Territoriale, ai Distretti e ad alcuni Dipartimenti.

I Distretti Sanitari

A usufruire di servizi e prestazioni sanitarie e assistenziali sono i residenti dei 109 comuni di riferimento, inclusi in **5 Distretti Sanitari** (Distretto Area Metropolitana Nord, Distretto Area Metropolitana Centro, Distretto Area Metropolitana Sud, Distretto Pinerolese e Distretto Val Susa – Val Sangone) (*Territorio e popolazione*, 2020).

Il distretto sanitario o socio-sanitario è una struttura dell'ASL a livello territoriale con autonomia gestionale ed economica, definito **per rispondere alle esigenze di un certo numero di cittadini residenti**, intorno ai 100.000, pertanto copre un territorio variabile, da uno o più comuni, o più quartieri nel caso delle città.

Individuati gli obiettivi di salute sanitaria e sociale, specifici della comunità del territorio di riferimento, vengono anche **definite le attività del distretto**, comprendenti l'assistenza primaria, specialistica, consultoriale, domiciliare e semiresidenziale, percorsi di continuità assistenziale tra componenti aziendali ed extra-aziendali, e iniziative di comunicazione e informazione per tutti i cittadini (*La carta dei servizi dell'ASL TO3*, 2023).

Il loro ruolo comunemente nelle regioni italiane è di coordinazione dell'assistenza primaria, di integrazione e coordinazione di molteplici servizi sanitari e sociali, di programmazione e offerta dei **servizi a seconda della domanda e dei bisogni di popolazione e territorio**, ma anche di collegamento tra cittadini e istituzioni sanitarie e no. Il distretto rappresenta un importante ambito di sperimentazione incentrato nella ricerca di sistemi organizzativi che rispondano alla complessità della domanda sociosanitaria, ponendo al centro il paziente e stabilendo un "forte radicamento nella comunità locale". Devono inoltre favorire, in merito alle attività sanitarie e socioassistenziali, **la sicurezza, la trasparenza e la sostenibilità delle stesse e il coinvolgimento di diverse figure professionali** (Del Giudice et al., 2017).

Le esigenze dei cittadini sono dunque il focus di una **risposta coordinata e continuativa** dei distretti, con una **particolare rilevanza per le problematiche derivanti dalla cronicità e da situazioni di fragilità sociale** (*Piano di organizzazione dell'A.S.L. TO3*, 2022).

Il Coordinamento Area Territoriale

La funzione del Coordinamento Area Territoriale e dell'Ufficio Attività amministrative territoriali è quella di costituire un **tavolo di confronto e di raccordo** tra i Direttori Generali, e quelli dei Distretti, dei Dipartimenti e di alcune Strutture Territoriali, per individuare **eventuali problematiche inerenti all'area territoriale**. Inoltre, si impegna per garantire, uniformemente sul territorio, **l'integrazione della rete sanitaria e di quella sociale**, l'interazione tra servizi, enti e attività, la continuità assistenziale, la centralità del cittadino, e "una risposta complessiva alle esigenze di tipo extra-ospedaliero" (*Piano di organizzazione dell'A.S.L. TO3*, 2022).

I Dipartimenti

Nel SSN è stata **utilizzata l'organizzazione dipartimentale** sia nelle Aziende Ospedaliere che nelle Aziende Sanitarie Locali come "modello ordinario di **gestione operativa di tutte le attività**" (Art. 17-bis, comma 1, del d.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502). I dipartimenti hanno la responsabilità di assicurare un buon controllo amministrativo e finanziario, oltre che di garantire l'attuazione delle politiche di governo clinico (Giustiniano et al., 2014).

Secondo l'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali (ASSR), il Dipartimento può essere inteso come un'aggregazione integrata di unità operative o moduli funzionali clinico-assistenziali, omogenei, affini o complementari, con obiettivi specifici e interdipendenti, che concorrono verso finalità comuni (Franco, 2005).

Le unità aggregate, rimanendo comunque autonome e responsabili dal punto di vista professionale all'interno di un uniforme modello organizzativo e gestionale, rispettano codici condivisi e consensuali "di comportamento assistenziale, didattico, di ricerca, etico, medicolegale ed economico", al fine di "dare **risposte unitarie, tempestive, razionali e complete** rispetto ai compiti assegnati" (Franco, 2005).

Ai Dipartimenti spetta un Comitato di Dipartimento e un Direttore di Dipartimento, responsabile a livello clinico-organizzativo, preventivo e gestionale della programmazione e delle risorse in vista degli obiettivi delineati («Azienda sanitaria locale», 2023; Franco, 2005).

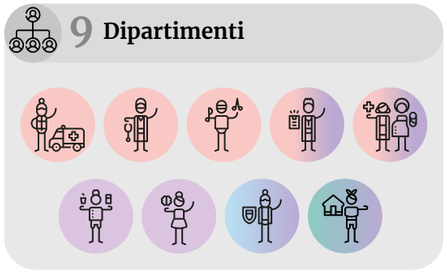
I Dipartimenti **si costituiscono come aggregazione** "per aree omogenee, per branca specialistica, per età degli assistiti, per organo/apparato, per settore nosologico e per momento di intervento sanitario/intensità e gradualità delle cure", e possono essere classificati come dipartimenti **aziendali o interaziendali**, se sono costituiti da unità operative, rispettivamente, dell'azienda stessa oppure di più aziende, come **ospedalieri o transmurale**, se le unità sono solo ospedaliere o anche distrettuali, e come **strutturali o funzionali**, se utilizzano in comune spazi e risorse oppure no. Possono distinguersi anche a seconda del tipo di governo, **forte e gerarchico** oppure **debole e di coordinazione**, in base alle decisioni regionali (Brugnola, 2019).

I dipartimenti si occupano del **coordinamento delle attività delle strutture semplici o complesse che li compongono**, dell'utilizzo delle risorse e dei posti letto, del miglioramento della qualità delle prestazioni offerte e dell'efficienza gestionale. Inoltre, si occupando della gestione del budget per raggiungere gli obiettivi dipartimentali, per finanziare le Strutture Complesse, oltre che per valutare il processo, la riqualificazione e la gestione economico-finanziaria. Infine, i dipartimenti si dedicano all'attività di formazione e aggiornamento e allo sviluppo di percorsi diagnostici terapeutici, volti a garantire la continuità assistenziale anche al di fuori dei dipartimenti stessi (*La carta dei servizi dell'ASL TO3*, 2023).

In generale, il dipartimento, grazie all'**integrazione fisica, organizzativa e clinica, di spazi, tecnologie, risorse umane e servizi**, eleva la qualità e l'efficienza dei risultati ottenuti garantendo dei costi contenuti (Brugnola, 2019).

Nell'**organizzazione aziendale dell'ASL TO3** sono stati individuati i seguenti dipartimenti (*Piano di organizzazione dell'A.S.L. TO3*, 2022):

1. Dipartimento Emergenza
2. Dipartimento Medico
3. Dipartimento Chirurgico
4. Dipartimento Servizi Diagnostici
5. Dipartimento Materno Infantile
6. Dipartimento Interaziendale di Salute Mentale
7. Dipartimento Patologia delle Dipendenze
8. Dipartimento di Prevenzione
9. Dipartimento Interaziendale Continuità Assistenziale



5.3 | *I servizi sanitari offerti*

Attraverso la carta dei servizi dell'ASL TO3, è possibile identificare gli aspetti che la caratterizzano dal punto di vista organizzativo, strutturale e territoriale.

Sedi, orari e modalità di accesso ai **servizi aziendali** distribuiti sul territorio, sono diversi e principalmente **ruotano intorno alle seguenti strutture pubbliche dell'ASL** (*Strutture*, 2020):

- Distretti
- Ospedali
- Poli e presidi sanitari
- Poliambulatori
- CUP (Centri Unici di Prenotazione)
- Sedi esenzione ticket
- Consultori pediatrici
- Consultori familiari
- Sportelli PUA (Punti Unici Accesso)
- Pronto soccorso
- Case della salute
- Segreterie UMDV (Unità Multidisciplinare di Valutazione delle Disabilità)
- Punti rossi e pagobancomat
- Servizi veterinari
- Ambulatori vaccinazioni
- Punti giovani
- Serd – Strutture ambulatoriali
- Serd – Strutture extra ambulatoriali
- Serd – Centri per i trattamenti del tabagismo
- Segreterie UVG (Unità di Valutazione Geriatrica) – Servizi sociali
- Esami del sangue
- Salute mentale
- Punti assistito

Sono quindi illustrate le diverse attività di prevenzione, diagnosi, presa in carico e cura offerte, condotte nel **rispetto dei livelli essenziali di assistenza in tutto il percorso** diagnostico terapeutico e assistenziale.

(immagine 5.1)

(immagine 5.2)

Prevenzione collettiva e sanità pubblica

Secondo il SNN, il LEA di Prevenzione collettiva e sanità pubblica prevede che le aziende sanitaria includano nei propri servizi **programmi, attività e servizi che rientrino in 7 aree di intervento** (*Prevenzione collettiva e sanità pubblica*, n.d.):

1. Sorveglianza, prevenzione e controllo delle malattie infettive e parassitarie, inclusi i programmi vaccinali;
2. Tutela della salute e della sicurezza degli ambienti aperti e confinati;
3. Sorveglianza, prevenzione e tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro;
4. Salute animale e igiene urbana veterinaria;
5. Sicurezza alimentare – Tutela della salute dei consumatori;
6. Sorveglianza e prevenzione delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani ed i programmi organizzati di screening; sorveglianza e prevenzione nutrizionale;
7. Attività medico legali per finalità pubbliche.

Dipartimento di Prevenzione

L'ASL TO3 si occupa di **tutela della salute collettiva**, promozione della salute, prevenzione delle malattie, epidemiologia, individuazione e rimozione di possibili malattie e nocività dovute a cause ambientali, umane o animali, di salvaguardia della qualità degli ambienti di vita e di lavoro, sicurezza alimentare e benessere degli animali. Riesce in questo scopo attraverso la produzione di servizi sanitari, grazie alle Strutture operative del Dipartimento di Prevenzione e alla collaborazione con altri servizi e Dipartimenti aziendali, cercando di **alleggerire il sistema sanitario da circostanze dovute all'invecchiamento e alla cronicità** (*Piano di organizzazione dell'A.S.L. TO3*, 2022).

Le sue funzioni sono le seguenti (*Prevenzione*, 2020; *Servizi*, 2020):

- **Promozione della salute**: è una struttura volta a promuovere stili di vita sani e scelte salutari per vivere meglio e prevenire le malattie croniche, offrendo sul territorio, in collaborazione con enti e istituzioni locali, diversi progetti e attività per tutta la popolazione, secondo il Piano locale di prevenzione (PLP) annuale, in linea con gli obiettivi del Piano Regionale;
- **Igiene degli alimenti (SIAN)**: obiettivo generale è la prevenzione nutrizionale e di sorveglianza dei problemi di salute che possono derivare dal consumo di alimenti e bevande, perché alterati oppure per via di una dieta non equilibrata;
- **Igiene e sanità pubblica (SISP)**: obiettivo è la salute dei cittadini e della comunità negli ambienti di vita, con attività che riguardano le abitazioni civili, fino a strutture alberghiere e scolastiche, oppure impianti di vario genere;
- **Prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro (SPreSAL)**: si occupa della tutela della salute e della sicurezza sul lavoro, svolgendo attività di informazione, formazione, assistenza, vigilanza per la verifica del rispetto delle norme e sorveglianza;
- **Screening oncologici**: mira ad individuare precocemente in soggetti ritenuti più a rischio di sviluppare eventuali tumori, per poi trattarli in modo tempestivo ed efficace, attraverso un percorso organizzato gratuito di screening di Prevenzione Serena (in particolare screening mammografico, cervico vaginale e colorettale);
- **Screening epatite C**: mira a ricercare in soggetti asintomatici gli anticorpi contro il virus dell'epatite C (HCV) attraverso prelievi per poi intraprendere le corrette terapie;
- **Malattie infettive e Vaccinazioni**: ha lo scopo di prevenire e controllare le malattie infettive, effettuando vaccinazioni nazionali e internazionali, pediatriche, per adolescenti e adulti;
- **Servizi veterinari**: si occupa del benessere animale e la sicurezza degli alimenti per l'uomo di provenienza animale, attraverso le strutture in cui si articola sono Sanità animale, Igiene della produzione di alimenti di origine animale, e Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche;
- **Medicina Legale**: svolge accertamenti e rilascia certificati, anche in collaborazione con l'Autorità Giudiziaria;
- **Medicina dello sport**: offre visite specialistiche medico sportive per l'accertamento e la certificazione dell'idoneità alla pratica dello sport agonistico, si occupa della vigilanza sul doping e promuove salute e attività motoria;
- **Vigilanza**: è deputata alla verifica rispetto normativa vigente dei servizi, delle prestazioni e delle strutture residenziale e semiresidenziale, al fine di promuovere la qualità della vita e il benessere fisico e psichico degli utenti.

Assistenza ospedaliera

Il livello essenziale dell'assistenza ospedaliera include un insieme di **prestazioni erogate senza alcuna spesa per l'assistito**, ma per accedervi è richiesto un ricovero **su proposta presentata dal medico** di medicina generale, dal pediatra di libera scelta, dalla guardia medica o dal medico di pronto soccorso, e ciascuna prestazione è inclusa nelle seguenti **8 aree di attività** (LEA: Assistenza ospedaliera, n.d.):

1. Pronto soccorso;
2. Ricovero ordinario per acuti;
3. Day surgery (operazioni chirurgiche in un giorno);
4. Day hospital (esami medici in un giorno);
5. Riabilitazione e lungodegenza post acuzie;
6. Attività trasfusionali;
7. Attività di trapianto di cellule, organi e tessuti;
8. Centri antiveleni (CAV).

Per offrire i servizi ospedalieri nell'ASL TO3, sono stati individuati **5 Dipartimenti**, di cui due – il Dipartimento Servizi Diagnostici e il Dipartimento Materno Infantile – sono ugualmente descritti in questa sezione, pur rientrando anche nel coordinamento aziendale territoriale, non solo ospedaliero.

Dipartimento Emergenza

Il Dipartimento di Emergenza e Accettazione (D.E.A., più comunemente chiamato **Pronto Soccorso**) ha lo scopo di assistere i **pazienti in situazioni di emergenza e urgenza** a causa di gravi malori improvvisi, incidenti, e situazioni di pericolo di vita. I problemi diagnostico-terapeutici di questi pazienti vengono affrontati con servizi garantiti da un'**integrazione di contributi multidisciplinari** di diversi specialisti e strutture aziendali. È previsto l'attività del pronto soccorso con il Triage per valutare i sintomi denunciati, le priorità assistenziali e i parametri vitali e una fase di osservazione, assicurando sempre la **migliore tempestività di intervento**, senza interruzioni, dall'arrivo in ospedale fino alla collocazione nelle unità di terapia intensiva o alle strutture di ricovero presso le Strutture di altri Dipartimenti. Ci sono anche le attività di **diagnosi, terapia e dimissione, con eventuali percorsi extraospedalieri** di assistenza e trasporto verso strutture esterne specialistiche. È così possibile assicurare giusti interventi attraverso **l'integrazione del servizio di emergenza sanitaria territoriale 112** (prima 118) con la rete ospedaliera che include i Presidi Ospedalieri di Pinerolo e di Rivoli, il Pronto Soccorso dell'Ospedale di Susa, i Punti di Primo Intervento (PPI) di Venaria e Giaveno, ma anche il Servizio Emergenza intra-ospedaliero (METAL). A questo Dipartimento afferiscono funzionalmente anche le strutture di altri Dipartimenti, oltre a quelle complesse di Medicina e Chirurgia di Accettazione e di Urgenza (MCAU) di Pinerolo e di Rivoli che sono impegnate nell'organizzazione e gestione clinico-assistenziale delle attività del settore (*Piano di organizzazione dell'A.S.L. TO3*, 2022).

Dipartimento Medico

Per il regime di **ricovero, pre-ricovero, controlli post-ricovero e attività assistenziale in fase acuta, subacuta ed in continuità assistenziale**, si fa riferimento al Dipartimento Medico e alle sue Strutture interne, integrate con quelle di altri Dipartimenti e strutture, nello specifico con le attività di Emodinamica e di Oncologia dell'AOU San Luigi Gonzaga di Orbassano. Lo scopo è garantire una presa in carico del paziente che sia adeguata e risponda in modo personalizzato alla patologia rilevata e alle caratteristiche cliniche, realizzando dei **percorsi di cura specifici sulla base dell'intensità e della complessità assistenziale**. Per migliorare l'accessibilità degli utenti a queste prestazioni, oltre al ricovero ordinario e di lungodegenza, si sta tentando di consolidare i percorsi di assistenza alternativi con tempi contenuti, come il Day Service, o di ricercare nuovi modi di raccordare i servizi ospedalieri e quelli territoriali. Le attività delle Strutture operative del Dipartimento riguardano la Medicina Generale, Allergologia, Dietetica, Gastronterologia, Endoscopia, Neurologia, Nefrologia, Dialisi, Cardiologia, Emodinamica, Oncologia, Aritmologia, Malattie Endocrine e Diabetologia (*Piano di organizzazione dell'A.S.L. TO3*, 2022).

Dipartimento Servizi Diagnostici

Il Dipartimento Servizi Diagnostici riunisce **prestazioni radiologiche, laboratoristiche e di anatomia patologica** su richiesta di MMG, PLS e Specialisti Ambulatoriali, e di reparti e Strutture presenti sul territorio e nei vari presidi ospedalieri. Assicura pertanto supporto ad altre strutture aziendali e svolge alcune attività per il cittadino in collaborazione interaziendale con alcune Strutture dell'A.O.U. San Luigi Gonzaga di Orbassano e dell'A.O. Mauriziano di Torino. Il **sistema multidisciplinare delle risorse umane** comprende professionisti medici, biologi, tecnici, infermieri e amministratori, che utilizzano e gestiscono **risorse tecnologiche e informatiche all'avanguardia**, ricercandone il modo migliore per ottimizzarle, anche condividendole tra strutture aziendali e interaziendali, come già accennato. Sono così realizzate (*Piano di organizzazione dell'A.S.L. TO3*, 2022):

- radiografie, ecografie, risonanze e altri metodi diagnostici tradizionali e digitalizzati attraverso le Strutture di Radiologia;
- attività deputate al Laboratorio Analisi Unificato Rivoli-Pinerolo e alla Struttura di Anatomia Patologica, tra cui analisi morfologiche, chimiche, immunologiche, microbiologiche e molecolari, diagnosi su campioni di organi, tessuti e cellule ed esami per l'indagine della patologia e la sua evoluzione;
- diagnosi e avvio della fase terapeutica per problematiche legate a Senologia e Screening;
- raccolta di sangue necessario in tutte le attività ospedaliere, ma anche distribuzione secondo compatibilità e verifica degli eventi connessi con la trasfusione grazie al Servizio Immuno-trasfusionale.

Dipartimento Materno Infantile

Il Dipartimento Materno Infantile ha la funzione di **prevenzione, promozione e tutela della salute della donna, del bambino e dell'adolescente**, con la conseguente erogazione di diagnosi, di cure primarie, specialistiche, riabilitative, e di attività consultoriali e di presa in carico. Nel rispetto del contesto culturale, etnico e sociale, **assicura l'universalità dell'assistenza** alla coppia nella pianificazione familiare, alla donna durante gravidanza, parto e puerperio, e al neonato sano o con particolari bisogni e cronicità, fino all'adolescenza. Pertanto, sono individuate le Strutture di Pediatria, Ostetricia, Ginecologia, Neuropsichiatria Infantile, e i Consultori. Operano in una rete integrata di attività sanitarie e sociali sia pubbliche che private, e soprattutto tra Strutture Ospedaliere e Territoriali dell'A.S.L. TO3 con il "Percorso Nascita", secondo il programma regionale che prevede dei punti nascita negli ospedali che sono sede di DEA (*Piano di organizzazione dell'A.S.L. TO3*, 2022).

Dipartimento Chirurgico

Il Dipartimento Chirurgico risponde ai bisogni degli utenti per quanto riguarda diagnosi, cura e controlli nel campo della chirurgia generale, oculistica, ortopedia e traumatologia, otorinolaringoiatria, urologia, anestesiologia, rianimazione, terapia antalgica, offrendo prestazioni, quali **visite, controlli postoperatori ed esami, con modalità di ricovero** ordinario, di week e day surgery ed ambulatoriale. Le diverse procedure cliniche sono coordinate e offerte sulla base dell'efficiente operato di professionisti formati e aggiornati, di un sistema forte di risorse e competenze, e del contributo degli Ospedali dell'ASL con il Servizio di Emergenza Intra-Ospedaliera (METAL) (*Piano di organizzazione dell'A.S.L. TO3*, 2022).

Assistenza distrettuale

Il Livello Essenziale di Assistenza Distrettuale si focalizza **nell'ambito dei Distretti Sanitari** su numerosi interventi eterogenei che si svolgono i**n aree territoriali limitate, e non in regime di ricovero ospedaliero**, ma con una buona autonomia per la gestione e l'utilizzo delle risorse assegnate dalle Aziende Sanitarie.

Le diverse attività e i servizi sanitari e sociosanitari territoriali, in essa compresi, sono descritti in seguito in riferimento all'offerta specifica dell'ASL TO3 attraverso il Coordinamento dell'Area Territoriale e i suoi Distretti, in modo trasversale sull'intero territorio, garantendo omogeneità elevata nelle prestazioni offerte (*LEA: Assistenza distrettuale*, n.d.; *Piano di organizzazione dell'A.S.L. TO3*, 2022).

Assistenza Primaria
Distretto dell'Area Metropolitana Sud

Al Distretto dell'Area Metropolitana Sud compete la gestione della Struttura Semplice di Assistenza Primaria, che funge da supporto e da indirizzo strategico ai Direttori dei Distretti per i **rapporti con i Medici di Medicina Generale (MMG) e i Pediatri di Libera Scelta (PLS)** che erogano i servizi di Cure Primarie. Quest'ultime, infatti, solitamente sono denominati anche assistenza sanitaria di base, assistenza di base, medicina di base, medicina territoriale, e rappresentano il **punto di ingresso per i cittadini al SSN**, da cui possono essere poi indirizzati su **prescrizione verso le cure e l'assistenza secondaria o specialistica, erogata dagli ospedali** (Rocchi, 2021). Quindi, l'assistenza primaria riguarda in particolar modo "la **gestione ambulatoriale e domiciliare delle patologie acute e croniche** secondo la migliore pratica ed in accordo con il malato, inclusi gli interventi e le azioni di promozione e di tutela globale della salute" (*Assistenza sanitaria di base*, n.d.). Per tutti i servizi distrettuali forniti dall'ASL TO3, si fa riferimento alle singole Strutture che ne permettono l'offerta e alle funzioni dei Dipartimenti coordinati a livello territoriale e/o ospedaliero.

Assistenza Specialistica
Distretto dell'Area Metropolitana Sud

Allo stesso Distretto è attribuita anche la Struttura Semplice di Assistenza Specialistica, che si riferisce alle **prestazioni diagnostiche e terapeutiche erogate dai medici specialisti ambulatoriali**, o sotto la loro responsabilità clinica. Possono avvenire **negli ambulatori e nei laboratori specialistici** pubblici o privati accreditati, territoriali o ospedalieri. Le attività si articolano in diagnostiche sia **strumentali**, se utilizzano apparecchiature, che di **laboratorio**, e in **cliniche**, che variano dalle **visite specialistiche** alle a**ttività terapeutiche o di riabilitazione**. Ciascuna delle precedenti viene **identificata da un codice alfanumerico univoco** secondo la traduzione italiana della Classificazione internazionale degli interventi chirurgici e delle procedure diagnostiche e terapeutiche **ICD-9-CM**, ad eccezione delle procedure di laboratorio e di genetica che seguono sistemi diversi specifici (*Assistenza specialistica ambulatoriale*, n.d.). Nell'ASL TO3 le **prestazioni offerte ammontano a 250** e per la maggior parte di queste visite ed esami è necessaria la richiesta del Medico Curante dell'A.S.L. su ricettario del SSN, il codice fiscale o la nuova tessera sanitaria, la prenotazione, telefonica, digitale o tramite i Centri Unici di Prenotazione dell'ASL (CUP), e il pagamento di un ticket, ad eccezione degli esenti (*Visite ed esami*, 2023; *Ticket ed esenzioni*, 2020).

Emergenza Sanitaria Territoriale

Nel territorio è fondamentale il contributo dell'Emergenza Sanitaria Territoriale, che nell'ASL TO3 corrisponde al progetto Dipartimento Interaziendale Emergenza Sanitaria Territoriale 118 (**DIEST 118**). Tuttavia, poiché le scelte organizzative del servizio 118, sono di competenza di ciascuna regione, in Piemonte il numero di telefono per i casi di emergenza-urgenza è il **Numero Unico d'emergenza Europeo (NUE) 112**, ad uso gratuito e attivo 24 ore su 24 (*Piano di organizzazione dell'A.S.L. TO3*, 2022.; *Emergenza sanitaria territoriale*, n.d.).
Ha il compito di **organizzare e gestire le attività di emergenza-urgenza sanitaria territoriale**, di stabilizzare le condizioni del malato e di svolgere assistenza sanitaria in alcune occasioni più gravi. Ogni intervento effettuato, dal momento dell'evento sino alla risposta ospedaliera, deve essere accuratamente organizzato e coordinato, assicurando il trasporto del paziente all'ospedale più vicino e idoneo alla gestione dell'emergenza, collaborando anche con gli altri Enti del Soccorso non sanitario (Vigili del Fuoco, Carabinieri, Polizia) (*Emergenza sanitaria territoriale*, n.d.).

Assistenza Farmaceutica

Inoltre, l'Assistenza Farmaceutica può essere **erogata direttamente** dalle strutture sanitarie regionali, ospedali e servizi territoriali, **oppure da farmacie convenzionate**. Si intende tutto ciò che riguarda la fornitura di medicinali essenziali e per malattie acute o croniche, necessari alla cura di pazienti in assistenza domiciliare, residenziale e semiresidenziale o in una fase successiva a dimissione da un ricovero o a una visita specialistica ambulatoriale (*Assistenza farmaceutica*, n.d.).

Assistenza Integrativa e Protesica

Anche l'Assistenza Integrativa e Protesica rientra nell'assistenza distrettuale e nell'ASL TO3 corrisponde ad una Struttura Semplice distrettuale. Alla prima spetta la **distribuzione di dispositivi medici** (pannoloni, cateteri, cannule, medicazioni, presidi per diabetici, ecc.) **e di alimenti particolari** (prodotti senza glutine, prodotti aproteici, latte artificiale, ecc.) a specifiche categorie di pazienti (*Assistenza integrativa*, n.d.). L'area protesica si dedica alla fornitura di **protesi, ortesi, ausili tecnologici e dispositivi medici** a individui con disabilità permanenti o in attesa di riconoscimento dell'invalidità. Questo servizio mira alla prevenzione, correzione o compensazione di menomazioni o disabilità funzionali derivanti da patologie o lesioni. Inoltre, si propone di **potenziare le abilità residue e promuovere l'autonomia dell'assistito** (*Assistenza protesica*, n.d.).

Assistenza Termale

Con l'Assistenza Termale si prestano **specifici cicli terapeutici**, tra cui fanghi, bagni, docce, inalazioni, e nebulizzazioni, in ambienti termali, dando **beneficio e sollievo ad alcune categorie di soggetti** (*Assistenza termale*, n.d.).

Dipartimento di Salute Mentale

Il Dipartimento di Salute Mentale (DMS) riunisce gli interventi di **supporto per la salute mentale nell'età adulta**, mediante il Centro di Salute Mentale (CSM), il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC), i Centri Diurni (CD) e le Strutture Residenziali Psichiatriche (SRP). Viene **garantita una continuità terapeutica** tra queste strutture pubbliche dell'ASL TO3, con quelle convenzionate dell'AOU San Luigi Gonzaga di Orbassano, dove sono svolti ricoveri volontari o obbligatori dei pazienti residenti nei Distretti dell'Area Metropolitana Centro e Sud. Concorrono ai servizi **anche altre strutture esterne**, come le Case di Cura neuropsichiatriche per la funzione ospedaliera, i Centri Diurni (CD) privati e le strutture residenziali private accreditate per le funzioni semiresidenziali e residenziali; e si ricercano ulteriori sinergie con le ASL piemontesi per implementare l'assistenza psicologica. In generale, ci si occupa di (*Piano di organizzazione dell'A.S.L. TO3*, 2022):

- studio, monitoraggio ed elaborazione dei flussi di attività regionali sulla salute mentale;
- programmazione clinica;
- gestione della Residenzialità e delle Case di Cura;
- inserimento di alcuni soggetti in nuclei familiari selezionati e supportati;
- diagnosi in campo psichiatrico;
- definizione di progetti terapeutici e riabilitativi individuali, che prevedano assistenza ambulatoriale, il ricovero volontario, o il Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO).

Dipartimento Patologia delle Dipendenze

Il Dipartimento Patologia delle Dipendenze assiste dal punto di vista medico, sociale e psicologico i soggetti che presentano **problemi all'uso, all'abuso e alla dipendenza da sostanze o comportamenti** (droghe, alcol, fumo, gioco d'azzardo, ecc.). Tra le funzioni del personale, composto da medici, infermieri, psicologi, assistenti sociali, educatori, amministrativi, operatori vari e volontari, ci sono la programmazione, il coordinamento e la verifica di **interventi di prevenzione, assistenza, cura e riabilitazione**. Le strutture aziendali fondamentali sono Ser.D., Attività extra ambulatoriale terapeutica e riabilitativa, e Attività Ambulatoriali, le quali, oltre agli interventi accennati prima, prevedono consulenze specialistiche, collaborazione con MMG e PLS, attività medico-infermieristiche ambulatoriali di prescrizione e somministrazione farmaci, prevenzione dalle infezioni per droga, colloqui psicologico-clinici e di orientamento, gruppi di sostegno per soggetti affetti e le loro famiglie, interventi riabilitativi e socio-educativi finalizzati al recupero dell'autonomia personale, sociale e lavorativa e alla loro inclusione, progetti di formazione specifici per tipo di bisogni e servizi extra ambulatoriali offerti anche da enti sociali privati di settore (*Piano di organizzazione dell'A.S.L. TO3*, 2022).

Assistenza sociosanitaria

L'**assistenza sociosanitaria è un tipo di assistenza distrettuale**, altrettanto essenziale, a cui dedichiamo una sezione a parte, per darle maggiore attenzione in quando risulta più vicina al tema di interesse, che ricordiamo essere l'assistenza agli anziani e ai pazienti cronici. Infatti, serve a **soddisfare bisogni di salute, di supporto e di protezione sociale di alcune categorie di cittadini**:

- malati cronici non autosufficienti (incluse le demenze);
- malati in fine vita;
- persone con disturbi mentali;
- minori con disturbi in ambito psichiatrico e del neurosviluppo;
- persone con dipendenze patologiche
- persone con disabilità.

Ha inoltre l'obiettivo di stabilizzare il loro quadro clinico, di assicurare la continuità delle cure tra le fasi dell'assistenza ospedaliera e dell'assistenza territoriale, di limitare il declino delle loro capacità funzionali, e di migliorarne o di mantenere la qualità di vita.

A tal fine, il SSN garantisce **percorsi assistenziali integrati che includono prestazioni sia sanitaria sia sociali** per le persone con bisogni complessi, prese in carico da un'equipe composta di professionisti multidisciplinari:

- il medico di medicina generale (MMG) o pediatra di libera scelta (PLS) in qualità di coordinatore dell'attività clinica;
- la rete degli operatori della ASL (medici specialisti, infermieri, terapisti della riabilitazione, altre figure sanitarie e sociosanitarie professionali);
- gli operatori del Comune (assistente sociale, operatore socioassistenziale, assistente familiare).

In generale, sono **a carico del SSN solo i servizi sanitari**, invece quelli di natura non sanitaria e di tipo alberghiero (vitto, pulizia, svago, ecc.) sono **a spese del paziente, oppure spettano al Comune di residenza**, in caso di difficoltà economiche dell'assistito. Spesso però non essendo ben distinte le prestazioni sanitarie da quelle non sanitarie, si stabilisce una spesa divisa al 50% tra l'ASL e l'assistito (*Assistenza sociosanitaria*, n.d).

Per poter ottenere le forme di assistenza sociosanitaria appropriate, si seguono le **fasi di un processo ben definito**.

Innanzitutto, per presentare la propria **richiesta di assistenza o per informarsi sulle modalità di erogazione delle prestazioni**, ci si rivolge ai servizi dedicati, detti **Punti Unici di Accesso (PUA)**, che nascono dalla collaborazione delle ASL (per i servizi sanitari) e dei Comuni (per i servizi sociali). Informano sui servizi offerti sul territorio, riguardanti assistenza domiciliare e cure domiciliari in lungoassistenza, assegni di cura e contributi a titolo di affido, inserimento in struttura residenziale, ricoveri di sollievo, centri diurni, telesoccorso, mensa e pasti a domicilio.

Per accedervi però è indispensabile avviare la **valutazione complessiva della persona**, ad opera dell'**Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM)**, che individua le necessità, che possono essere cliniche (bisogni sanitari), funzionali (bisogni di autonomia) e socio-familiari (bisogni relazionali, sociali ed economici), indipendentemente dalla patologia di cui soffre, attraverso strumenti e scale standardizzate e uniformi.

Segue la fase di **definizione del Progetto di Assistenza Individuale (PAI) o di un Progetto riabilitativo individuale (PRI)**, con la descrizione di bisogni terapeutico-riabilitativi e assistenziali della persona, obiettivi di cura, trattamento più indicato, durata del trattamento e frequenza degli accessi al domicilio.

Quindi, il percorso stabilito, integrato e personalizzato sulla base di gravità e modificabilità delle condizioni personali e dei suoi sintomi, **guida tutti gli operatori sanitari e sociali coinvolti** nella prende in carico il paziente.

Allo stadio della patologia e dei bisogni specifici, corrisponde un **diverso livello di intensità dell'intervento** di cura e di assistenza, che può favorire un regime assistenziale a domicilio, piuttosto che in strutture residenziali o in strutture semiresidenziali.

Tuttavia, in ciascuna di queste modalità sono **fornite prestazioni sanitarie** (mediche, infermieristiche, psicologiche, riabilitative, eccetera) finalizzate alla cura e alla riabilitazione di condizioni patologiche, **e altre socio-assistenziali** per assistere quotidianamente le persone affette da disabilità, in situazioni di disagio economico o emarginazione (*Percorsi assistenziali integrati*, n.d.; LEA: *Assistenza socio-sanitaria*, n.d.).

Disturbi Cognitivi e Demenze

Le **persone affette da disturbi cognitivi e della memoria** possono accedere ai Centri per i Disturbi Cognitivi e le Demenze (C.D.C.D.), dove un'équipe multidisciplinare si occupa di **prevenire, diagnosticare e trattare le varie forme di demenza**. Se invece il paziente o i suoi familiari sospettano l'inizio di una condizione di demenza, con un **funzionamento cognitivo peggiorato, oppure lievi lacune di memoria**, è possibile rivolgersi agli Ambulatori di Psicogeriatria e di Neuropsicologia dell'ASL TO3 (*Anziani*, 2020).

Area fragilità e non autosufficienza
Distretto Area Metropolitana Nord

Nell'ASL TO3, la Struttura preposta al coordinamento dei servizi sociosanitari è l'Area fragilità e non autosufficienza, affidata al Distretto Area Metropolitana Nord e funzionalmente al Dipartimento interaziendale continuità assistenziale. Comprende tutti gli **interventi a favore di soggetti anziani e disabili adulti** che possono essere erogati sul territorio di tutti i Distretti Sanitari.

La Struttura collabora con il Terzo settore e con le comunità locali per la promozione e lo sviluppo di **progetti congiunti di assistenza, supporto e sistemi non formali di cura**.

Inoltre, una delle sue funzioni è quella di gestire le commissioni, composte da medici e operatori dell'ASL e da rappresentanti dell'Ente gestore, dell'**Unità di Valutazione Geriatrica (U.V.G.)**, per l'individuazione dei bisogni degli anziani che hanno perso l'autosufficienza, e dell'**Unità multidisciplinare di Valutazione della Disabilità (U.M.V.D.)**, per i bisogni di persone con disabilità, tra cui invalidità civile, cecità civile e sordomutismo (*Piano di organizzazione dell'A.S.L. TO3*, 2022).

Disabili

Nel secondo caso il PAI oppure il PRI viene proposto da un referente sociale o sanitario all'U.M.V.D. che lo possa approvare, e si delineano le **attività di recupero e riabilitazione funzionale**. Quest'ultime sono svolte dalle **Strutture di Recupero e Riabilitazione Funzionale (RRF)**, in strutture extra-ospedaliere oppure a domicilio, con modalità interprofessionali. I trattamenti possono essere principalmente sociali per persone con gravi disabilità congenite o stabilizzate, che necessitano di **mantenere le capacità e abilità residue, e di sviluppare o recuperare delle relazioni affettive e sociali**. Sono altrimenti intensivi per persone dimesse eventualmente da un ricovero o un intervento e debbano proseguire con alcuni trattamenti per **recuperare ulteriormente le loro abilità** (*Disabili*, 2020; *Assistenza a persone con disabilità*, n.d.).

Anziani

Nel caso di cittadini over 65 o con patologie invalidanti, paragonabili a quelle dell'anziano, invece, la domanda di valutazione è presentata allo **Sportello Unico di Accesso Socio-Sanitario** del distretto di residenza e la commissione dell'U.V.G. ne decide l'esito. Il progetto individuale predisposto sui suoi bisogni dovrebbe tenere presente il diritto di scelta del cittadino, e privilegiare, per quanto possibile, il **mantenimento del soggetto nel proprio ambiente di vita familiare, senza costringerlo a fenomeni di emarginazione e isolamento**. In base alla valutazione multidimensionale raggiunta, la segreteria dell'U.V.G. si occupa di inserire il nominativo del paziente nelle **graduatorie che regolano l'accesso ai servizi** di residenzialità, semi residenzialità o domiciliarità, a seconda del punteggio sanitario e sociale attribuito (*Anziani*, 2020).

Continuità Assistenziale

I servizi ospedalieri con l'ASL attivano anche il **percorso di continuità assistenziale per il paziente non autosufficiente dimesso dall'ospedale**, che ha bisogno di ulteriore assistenza in un altro luogo, come ad esempio il domicilio, oppure di un ricovero presso una struttura di lungodegenza o in una Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA) (*Anziani*, 2020).

Continuità delle cure (CAVS-NDCC)
Distretto Val Susa Val Sangone

La Struttura Semplice Continuità delle cure (CAVS-NDCC), connessa al Distretto Val Susa Val Sangone, coordina e **gestisce i Nuclei** di Continuità Assistenziale a Valenza Sanitaria (CAVS) in collaborazione con i Distretti aziendali, e i Nuclei Distrettuali di Continuità delle Cure (NDCC) integrandoli con i Nuclei Ospedalieri. Queste funzioni garantiscono per la popolazione il servizio di Continuità Assistenziale, vale a dire **assistenza medica di base** nei giorni prefestivi e festivi, nelle ore notturne e in quelle non coperte dal MMG o PLS, e assistenza ai turisti, **ad opera del Medico di Continuità Assistenziale (o Guardia Medica)** (*Continuità assistenziale*, 2021; *Piano di organizzazione dell'A.S.L. TO3*, 2022).

Dipartimento interaziendale continuità assistenziale

Il Dipartimento interaziendale continuità assistenziale è impegnato nell'assicurare **continuità negli interventi sanitari, sociali, riabilitativi e assistenziali** tra le Strutture distrettuali e i Presidi pubblici dell'ASL, le sue strutture di lungodegenza, e quelle di continuità assistenziale a valenza sanitaria-CAVS (CAVS di Giaveno, Torre Pellice ed Avigliana), con i servizi territoriali delle altre Aziende Sanitarie Regionali e del Privato Accreditato che si collocano nel territorio. Il tutto serve a garantire, dopo la fase acuta, un **collegamento tra i macro livelli assistenziali** e un **percorso omogeneo di cure integrate**, e non frammentato soprattutto in seguito al ricovero e alla dimissione. A livello ospedaliero il Dipartimento mira a raggiungere il massimo **recupero delle funzioni lese** a causa di eventi patogeni o lesionali attraverso attività riabilitative, e una **prevenzione delle menomazioni secondarie**. Ha anche la funzione di valutare l'uso appropriato delle risorse e delle tecnologie organizzative, e di **sviluppare strumenti di informatizzazione della rete**. Inoltre, supporta la Direzione Generale nel programmare e realizzare una **realtà clinica, organizzativa e gestionale fatta da una rete di servizi e percorsi**, attraverso più collaborazioni e la partecipazione di diverse strutture di altri Dipartimenti e Aziende (*Piano di organizzazione dell'A.S.L. TO3*, 2022).

Assistenza Residenziale

Il SSN garantisce infine **servizi sanitari e socio-assistenziali di carattere residenziale, per i soggetti non autosufficienti che non possono curarsi al domicilio**, per mancanza di un alloggio adeguato, di persone (familiari, amici o assistenti a pagamento) che li supportino e soddisfino le necessità quotidiane – dalla somministrazione dei pasti e alle pulizie personali, incluso l'aiuto nella mobilità, la gestione della casa e l'acquisto di medicine o beni indispensabili. Pertanto, hanno il diritto di scegliere le strutture residenziali extra ospedaliere, pubbliche o private accreditate con il SSN, normalmente **nel territorio della regione di residenza e su autorizzazione dell'ASL**. Queste strutture, che possono essere residenze per anziani e disabili, centri diurni, case-famiglia e comunità terapeutiche, hanno denominazioni che variano tra regioni italiane (*Assistenza residenziale*, n.d; *Assistenza sociosanitaria*, n.d.).

Offrono ai pazienti l'assistenza di cui hanno bisogno, compresa la fornitura di presidi e ausili come farmaci, pannoloni, medicazioni, e simili, assicurando **tre livelli diversi di intensità assistenziale rispetto alla complessità dei problemi sanitari dei pazienti**:

- intensiva (per i cittadini dimessi dall'ospedale);
- estensiva (per chi richiede una continuità assistenziale);
- di lungo-assistenza e mantenimento dello stato di salute (per le situazioni stabili che però, per difficoltà familiari e/o sociali, non possono essere trattate a domicilio).

Infatti, le persone ospitate possono avere **condizioni diverse**:

- molto critiche, in stato di coma, di responsività limitata, oppure di bisogno sia di supporto alle funzioni vitali (respiratore, nutrizione artificiale, ecc.), che di specialisti adeguati e di infermieri h24;
- discrete con il bisogno di visita periodica del medico di medicina generale, somministrazione di farmaci, assistenza di operatori socio-sanitari e vigilanza notturna;
- situazioni intermedie, oppure in corso di miglioramento e peggioramento.

Dunque, a seconda dei casi può essere previsto:

- ricovero di sollievo;
- inserimento in struttura residenziale per progetto temporaneo in continuità assistenziale in dimissione dai presidi ospedalieri;
- inserimento temporaneo residenziale in nucleo Alzheimer;
- inserimento definitivo in struttura residenziale in relazione all'intensità assistenziale (bassa-media-alta intensità);
- inserimento in nuclei specifici per progetti di persone ad alta complessità assistenziale.

Cure Domiciliari

Distretto Area Metropolitana Centro

Il SSN e l'ASL TO3 assicura le cure domiciliari sociosanitarie, grazie ai Distretti, coordinati dalla relativa Struttura Semplice del Distretto Area Metropolitana Centro. Si gestiscono le **prestazioni mediche, riabilitative, infermieristiche e assistenziali, svolte direttamente a casa dei pazienti non autosufficienti o in condizioni di fragilità** per particolari condizioni cliniche, come malattie croniche o disabilità, che non possono recarsi presso l'ambulatorio del proprio medico. Pertanto, per **evitare il più possibile di dover ricorrere a ricoveri** ospedalieri o residenziali, ci si impegna per **migliorare la permanenza della persona nel proprio ambiente abituale di vita**. L'ASL a cui si fa richiesta per attivare questo servizio – a spese in parte del SSN e del Comune e in un'altra del paziente sulla base del proprio ISEE – prevede delle cure domiciliari di livello base, se il bisogno di prestazioni professionali è di bassa complessità e frequenza, altrimenti si procede con la valutazione multidimensionale. Ad **applicare il PAI o il PRI ci pensa l'équipe multidisciplinare** della ASL integrando accertamenti diagnostici, fornitura dei farmaci e dei dispositivi medici, supervisione dell'assunzione della terapia farmacologica, aiuto infermieristico e nella deambulazione, cura e igiene della persona (*Cure domiciliari*, n.d.).

Gli interventi domiciliari possono comprendere **anche aiuti economici** a favore della domiciliarità, **affidamento extrafamiliari** e interventi finalizzati all'**inserimento in strutture semi-residenziali**, i cosiddetti centri diurni. (*Anziani*, 2020)

Inoltre, esistono **diverse tipologie di cure domiciliari**, in base a complessità, bisogni e intensità assistenziale (*Assistenza a domicilio*, 2020):

- **Assistenza domiciliare integrata (A.D.I.)**: cure sanitarie e visite del MMG e di medici specialisti, per malati con patologie gravi e terminali, secondo un piano concordato, in cui è indispensabile la collaborazione dei familiari e caregiver;
- **Assistenza domiciliare programmata (A.D.P.)**: si tratta di visite programmate del medico di famiglia per i pazienti non deambulanti per via di patologie croniche o invalidanti;
- **Lungo Assistenza Socio Sanitaria (L.A.)**: rivolta a pazienti con problematiche sanitarie croniche a rilievo sociale, dove l'assistenza sanitaria e sociale non sono distinguibili ed è offerta da medici, infermieri e OSS (Operatore Socio Sanitario) secondo un piano concordato con gli Enti Gestori dei Servizi Sociali di zona;
- **Assistenza domiciliare infermieristica (S.I.D.)**: i pazienti che hanno limitazioni fisiche o ambientali ricevono prestazioni infermieristiche, come medicazioni e terapie iniettive, al proprio domicilio;
- **Prestazioni infermieristiche estemporanee (P.I.E.)**: i soggetti che non hanno una presa in carico continuativa ricevono prestazioni occasionali, ad esempio il prelievo ematico e l'addestramento familiare.

Cure Palliative
Distretto Pinerolese

In seguito alla valutazione multi-dimensionale e alla definizione del PAI, possono essere anche previste le cure palliative, integrate agli interventi sociali erogati dal Comune, garantendo, durante tutte le fasi della malattia, delle risposte adeguate utili tanto al paziente quanto al nucleo familiare.

A livello distrettuale, infatti, sono erogate le **cure palliative domiciliari o residenziali per i pazienti oncologici o cronico-degenerativi**, di cui si è riscontrata l'evoluzione inarrestabile della malattia, oppure l'inesistenza o inappropriatezza di terapie che possano stabilizzare il quadro clinico o prolungare la vita del malato. Quando il paziente **non può essere assistito al domicilio** – a causa di un peggioramento delle condizioni cliniche, o per mancanza del caregiver o per inidoneità dell'abitazione –, viene **accolto temporaneamente o definitivamente nelle strutture residenziali (Hospice)**. In entrambi i casi, un'equipe multidisciplinare composta da MMG o PLS sono integrati con medico palliativista, infermiere e OSS. Insieme prestano servizi professionali "di tipo medico, infermieristico, riabilitativo e psicologico, accertamenti diagnostici, fornitura di farmaci, dispositivi medici e preparati per nutrizione artificiale, aiuto infermieristico, assistenza tutelare professionale" e supporto sociale, spirituale ed emotivo.

Vanno però **distinte le cure palliative di base da quelle specialistiche**. Per quelle specialistiche è necessario che l'équipe multidisciplinare abbia un elevato livello di competenza a livello palliativo, essendo rivolte a pazienti con bisogni complessi, instabilità clinica e sintomi di difficile controllo, che necessitano quindi di continuità assistenziale, e di disponibilità medica e infermieristica sulle 24 ore. Per le altre, invece, è sufficiente una buona conoscenza di base delle cure palliative da parte dei medici e degli infermieri, affiancata da un'adeguata comunicazione e collaborazione con il malato e la sua famiglia (*Assistenza a persone in fase terminale della vita*, n.d.).

Nel caso dell'ASL TO3, al Distretto Pinerolese è assegnata la Struttura che coordina le Cure Palliative, le quali vengono **fornite in parte dall'ASL ed in parte da ONLUS convenzionate** con l'Azienda. Secondo quanto dichiarato nel Piano di Organizzazione dell'ASL TO3, è infatti importante la rete integrata di Strutture (MMG, Assistenza Domiciliare, Strutture Ospedaliere, Consorzi Socio-Assistenziali ed Enti gestori, volontariato ed enti no profit) e servizi sul territorio, i quali comprendono l'attività ambulatoriale, la domiciliarità, e la residenzialità (*Piano di organizzazione dell'A.S.L. TO3*, 2022; *Cure palliative*, 2020).

Altri servizi assistenziali

I servizi di telemedicina

L'ASL TO3 sta provvedendo a **integrare i servizi sopra descritti attraverso l'uso della tecnologia e del digitale** per andare incontro ai bisogni della popolazione. Si parla per l'appunto di **telemedicina**, in altri casi denominata anche Telehealth, Mhealth oppure Ehealth.

Sono incluse diverse attività organizzate dall'azienda sanitaria, grazie anche al supporto dei sindaci dei Comuni nel territorio di competenza aziendale, affinché siano **realizzate le reti e la connettività sul territorio**, soprattutto considerando le difficoltà per l'ASL di mettersi in contatto con i cittadini nelle aree prevalentemente montane.

Secondo il piano aziendale di telemedicina, **le aree di azione principali sono quattro**: televisita, telemonitoraggio, teleconsulto e teleassistenza (*Intervista ai referenti dell'ASL TO3*).

Rientrano nella telemedicina anche la **telerefertazione** (refertazione a distanza) e **telesalute** (attività di telemedicina rivolte a persone sane) (*Telemedicina*, 2021).

Al momento il **progetto di telemedicina dell'ASL TO3 è stato attivato**, ma in particolar modo è **in corso la sperimentazione e lo sviluppo** del servizio di **televisita** per alcuni pazienti individuati dai medici, perché risulta la più facile da strutturare da cui cominciare. In questo contesto, il professionista può interagire in tempo reale con il paziente, eventualmente con il supporto di un caregiver. Inoltre, la presenza di un operatore sanitario nelle vicinanze del paziente può facilitare la comunicazione tra il medico e il paziente, offrendo supporto quando necessario.

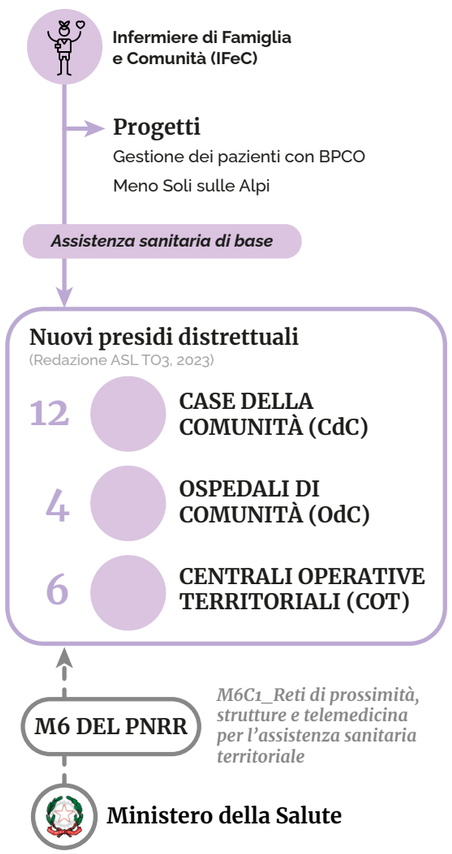
Il **telemonitoraggio**, invece, indica le attività a distanza finalizzate al monitoraggio continuo delle condizioni del paziente. Queste attività coinvolgono la programmazione di rilevazioni regolari di parametri clinici, utilizzando appositi dispositivi medici, come termometri e altri strumenti specifici, che vengono resi disponibili ai cittadini.

Sono invece già in campo alcuni esperimenti dell'ASL sulla **teleassistenza** in cui il paziente e/o il caregiver interagisce a distanza con il professionista, principalmente infermiere, fisioterapista o logopedista. Alcuni esempi di servizi attivi sono relativi alla radiologia domiciliare, all'assistenza psichiatrica e psicologica, alla teleriabilitazione, e alla rieducazione funzionale territoriale. Sono attività che sono state incentivate soprattutto nel 2020 e 2021, in concomitanza con la diffusione del Covid-19. Sono tutte attività ascrivibili in questo termine perché sono in sostanza prestazione erogate da remoto come se il paziente e il professionista si trovassero nello stesso luogo, nonostante non siano nello stesso studio medico, anzi il paziente è a casa propria o in una struttura residenziale.

Infine, il **teleconsulto** riguarda i momenti in cui si può dialogare con uno o più medici, nel cosiddetto teleconsulto medico, oppure con due o più professionisti sanitari non medici ma specializzati per le circostanze specifiche, nella teleconsulenza medico-sanitaria.

Il ruolo dell'Infermiere di Famiglia e di Comunità (IFeC)

Dal confronto con i dottori di riferimento dell'ASL TO3, è emerso anche **l'importante ruolo assunto dall'Infermiere di Famiglia e di Comunità (IFeC) per la medicina di iniziativa e la proattività del sistema**, così importante specie per le patologie croniche. Questa figura professionale opera nella Transitional Care, vale a dire tutte le **cure riferite a quelle persone che transitano tra diversi servizi**. Dunque, l'infermiere si muove verso **uno o più gruppi di pazienti**, specialmente i più fragili e cronici **che vivono il cosiddetto nomadismo sanitario**. Il suo intervento è teso a invertire la polarizzazione del percorso di una medicina di attesa, dove invece c'è prima una domanda e poi un'offerta di salute, e un medico e un servizio che attendono quindi il paziente *(Intervista ai referenti dell'ASL TO3)*.



Pazienti affetti da BPCO

L'ASL TO3 da diversi anni ha attivato un **servizio infermieristico per i pazienti affetti da broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO)**. L'infermiere si muove quindi verso i pazienti che ne soffrono, selezionati attraverso le informazioni sui flussi sanitari in corso (schede di dimissione, prescrizioni farmacologiche, richieste di esenzioni), **per monitorare il loro stato, intervenire, informare ed educare** *(Intervista ai referenti dell'ASL TO3)*. La gestione dei pazienti BPCO a cura degli IFeC, all'interno del progetto "**Co.N.S.E.N.So. - Community Nurse Supporting Elderly in a changing Society**", è una declinazione del modello sperimentato nei comuni nelle aree isolate rurali e montane del Cuneese dall'ASL CN1, che prevede l'offerta di visite domiciliari e la creazione di ambulatori della salute per le persone over65 e in condizione di cronicità. L'approccio è stato successivamente adottato in diverse realtà del Piemonte, adattandolo alle specifiche esigenze e necessità di ciascun territorio, in particolar modo **per le situazioni di fragilità delle fasce più deboli**. Nell'Asl TO3 la declinazione si è focalizzata sulla gestione integrata e proattiva delle malattie croniche da parte dell'IFeC. Il programma ha quindi coinvolto **soggetti ultra 60enni residenti nei comuni di Collegno e Grugliasco**, affetti da BPCO. L'iniziativa è partita in un unico Distretto sanitario, al suo inizio, da metà 2015 alla fine del 2016, coinvolgendo 335 pazienti. Considerandone i **risultati positivi ottenuti** sulla riduzione dell'uso dei servizi sanitari, sulla modifica dei fattori di rischio comportamentali e sul migliore rapporto costi-benefici, l'azienda è stata incoraggiata ad estendere il programma sul territorio. Si è rivelato un **servizio di cure primarie proattivo fattibile ed efficace**, grazie ad **interventi personalizzati, che garantiscono, coinvolgimento, supporto e rinforzo motivazionale** (*Infermiere di comunità*, 2017; Ranzani et al., 2021).

Meno Soli sulle Alpi

Dal novembre 2019 al dicembre 2020, **l'ASL TO3 ha collaborato al progetto** denominato "Meno soli sulle Alpi", iniziativa avviata nell'inverno 2013 dall'Amministrazione del Comune di Sestriere.

L'obiettivo del progetto è la creazione di un "punto salute" dove accedere a **servizi sanitari non emergenziali basati sulla telemedicina e sul telemonitoraggio**. Questi sono gestiti dall'IFeC che identifica la presenza di situazioni con disagio nella popolazione del territorio dell'Alta Val di Susa, mirando a **contrastare la marginalizzazione sociale delle comunità montane**, specialmente per l'accesso limitato ai centri ospedalieri in pianura. Il servizio propone ai cittadini **cure socio-assistenziali a distanza**, tra cui **attività di promozione e prevenzione della salute**, empowerment, educazione terapeutica e monitoraggio remoto dello stato di salute, integrati con consulenze specialistiche. Inoltre, è convenzionato per i residenti a Sestriere (a pagamento per i non residenti) e offre diverse modalità, comprese **televisite, teleconsulto e sperimentazioni in teleassistenza** per anziani soli, monitorando le loro abitudini quotidiane per interventi tempestivi in caso di necessità. Il progetto ha raccolto nel tempo importanti premi e consensi, tra cui la nomina come migliore **progetto innovativo e sostenibile** nel 2018 in ambito di Salute e Welfare. Pertanto, la sperimentazione del progetto è stata estesa all'intera popolazione residente nei Comuni dell'Unione Montana Comuni Olimpici Via Lattea, con l'obiettivo di offrire un servizio innovativo e garantire la sostenibilità futura del progetto (*Sestriere*, 2018; *Meno Soli sulle Alpi*, 2018; Romano, 2019).

Nel PNRR

Tra l'altro, l'IFeC assume **compiti preventivi e di presa in carico della comunità anche nei nuovi presidi distrettuali**, previsti per rimodellare l'assistenza territoriale.

Nel Decreto n. 77 del Ministero della Salute del 2022, gli IFeC sono definiti come "le figure basilari per potenziare le cure domiciliari" che si dedicano "alla gestione proattiva della salute (…) rispondendo ai bisogni di salute della popolazione di uno specifico ambito territoriale e comunitario di riferimento, favorendo l'integrazione sanitaria e sociale dei servizi" (Agenas, 2022).

Oggi quindi si sta lavorando specialmente nell'attuazione del DM 77/2022 secondo il PNRR e le linee di investimento relative alla **Missione 6 sulla Salute**. Queste riguardano l'introduzione di **nuovi contesti assistenziali per la popolazione**, corrispondenti alle Centrali Operative Territoriali (COT), alle Case della Comunità (CdC) e agli Ospedali di Comunità (OdC).

Secondo gli ultimi aggiornamenti di fine dicembre 2023 (Redazione ASL TO3, 2023), nell'ASL TO3 **si sta procedendo alla collocazione di questi servizi sul territorio**. Sono operative tutte le sei COT, tra cui una situata presso l'Ospedale di Susa e le altre cinque corrispondenti a ogni Distretto dell'ASL. Invece, sono stati firmati tutti i contratti con le ditte per la progettazione e realizzazione dei lavori di CdC e OdC. Infine, dei quattro OdC previsti a Giaveno, Pomaretto, Torre Pellice e Venaria, i primi due hanno già avviato i cantieri.

5.4 | *La rete interaziendale*

Attraverso la rete interaziendale, l'assistenza primaria e specialistica è assicurata tramite una combinazione di servizi, attività e trattamenti forniti direttamente dall'A.S.L. o dagli ospedali pubblici con cui collabora (A.O. e A.O.U.), nonché da soggetti terzi, che comprendono gli IRCCS e le strutture private accreditate, a cui solitamente viene delegata l'assistenza specialistica con un maggiore grado di complessità clinica e tecnologica (*Piano di organizzazione dell'A.S.L. TO3*, 2022).

La rete per le prestazioni sanitarie

L'Azienda Sanitaria Locale TO3 si impegna a **tutelare la salute dei cittadini** che usufruiscono dei servizi aziendali, e a **rispettare le relazioni con i portatori di interesse**. Infatti, per realizzare la sua Mission **può contare su un'ampia rete** composta da altri soggetti pubblici e privati, il volontariato, le istituzioni territoriali, le parti sociali, con cui opera sul territorio e partecipa nella definizione delle scelte e nella valutazione dei risultati. Nell'area di competenza dell'ASL sono quindi **distribuite le strutture aziendali e le sedi operative**, tenendo conto delle necessità organizzative, dei bisogni sanitari e sociali della popolazione di riferimento, e della sicurezza degli interventi sanitari, nel rispetto della normativa vigente, dei principi di economicità e della sostenibilità del sistema sanitario regionale (*La carta dei servizi dell'ASL TO3*, 2023).

Le collaborazioni interaziendali

Assistenza ospedaliera

A.O.U. San Luigi Gonzaga di Orbassano

L'A.O.U. San Luigi Gonzaga di Orbassano, come è stato già accennato, è una parte fondamentale per i servizi offerti dall'ASL TO3 e per il suo territorio. Sono infatti **in collaborazione su numerosi progetti** avviati che integrano ad esempio attività nel campo dell'Emodinamica. Sono stati inoltre **creati Dipartimenti Interaziendali** di Salute Mentale e di Continuità Assistenziale, garantendo i percorsi tra le varie strutture. Tuttavia, altre forme di collaborazione sanitaria riguardano l'Oncologia, l'Anatomia Patologica e il Servizio Trasfusionale, ma non mancano quelle amministrative. Infine, l'Ospedale è sede del Centro Regionale Sclerosi Multipla (CRESM) (Piano di organizzazione dell'A.S.L. TO3, 2022; *Piano Triennale della Performance*, 2021).

Oltre alla funzione sanitaria e assistenziale in risposta alla domanda di salute, la missione dell'AOU è includervi anche quella formativa sanitaria in Piemonte, attraverso alcuni Corsi di Laurea, e quella di ricerca in campo biomedico, per lo sviluppo, la sperimentazione e la rapida applicazione di procedure diagnostiche e terapeutiche innovative (*Mission Ospedale San Luigi*, n.d.).

A.O. Mauriziano di Torino

Una collaborazione interaziendale coinvolge anche la Struttura Complessa di Fisica Sanitaria dell'A.O. Ordine Mauriziano di Torino, impegnata nel proteggere gli operatori e la popolazione dai **pericoli dovuti a sostanze radioattive oppure a macchine radiogene** (Piano di organizzazione dell'A.S.L. TO3, 2022).

2 Aziende Ospedaliere (AO e AOU)

- AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA SAN LUIGI GONZAGA (ORBASSANO)
- AZIENDA OSPEDALIERA ORDINE MAURIZIANO DI TORINO

Le strutture e i servizi convenzionati e accreditati

Le strutture private convenzionate con l'ASL TO3 si possono distinguere tra quelle dedicate all'offerta di servizi di assistenza distrettuale, da quelle occupate nell'assistenza sociosanitaria.

Assistenza distrettuale

In particolare, per l'assistenza specialistica e diagnostica ambulatoriale, l'ASL fa riferimento ad alcune **Cliniche e Ambulatori accreditati**, di cui sono riportati i nomi per quelle individuate nel 2023. Inoltre, anche se in assenza di un elenco di nomi, altri servizi distrettuali, tra cui quelli di assistenza farmaceutica, protesica e per la salute mentale, sono assicurati da **diverse strutture convenzionate, cooperative e da studi medici**, in cui i medici svolgono attività libero-professionale intramuraria.

Assistenza socio-sanitaria

Ci sono anche **diversi servizi socio-sanitari acquistati in strutture accreditate**, come Casa di Cura, Hospice, Centro Diurno e Residenza Sanitaria Assistenziale.

4 Cliniche
(Elenco contratti privato accreditato anno 2022/2023, n.d.)

- CLINICA FORNACA DI SESSANT
- CLINICA PRIVATA SEDES SAPIENTIAE
- CLINICA PINNA PINTOR
- GRUPPO VILLA MARIA (GVM)- CLINICA SANTA CATERINA DA SIENA

6 Ambulatori accreditati
(Elenco contratti privato accreditato anno 2022/2023, n.d.)

- CDC di Rivoli
- CELLINI di Rivoli
- PUNTO DE.GA. di Rivoli
- STUDIO MEDICO FISIOTERAPICO di Avigliana
- CFT KINETOS di Orbassano
- I.R.M. di Pianezza

6 Casa di cura
(Elenco contratti privato accreditato anno 2022/2023, n.d.)

- VILLA PAPA GIOVANNI XXIII di Pianezza
- VILLA IRIS di Pianezza
- MADONNA DEI BOSCHI di Buttigliera Alta
- VILLE AUGUSTA di Bruino
- VILLA SERENA di Piossasco
- VILLA PATRIZIA di Piossasco

1 Hospice
(Piano di organizzazione dell'A.S.L. TO3, 2022)

- SL HOSPICE ANEMOS Fondazione Luce per la Vita Onlus

47 Residenze sanitarie assistenziali (RSA)
(MMG Elenco Strutture RSA - Bando, n.d.)

Distretto Area Metropolitana Centro: 7
Distretto Area Metropolitana Sud: 10
Distretto Val di Susa – Val Sangone: 14
Distretto Area Metropolitana Nord: 4
Distretto Pinerolese: 12

4 Centro Diurno (CD)
(La carta dei servizi dell'ASL TO3, 2023; Elenco contratti privato accreditato anno 2022/2023, n.d.)

- Centro diurno integrato
- Centro diurno Alzheimer
- MISTRAL rivolto ad utenti in carico alla S.C. Ser.D. di Pinerolo
- PEGASO per disabili adulti per 36 mesi sito in Vigone

Gli enti per le politiche pubbliche e l'assistenza sociale

Nel settore sanitario, oltre ai servizi sanitari organizzati, pubblici e privati, sono incluse **le politiche e le attività** del Ministero della Salute, del Servizio Sanitario Nazionale, dell'Istituto Superiore di Sanità, della Regione Piemonte e dei Comuni con le Amministrazioni locali e gli Assessorati.

Il loro compito principale è ovviamente quello di **definire le normative e le strategie operative, e di gestire i finanziamenti e i fondi**, nei diversi settori, tra cui quello sanitario. L'ASL in particolare, **riceve le indicazioni** su quanto è stato previsto e, attraverso la propria **Area Sindaci, periodicamente riporta aggiornamenti** sul suo operato nel territorio.

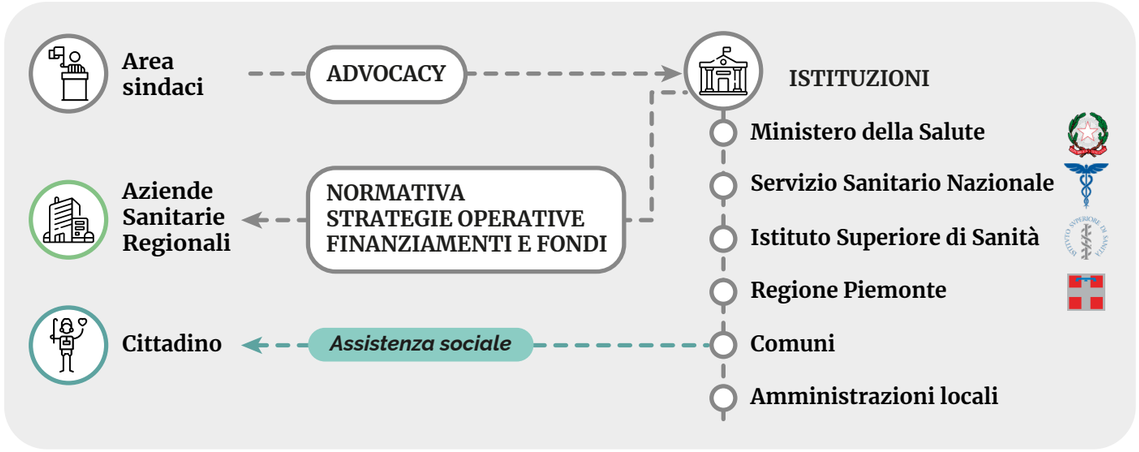
Soffermandosi per il momento sulle politiche pubbliche, è fondamentale considerare la responsabilità dei decisori nella loro definizione, dato **l'impatto che possono determinare sulla salute e sulle conduzioni di vita delle persone**. Con esse si deve, piuttosto, agevolare un ambiente di supporto, che renda possibile o più facile seguire stili di vita più salutari. Si dovrebbe inoltre assicurare una maggiore equità in sanità per il presente e il futuro, secondo uno sviluppo sostenibile. È essenziale che la salute sia considerata una priorità nell'agenda politica a livello trasversale, coinvolgendo tutti i settori e i diversi livelli di governo.

Allo stesso tempo sono da prevedere **investimenti per la salute**, intesi come strategie in grado di ottimizzare e riorientare l'impiego di risorse per l'erogazione e l'utilizzo dei servizi sanitari, provenienti da enti pubblici e privati, ma anche da individui e gruppi di persone. Inoltre, i risultati delle politiche devono essere misurati, rendicontati e comunicati in modo comprensibile a tutta la società.

Pertanto, tutti i decisori del settore hanno una **responsabilità sociale per la salute** nelle politiche e nelle pratiche, quindi dovrebbero non solo evitare di recare danno alla salute dei cittadini, ma anche impegnarsi nella **salvaguardia dell'ambiente e nell'uso delle risorse in maniera sostenibile e responsabile**. Devono, inoltre, adoperarsi a ridurre la produzione e la distribuzione di prodotti e sostanze nocive, oltre che a contrastare le campagne di marketing non salutari, poiché tali azioni influiscono negativamente sul benessere individuale.

A questo proposito, **il personale sanitario ha un ruolo strategico** perché, oltre a rispondere ai bisogni individuali, può influenzare le politiche e i programmi per un migliore impatto sulla comunità, **attraverso attività di advocacy** in modalità diverse (Barbera & Tortone, 2012).

Le istituzioni pubbliche hanno anche un importante ruolo di **sostegno sociale ed economico** verso gli individui della comunità, che si trovano in situazioni di eventi avversi e di difficoltà, offrendo loro risorse concrete, come materiali e servizi. Sono rivolte a coloro che, a causa di bassi redditi, problematiche sociali o perdita di autonomia, si trovano in situazioni di bisogno, disabilità, e di difficoltà personali e/o familiari. Quindi, per evitare che si generi un contesto di disparità economiche e sociali e di isolamento all'interno della società, si interviene con l'**assistenza sociale**, la quale comprende la fornitura di servizi e prestazioni economiche, escluse quelle previdenziali e sanitarie. Alla loro gestione e offerta possono contribuire, oltre a soggetti pubblici, operatori del comune, operatori socioassistenziali, assistenti sociali e assistenti familiari, anche gli organismi e le organizzazioni private non lucrative di volontariato («Assistenza e servizi sociali», n.d.).



Scuole e università per la promozione della salute

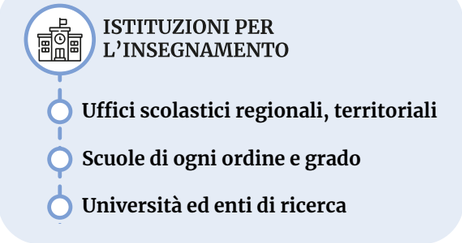
Un'altra componente di questa rete interaziendale dell'ASL TO3 è costituita dalle **istituzioni per l'insegnamento**, intendendo quindi uffici scolastici regionali e territoriali, scuole di ogni ordine e grado, università ed enti di ricerca. Tutte queste realtà possono diventare **promotrici di salute**: infatti, secondo quanto viene proposto dal Global School Health Iniziative dell'OMS, potrebbero rappresentare **ambienti sani** "in cui vivere, imparare e lavorare".

Coinvolgendo diverse figure quali dirigenti, studenti, insegnanti e famiglie, si possono introdurre **piani scolastici e programmi incentrati su educazione e promozione della salute**, migliorandola per ogni membro della comunità scolastica.

In aggiunta, una scuola che promuove la salute **coopera con i leader della comunità**, aiutandoli a identificare come la comunità stessa possa aiutare nella salute e nell'istruzione, creando reti internazionali, nazionali e locali con altre scuole impegnate nella stessa direzione, con l'obiettivo di **sviluppare insieme le competenze necessarie alla promozione della salute nelle scuole** (Barbera & Tortone, 2012).

Ad esempio, nel progetto Muovinsieme, finanziato dal CCM (Centro nazionale per la prevenzione e il Controllo delle Malattie) e sostenuto dalla formazione offerta dal Dors, sono coinvolte più regioni e diversi attori, tra cui il settore sanitario, l'istruzione, i soggetti della pianificazione urbanistica e dell'ambiente, le amministrazioni locali e le comunità. Con un **approccio One Health**, promosso dall'OMS, si è migliorata la salute fisica e mentale dei bambini mediante iniziative che incentivano l'attività all'aperto e nuovi metodi innovativi di apprendimento, riconoscendo quanto sia importante **il rapporto e l'interdipendenza tra il benessere e l'ambiente in cui si vive** (*Muovinsieme*, n.d.).

Infine, va detto che l'ASL, attraverso i **programmi di prevenzione** a cui aderisce, prevede l'intervento **nelle scuole** di personale dedicato che faccia informazione, ad esempio sul comportamento tabagico e i problemi legati alle dipendenze.



Il supporto del terzo settore

Ai servizi sociosanitari contribuiscono, in particolar modo, gli Enti del Terzo Settore (ETS) attivi per **finalità civiche, solidaristiche e di utilità sociale**. Si distinguono perciò rispetto al primo settore, riferito alla pubblica amministrazione e allo Stato, e al secondo, riguardante il mercato e le imprese con lo scopo di trarre un profitto economico. Si tratta di enti privati che agiscono **senza scopo di lucro** e si dedicano alla promozione e alla realizzazione di **attività di vario genere**, mediante il volontariato, donazioni di denaro, beni o servizi gratuiti, mutua assistenza o produzione e scambio di beni e servizi. Queste attività possono includere servizi socio-sanitari, ricerca scientifica di rilevante interesse sociale, gestione di eventi culturali, istruzione, formazione professionale, promozione dei diritti umani e sociali, e altro ancora. Le categorie non profit iscritte nel Registro Unico Nazionale del Terzo Settore (RUNTS) comprendono organizzazioni di volontariato, associazioni di promozione sociale, enti filantropici, imprese sociali (incluse cooperative sociali), reti associative, società di mutuo soccorso, associazioni riconosciute o non riconosciute, fondazioni e altri enti privati. I progetti e le iniziative portate avanti sono di interesse generale, perché oltre ad aiutare le persone svantaggiate, **rispondono ai bisogni di tutta la società**, portando benefici a molte categorie di soggetti. Tuttavia, per poterle conseguire è **fondamentale il sostegno dei donatori e i loro contribuiti economici o di altro tipo** (*Terzo settore*, n.d.).

Enti filantropici

Un ente filantropico è un'associazione riconosciuta o una fondazione che eroga denaro, beni e servizi a diretto **beneficio di persone svantaggiate** o a sostegno delle attività di interesse generale. Non sono stati individuati nomi specifici di enti di questo tipo che si relazionano con le attività dell'ASL, ma sono **importanti stakeholder per l'assistenza alla comunità**.

Associazioni dei pazienti

I pazienti legati a patologie specifiche o a categorie fragili, come bambini e donne vittime di violenza, formano delle associazioni (esempio Svolta Donna) per **un sostegno emotivo e uno scambio di esperienze reciproco** *(Intervista ai referenti dell'ASL TO3)*.

Associazioni dei genitori

In alcuni casi, le associazioni sono formate da genitori, soprattutto di bambini con specifiche patologie, che portano e condividono le proprie esperienze e spesso organizzano o partecipano a **raccolte fondi per il supporto e la cura di alcuni gruppi della popolazione** *(Intervista ai referenti dell'ASL TO3)*.

Organizzazioni di volontariato (ODV)

Molti volontari prestano **servizio nelle strutture sanitarie**, ad esempio fornendo indicazioni dentro agli ospedali, accompagnamento ai pazienti nei reparti, oppure aiuto nel pagamento al punto giallo e blu *(Intervista ai referenti dell'ASL TO3)*.

Imprese Sociali e Cooperative Sociali

Un'Impresa Sociale può svolgere solo le attività di interesse generale previste dalla legge, come interventi e servizi sociali o sanitari, prestazioni socio-sanitarie, attività di educazione e di ricerca scientifica di particolare interesse sociale. Le Cooperative Sociali sono tra gli enti privati e le società che possono ricevere questa qualifica. Le Cooperative che ad oggi risultano rilevanti per l'ASL TO3, in quanto si sono **aggiudicate la realizzazione e la gestione di alcuni progetti e servizi** per il 2023, e spesso anche negli anni precedenti, sono le seguenti («Imprese Sociali», n.d.; *Portale gare d'appalto*, n.d.).

Gruppi di aiuto e Auto Mutuo Aiuto

L'ASL TO3 in modo complementare ai suoi servizi (S.S. Servizio Sociale, Dipartimento Interaziendale di Salute Mentale, Dipartimento Patologie delle Dipendenze, S.S. Promozione della salute, Direttori di Distretto, DIPSA), collabora con gli enti che si occupano della gestione dei servizi sociali e con le associazioni locali. Si crea una **rete sociale di sostegno tramite i gruppi** A.M.A. (Auto Mutuo Aiuto), i C.A.T. (Club Alcologici Territoriali), i gruppi A.A. (Gruppi Alcolisti Anonimi), gli Al-Anon e Alateen (persone colpite dall'alcolismo di un'altra persona) (*Gruppi di aiuto*, 2020).

L'azienda ha una **convenzione con l'Associazione AMA di Pinerolo**, per far usufruire ai suoi pazienti dei diversi gruppi di sostegno, ossia i gruppi di Auto Muto Aiuto. È un modo per **far incontrare**

persone con simili esperienze o disagi, sia che si tratti di **pazienti in difficoltà** (non autonomi a causa di gravi problemi sanitari, di demenza o per altri disturbi), **sia dei familiari impegnati ad assisterli quotidianamente**. Fornisce anche la formazione ad altre persone che voglio diventare facilitatori di Gruppi AMA, trasmettendo le proprie competenze nell'ambito. I gruppi attivi ad oggi sono numerosi e sono rivolti a diversi soggetti con necessità e trascorsi diversi, tra cui soggetti fragili e familiari che si occupano di assistere persone non autosufficienti o sono vicine a persone affette da demenza e Alzheimer. Essi **coprono varie aree**, tra cui malattie, situazioni di separazione, dipendenze affettive, disturbi nell'alimentazione, problemi legati alle emozioni, depressione e ansia, tra altre.

Durante gli incontri dei gruppi si promuove la condivisione di storie di vita e delle difficoltà e anche il coinvolgimento individuale, in un **ambiente pronto all'ascolto, al rispetto reciproco e alla comunicazione**. L'obiettivo è incoraggiare l'assunzione di responsabilità da parte dei singoli partecipanti, il sostegno emotivo reciproco, lo scambio di informazioni, il confronto su come affrontare i propri problemi, e lo sviluppo delle potenzialità positive di ciascuno. Rappresentano anche un'occasione per i familiari di scoperta di nuove strategie da adottare per superare le sensazioni di impreparazione, isolazione, e destabilizzazione dovute ad ansia, preoccupazione e impotenza. In generale, senza sostituirsi alle cure psichiatriche tradizionali, possono rappresentare una **risorsa efficace per migliorare la salute e la qualità di vita** dei pazienti, ponendosi come parte importante nella rete di sostegno sociale (*AMA Pinerolo*, n.d.; *I Gruppi AMA*, n.d.).

Associazioni di promozione sociale

Tra le Associazioni di Promozione Sociale (APS), è **rilevante la funzione di La Bottega Del Possibile**, fondata nel 1994 a Torre Pellice (nel Distretto del Pinerolese dell'ASL TO3) da Mariena Galetti, chiamata "la signora della domiciliarità" per aver **sviluppato, diffuso e sperimentato la cultura della "domicilitiarità"** attraverso iniziative di sostegno sociale. Ad oggi, proseguono le **attività di promozione sociale e culturale, i corsi di formazione e i seminari**, ormai estesi a livello nazionale, fuori dalla valle che è stata per diverso tempo esempio di sostegno per i poveri, gli anziani, gli operai e le loro famiglie.

L'associazione conta alcune centinaia di soci e numerosi progetti, tra cui quelli elaborati congiuntamente dal 2019 con l'ASL TO3 su convenzione, riguardanti **interventi, attività ed eventi formativi nel campo della domiciliarità** per la salvaguardia del benessere delle persone con difficoltà, disabilità o mancanza di autosufficienza.

Inoltre, supporta gli Enti Pubblici e il Privato Sociale nella **definizione di interventi domiciliari**, contribuisce alla **formazione continua e multidisciplinare** degli studenti universitari e degli operatori sociali, e soprattutto offre sostegno ai familiari e caregiver, tramite cicli di incontri per l'individuazione di **strumenti e strategie utili nelle relazioni con la persona non autosufficiente** di cui si prendono cura (Arghittu & Perrone, 2017; La Bottega del Possibile, 2019).

Cooperativa Appaltatrice
(Portale gare d'appalto)

- COOPERATIVA ANIMAZIONE VALDOCCO ONLUS
- COOPERATIVA SOCIALE LA TESTARDA ONLUS
- ALVEARE COOPERATIVA SOCIALE ONLUS
- KCS CAREGIVER COOPERATIVA SOCIALE

Gruppi di auto mutuo aiuto

- AMA DI PINEROLO

Associazione di promozione sociale

- LA BOTTEGA DEL POSSIBILE

Gli organi di promozione della salute e del benessere

Alla base di tutto, prima ancora delle cure e della prevenzione, c'è la promozione della salute, che secondo l'OMS (1986) può essere intesa come "una risorsa che permette alle persone di **condurre una vita produttiva sul piano individuale, sociale ed economico**" o, meglio, un "processo che consente alle persone di esercitare un **maggiore controllo sulla propria salute** e di migliorarla"(WHO, 1986 citato in Barbera & Tortone, 2012, p.9).

Questa è una **funzione importante della sanità pubblica**, che avviene attraverso il rafforzamento delle risorse individuali e la creazione di ambienti dove essere al sicuro e avere la possibilità di adottare stili di vita sani (*Guadagnare Salute Piemonte*, n.d.).

I **principali organismi di promozione dell'ASL TO3** sono descritti a seguire, includendo l'impatto e la responsabilità che hanno anche in relazione ad altri stakeholder.

Servizio Sovrazonale di Epidemiologia (SEPI)

La Struttura Complessa Servizio Sovrazonale di Epidemiologia (SEPI), collocata in Staff al Direttore Sanitario, ha funzioni utili ad assistere nelle decisioni da prendere sulla salute, in base a **evidenze epidemiologiche** che tengono conto di bisogni, determinanti e rischi della popolazione. Inoltre, partecipa alla definizione di nuovi **sistemi informativi e di indagine** per le valutazioni di efficacia, impatto e qualità degli interventi di assistenza erogati. Pertanto, SEPI **raccoglie i dati sanitari** e li mette a disposizione di Regione, aziende sanitarie ed enti locali del Piemonte, oltre che del DoRS. Altri dati raccolti sono quelli **relativi a interventi, politiche e programmi** che riescono efficacemente ad evitare disuguaglianze su base nazionale e internazionale, riportati sul sito gestito dal SEPI stesso, denominato **Disuguaglianze di salute**. Fa parte della **Rete Regionale di Epidemiologia** composta da altri osservatori, che sono specializzati in malattie trasmissibili (il SEREMI), tumori (il CPO Piemonte) e ambiente (l'Arpa) (*Piano di organizzazione dell'A.S.L. TO3*, 2022; *Servizio di Epidemiologia*, n.d.; Disuguaglianze di salute, n.d.).

Centro regionale di documentazione per la promozione della salute (DoRS)

La Struttura Semplice Centro di Documentazione Regionale per la Promozione della Salute (DoRS), all'interno del SEPI, è l'unico centro con queste attività disponibile a livello regionale in Italia, istituito per volontà della Regione Piemonte e gestito da un gruppo di esperti in **documentazione, comunicazione, progettazione, formazione e valutazione**. Si impegna, infatti, nella gestione di un sistema interconnesso organizzato per aree tematiche di **esperienze di prevenzione e promozione della salute**, collaborando con diverse figure e servizi con finalità simili. I contenuti sono **utili nel programmare, gestire e valutare i programmi regionali di intervento** per la sanità pubblica e altri settori. Tra l'altro il DoRS comunica i risultati aggiornati della ricerca scientifica con **articoli scientifici e divulgativi** su evidenze scientifiche, ma anche **modelli, azioni, tecnologie, interventi e politiche** efficaci e sostenibili da prendere come buone pratiche applicabili, tramite la diffusione di report, manuali, sintesi, traduzioni o adattamenti. Infine, **si occupa della formazione** attraverso corsi e seminari, laboratori e presentazione su alcuni libri per uno scambio, una diffusione e una crescita di conoscenze e competenze dei decisori e degli operatori (*Piano di organizzazione dell'A.S.L. TO3*, 2022; *Dors*, n.d.). Supporta ed è **rivolto a chiunque sia interessato alla salute e al benessere individuale e di comunità**. In particolare, sono inclusi i portatori d'interesse, operatori e professionisti nel campo della salute, della scuola, del sociale e della cultura, nonché amministratori e decisori locali, regionali e nazionali che lavorano presso:

- Regione Piemonte e amministrazioni locali;
- Aziende sanitarie locali e ospedaliere;
- Ministero della Salute e Istituto Superiore di Sanità;
- Uffici scolastici regionali, territoriali e scuole di ogni ordine e grado;
- Università ed enti di ricerca;
- Enti del Terzo Settore.

Referenti per la promozione della salute (RePES)

I referenti per la promozione della salute (RePES) sono coloro che sono stati coinvolti in tutti i servizi sanitari delle singole regioni per lo sviluppo di una propria strategia volta a raggiungere quanto previsto dal **piano nazionale "Guadagnare Salute: Rendere facili le scelte salutari**" del 2007, riguardante principalmente le capacità di controllo e di miglioramento sulla propria salute. Al DoRS vengono affidati due progetti all'interno del programma nazionale al fine di documentare i progetti e gli interventi di prevenzione e promozione della salute e di consolidare le reti dei centri di documentazione. L'obiettivo è quello di migliorare la qualità di vita delle persone e della società e il loro benessere, agendo in modo integrato sui **quattro fattori di rischio** maggiormente responsabili della perdita di anni di vita in buona salute sia in Europa che in Italia. Pertanto, i fattori (**fumo, alcol, scorretta alimentazione e inattività fisica**) sono affrontati con **alcuni programmi dedicati, sia a livello sanitario che sociale**, al fine ultimo di prevenire e controllare le malattie cronico-degenerative di grande rilevanza epidemiologica (*Cosa è Guadagnare Salute*, n.d.; *Guadagnare Salute Piemonte*, n.d.).

Pro.Sa.

In presenza del programma nazionale sopracitato, Pro.Sa. nato per documentare le esperienze piemontesi già nel 2000 dalla collaborazione del DoRS con i RePES, viene sperimentato nel 2007 a livello sovra regionale, ed esteso nel 2011 per **monitorare e ottimizzare le attività progettuali collegate ai Piani Nazionali e Regionali di Prevenzione**. Da allora si costituisce come **banca dati online nazionale consultabile gratuitamente**, dove sono raccolti, analizzati e diffusi **progetti, interventi e buone pratiche** di prevenzione e promozione della salute in Italia, di supporto ai percorsi decisionali e progettuali di operatori sociosanitari, scolastici, del terzo settore, decisori e stakeholder. Pro.Sa. si arricchisce, negli anni a seguire, di sezioni specifiche per **politiche pubbliche** favorevoli alla salute e di interventi di promozione nelle scuole, orientati all'equità. Un progetto può essere inserito nell'area regionale di pertinenza in Pro.Sa., ma anche essere candidato come buona pratica. È quindi valutato secondo efficacia pratica, trasferibilità in contesti diversi da quello di applicazione e sostenibilità nell'essere vantaggioso per le comunità e le popolazioni, oltre l'implementazione iniziale; se risponde a questi criteri, viene evidenziato e valorizzato nelle banche dati (*Pro.Sa*, n.d.).

Centro regionale di documentazione per la promozione della salute (DoRS)

Referenti per la promozione della salute (RePES)

Banca dati di Progetti e Interventi di Prevenzione e Promozione della Salute (Pro.Sa.)

Centro di documentazione sulla psichiatria

Servizio Sovrazonale di Epidemiologia (SEPI)

"La promozione della salute è il processo che consente alle persone di esercitare un maggiore controllo sulla propria salute e di migliorarla."

(WHO, 1986 citato in Barbera & Tortone, 2012, p.9)

L'adesione ai programmi

L'Azienda Sanitaria aderisce ad alcuni programmi e progetti, e il personale li porta avanti nell'ambito delle strutture, al fine di assicurare servizi rivolti alla popolazione riguardanti la prevenzione, l'accesso e la prenotazione alle cure, e la segnalazione di eventuali problemi.

Prevenzione Serena

È un programma regionale di prevenzione per i cittadini, che le ASL, in collaborazione con le AO, prende e mette in atto. Corrisponde alla guida per l'offerta e la gestione di screening incentrati sulla prevenzione e sulla diagnosi precoce del tumore alla mammella, al collo dell'utero e al colon-retto (*Prevenzione Serena*, n.d.).

Salute Piemonte

È il servizio digitale in Piemonte di accesso per il controllo della propria cartella clinica, la prenotazione delle prestazioni, la visione dell'archivio con referti e immagini radiologiche, e la raccolta di documenti e dati che costituiscono il personale Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) (*Salute Piemonte*, n.d.).

WhistleblowingIT

È un progetto di Transparency International Italia e di Whistleblowing Solutions Impresa Sociale, nato per offrire alle Pubbliche Amministrazioni delle piattaforme informatiche gratuite per consentire all'utente di segnalare irregolarità o illeciti, in sicurezza e anonimato («WhistleblowingIT», n.d.).

Aria -La qualità dell'aria in Piemonte (Arpa)

L'Agenzia Regionale per la Protezione Ambientale (Arpa) del Piemonte è un ente pubblico che nell'ambito di previsione, prevenzione e tutela ambientale, si occupa delle funzioni di monitoraggio, supporto e consulenza tecnico-scientifica. Il suo intervento è utile alla Regione, agli Enti locali e alle Aziende Sanitarie che hanno il compito di agire attorno agli stessi temi, tra cui l'analisi della qualità dell'aria, necessaria per tutelare la salute della popolazione e la difesa degli ecosistemi (*Le nostre attività*, n.d.; *Qualità dell'aria*, n.d.).

Gli organi per la ricerca, l'innovazione e la formazione

La **ricerca e l'innovazione sono indispensabili per la migliore offerta sanitaria** di un Azienda Sanitaria, assicurandone la sicurezza, la qualità e l'aggiornamento. Con questo scopo, la Struttura Complessa **Formazione, Qualità e gestione del rischio clinico delle attività sanitarie**, collocata in staff al Direttore Generale, svolge importanti funzioni. Quelle rivolte alla **formazione continua aziendale** del personale riguardano, nel rispetto degli obblighi normativi, la promozione degli strumenti di gestione della conoscenza aziendale e il coordinamento dello sviluppo dei sistemi informativi e di accreditamento, tramite la funzione di Provider ECM (Educazione Continua in Medicina) regionale. Per il **controllo della qualità**, invece, è predisposto un Manuale di Qualità e la Struttura sovraintende alle attività di verifica a livello aziendale. Infine, coordina le iniziative di diverse Strutture aziendali incentrate sulla **gestione del rischio clinico**, comprendendo l'elaborazione di documenti necessari a prevenirlo e a gestire gli eventi avversi. Inoltre, interviene nel **controllo dell'applicazione della documentazione** e nella promozione di **iniziative volte a ridurre gli errori e prevenire situazioni indesiderate** nei servizi ospedalieri, distrettuali e di prevenzione (*Piano di organizzazione dell'A.S.L. TO3*, 2022).

I progetti

Nello stesso ambito rientra anche la Struttura Semplice **Ricerca e Innovazione**, responsabile di gestire i progetti di ricerca aziendali ed europei e di coordinare le attività e gli **sforzi volti all'innovazione e alla digitalizzazione dei processi di assistenza**, con particolare interesse alle iniziative correlate all'avanzamento della telemedicina (*Piano di organizzazione dell'A.S.L. TO3*, 2022).

Progetti aziendali

Sono di seguito riportati i progetti di ricerca condotti per lo sviluppo organizzativo aziendale e l'innovazione nell'assistenza (*Progetti aziendali*, 2020).

Conferenza Aziendale di Partecipazione
(periodo: 12/10/2009 - in corso)
Disciplina le componenti aziendali, le organizzazioni dei cittadini e del volontariato impegnate nella programmazione e garanzia della qualità dei servizi per la tutela del diritto alla salute (DGR 16-9683 del 30/9/08) (*Progetti aziendali*, 2020).

Comitato Unico di Garanzia (CUG ASL TO3)
(periodo: 07/10/2011 - in corso)
Compiti propositivi, consultivi e di verifica per garantire l'ottimizzazione della produttività, un ambiente di lavoro caratterizzato dal rispetto dei principi di pari opportunità', di benessere organizzativo e dal contrasto di qualsiasi forma di discriminazione e di violenza (previsto da Legge 183 del 2010) (*CUG*, 2023).

La Medicina di Genere
(periodo: 08/04/2022 - in corso)
Studio dell'influenza del sesso e del genere su fisiologia, fisiopatologia e patologia umana, vale a dire su come si instaurano le patologie, quali sono i sintomi, come si fa prevenzione, diagnosi e terapia negli uomini e nelle donne, considerandone la diversità di caratteristiche biologiche, funzioni riproduttive, e fattori ambientali, sociali, culturali e relazionali (*Medicina di Genere*, 2022).

AslTo3 Radiomics Lab
(periodo: 2023 - in corso)
Si tratta di una nuova unità di ricerca sulla radiomica, un campo di ricerca traslazionale emergente, che mira ad estrarre dati ad alta dimensione a partire da immagini cliniche, superando le capacità di un occhio umano di discenderli. Ha lo scopo di sviluppare soluzioni innovative per le analisi automatiche di bioimmagini utilizzando tecniche di intelligenza artificiale, per poterne così formulare diagnosi, prognosi e terapia personalizzata alla patologia (*AslTo3 Radiomics Lab*, 2023).

Progetti Europei

Sono quindi elencate le attività e le iniziative aziendali di progettazione Europea, concluse o in corso, con brevi dettagli sul tema o problema affrontato (*Progetti europei*, 2020).

Be Healthy
(periodo: 01/01/2014 - 31/12/2015)
Attività indirizzate ai giovani e agli operatori del settore giovanile per creare opportunità di salute innovative, comportamenti sani e attivi attraverso l'attività fisica.

I Feel Good
(periodo: 01/05/2021 - in corso)
Processo di formazione per dotare gli operatori e i responsabili dell'educazione di metodi creativi che possano utilizzare nelle attività di assistenza sanitaria, prevenzione e promozione della salute fisica e mentale.

ImpleMentAll - Towards evidence-based tailored implementation strategies for eHealth
(periodo: 01/01/2017 - 01/03/2021)
Sviluppare, applicare e valutare strategie di implementazione di interventi psico-terapeutici basati sulle nuove tecnologie digitali per rispondere all'incremento del bisogno di cura di soggetti affetti da disturbi mentali comuni.

MAGIC - Mobile Assistance for Groups and Individuals in the Community
(periodo: 01/01/2016 - 01/10/2020)
Programma essenziale e strategico per modernizzare e ottimizzare i sistemi di recupero del paziente dopo l'ictus attraverso cambiamenti significativi nell'erogazione dei servizi di assistenza sanitaria e sociale.

MasterMind - MAnagement of mental health diSorders Through advancEd technology and seRvices – telehealth for the MIND
(periodo: 01/03/2014 - 28/2/2017)
Progetto pilota a larga scala che mira ad implementare soluzioni innovative di teleassistenza per il trattamento e il monitoraggio di soggetti adulti con depressione lieve o moderata.

MEDLANG
(periodo: n.d.)
Lavoro congiunto per costituire un approccio standardizzato e coerente per questioni relative alla medicina palliativa e questioni affini.

MYH4D - Move your hands for dementia
(periodo: 01/10/2020 - 31/12/2022)
Progetto di tre strumenti per la formazione degli adulti finalizzato all'educazione alla salute rispetto ad uno stato di demenza e la conseguente formazione e promozione di comunità eque ed inclusive.

Alcotra ProSantè
(periodo: 01/03/2017 - 18/01/2020)
Progetto per ottimizzare le risorse umane e tecnologiche del centro ospedaliero al fine di ottenere un maggior numero di prestazioni realmente necessarie, offerte da professionisti in un tempo ragionevolmente opportuno e con costi uniformi all'uso delle risorse.

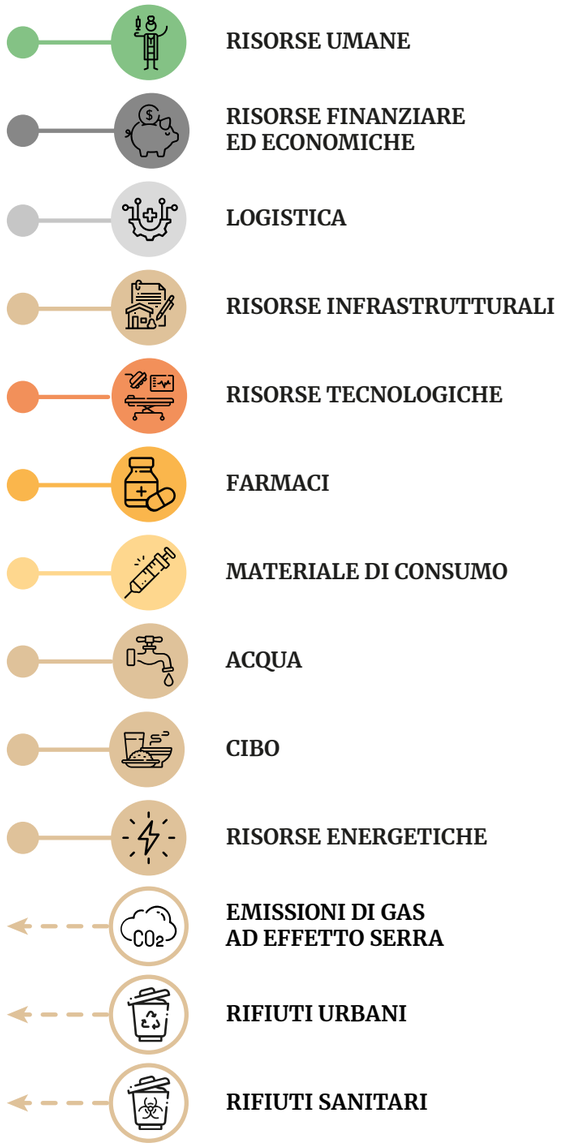
Progetto Donne
(periodo: 06/09/2020 - 09/2022)
Progetto che mira a sviluppare e sperimentare servizi socio-sanitari per promuovere l'accesso delle donne alle cure, migliorare la conciliazione della vita familiare e professionale, stabilire una politica transfrontaliera per la parità di genere nella vita locale.

Softis-Ped
(periodo: n.d.)
Il progetto ha lo scopo di identificare le competenze trasversali più importanti nel campo della Pediatria, confrontarle con i migliori metodi e strategie di insegnamento, sviluppare linee guida e materiali di formazione per i formatori di pediatri.

5.5 | *Input e output*

Affinché l'Azienda Sanitaria Locale possa offrire, alla popolazione del territorio di competenza, i servizi sanitari, sociali, assistenziali e preventivi, secondo i Livelli Essenziali di Assistenza, è indispensabile che le interazioni tra i componenti dell'organizzazione aziendale portino alla **gestione e alla valorizzazione del capitale disponibile e delle risorse necessarie (input)**, intese tanto quelle professionali, quanto quelle tecnologiche, informatiche, finanziarie e infrastrutturali.

Ovviamente le differenti fasi di approvvigionamento, utilizzo delle risorse e svolgimento dell'insieme delle attività causano la creazione di **scarti ed emissioni (output) da gestire attentamente per ridurre il loro impatto**, soprattutto negativo sull'ambiente circostante e le comunità locali.



Le risorse umane

Le risorse umane **sono una componente fondamentale** dell'ASL TO3 per raggiungere gli obiettivi aziendali, in quanto le competenze e capacità professionali, assistenziali, tecniche e relazionali del personale determinano, insieme ai mezzi finanziari e tecnologici, la gestione e l'erogazione dei servizi per tutela della salute della popolazione.

Per svolgere tutte le attività, l'ASL TO3 si avvale di:

- personale **dipendente**;
- personale **operante** con altre forme contrattuali (consulenti, personale di ditte esterne);
- personale **tirocinante o borsista**;
- personale **convenzionato** (MMG, PLS, Medici di Continuità assistenziale, Specialisti convenzionati)

Il personale è suddiviso in **quattro tipi di ruoli, ossia sanitario, professionale, tecnico e amministrativo**, secondo quanto disciplinato a livello nazionale (D.P.R. 20 dicembre 1979, n. 761).

La gestione delle risorse umane viene avviata con una prima fase di **pianificazione** che determina il numero di lavoratori necessari, che negli ultimi anni le Regioni hanno provveduto a diminuire per raggiungere un efficientamento delle attività e un contenimento del turnover.

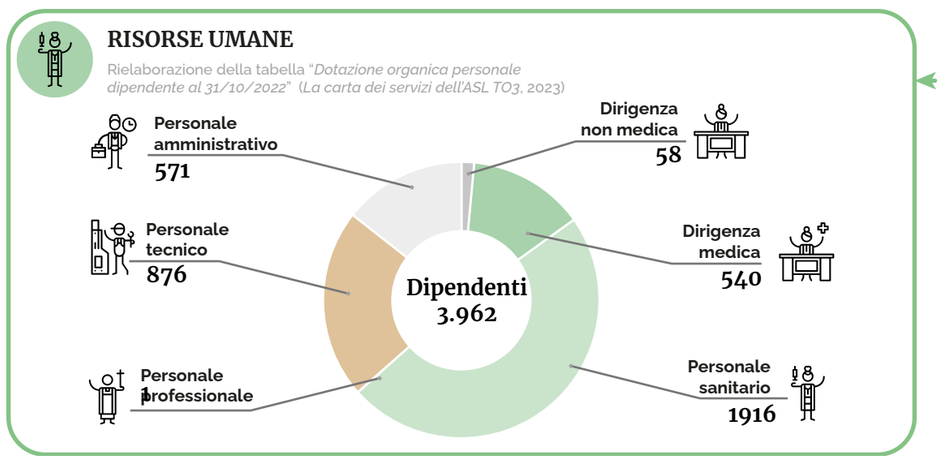
È previsto quindi il **reclutamento** del personale attraverso un concorso pubblico indetto dalla Regione competente, ad eccezione di alcune mansioni per cui non è essenziale.

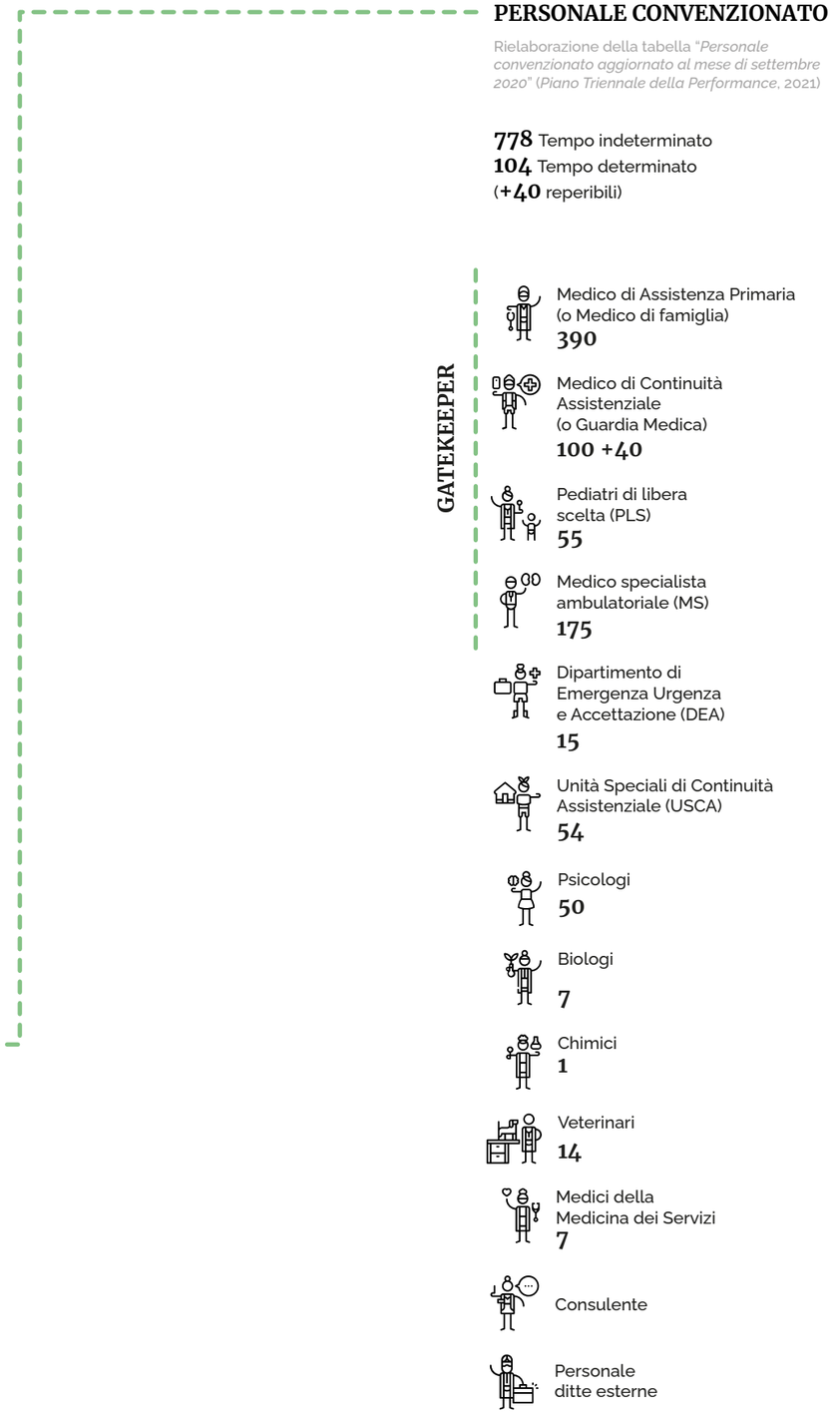
Segue la fase di **allocazione** e periodicamente anche quella di **formazione** al fine di migliorare, accrescere e aggiornare le competenze sia individuali sia collettive, oltre che per apprendere e interiorizzare i valori aziendali e le norme di sicurezza in ambiente lavorativo.

Questo favorisce una forte **valorizzazione** delle risorse professionali e un'elevata specializzazione raggiunta nelle strutture e nei servizi sul territorio.

I **dipendenti** dell'ASL TO3 sono distribuiti secondo queste percentuali tra i diversi ruoli assegnati («Azienda sanitaria locale», 2023; *Piano Triennale della Performance*, 2021; *La carta dei servizi dell'ASL TO3*, 2023).

Ci sono anche **altre figure professionali in collaborazione e convenzione** con l'ASL a tempo indeterminato, determinato o con reperibilità.





Attività libero-professionale intramuraria

Tra questi, particolare è l'**attività libero-professionale intramuraria** (o intramoenia) (ALPI), affiancata a quella istituzionale del SSN. Corrisponde all'attività che il personale della dirigenza sanitaria svolge, individualmente o in équipe, non durante l'orario lavorativo, in regime ambulatoriale, di day hospital, day surgery o ricovero ordinario, nelle strutture sia ospedaliere sia territoriali.

È possibile usufruire, in seguito al pagamento di una tariffa prevista e autorizzata dall'Azienda Sanitaria, di prestazioni mediche in regime di ALPI di diverse tipologie fornite da (*Libera professione*, 2020):

- Medici e Psicologi che svolgono attività specialistica ambulatoriale in regime libero professionale presso Studio privato e Strutture Aziendali
- Medici che effettuano visite e attività monocratiche di Medicina Legale in regime libero professionale
- Esami di Laboratorio Analisi presso i punti prelievo aziendali
- Medici che svolgono attività libero professionale intramuraria, in regime di ricovero, presso Cliniche convenzionate con l'ASL TO3

(immagine 5.3)

Medici di Medicina Generale (MMG)

L'attività di **libero professionista convenzionato** con il SSN è anche e soprattutto quella del Medico di Medicina Generale (MMG), che con questa denominazione include anche il Medico di Assistenza Primaria (o Medico di famiglia), il Pediatra di Libera Scelta (PLS) e il Medico di Continuità Assistenziale (più comunemente Guardia Medica).

Il medico partecipa ai concorsi specifici, e viene inserito nelle graduatorie regionali, dalle quali può essere reclutato. Da allora si occupa della salute di un **numero massimo di cittadini nel territorio**, i quali possono scegliere, nel proprio ambito territoriale di residenza e/o di domicilio, il proprio MMG o PLS (nel caso di bambini da 0 a 6 anni obbligatoriamente, e fino a 14 solitamente). Si occupa di erogare **cure integrate e continuative di assistenza di primo livello** nel proprio studio medico, in ambulatorio, al domicilio dell'assistito, al telefono, nelle sedi distrettuali, nelle strutture residenziali (RSA, Case di riposo, Ospedali di comunità) e in alcune strutture condivise, quando **la sua attività è integrata con altri colleghi specialisti attraverso forme associative**. Queste, infatti, sono diffuse come associazioni semplici di più medici, coordinati per assicurare maggior numero di ore disponibili per le visite, una medicina in rete, che collega a livello informatico i medici aderenti, oppure una medicina di gruppo che prevede una sede unica, oltre ad altre forme associative più complesse. Inoltre, è in fase di definizione un nuovo modello organizzativo, l'Aggregazione funzionale territoriale, che ampli **l'offerta dell'assistenza di base a tutto l'arco della giornata**, per via dell'ampia richiesta di salute dei cittadini e dei loro bisogni. In generale però ha il compito di **occuparsi dello stato di salute dell'individuo**, durante tutta la sua vita, e di **guidarlo in tutto il percorso terapeutico** tra le strutture sanitarie permettendogli di accedere ai servizi compresi nei LEA.

Le **attività** variano da visite mediche ambulatoriali, domiciliari (integrate, programmate o residenziali), e palliative, a gestione delle patologie croniche, prescrizione di farmaci, richieste di visite specialistiche ed esami, terapie, cure, oppure proposte di ricovero, rilascio di certificati legali, ma anche contributo a campagne di promozione, educazione sanitaria e prevenzione primaria e secondaria. Ha dunque una **responsabilità professionale** nei confronti dell'individuo, della sua famiglia e comunità, che applica servendosi della conoscenza acquisita e dell'accortezza a integrare e considerare tutti i fattori fisici, psicologici, sociali, culturali ed esistenziali (*Medico di medicina generale*, n.d.; *Medico di famiglia & pediatra*, 2020; *Assistenza sanitaria di base*, n.d.).

Quando l'attività del Medico di Famiglia è sospesa, principalmente nei giorni prefestivi e festivi, viene sostituita dal servizio del **Medico di Continuità Assistenziale (o Guardia Medica).** Le sue attività principali sono (*Continuità assistenziale*, 2021; *Piano di organizzazione dell'A.S.L. TO3*, 2022):

- visite mediche, in ambulatorio o a domicilio;
- prescrizione di farmaci per le terapie di urgenza e per un ciclo massimo di 3 giorni;
- proposta di ricovero ospedaliero in caso di necessità;
- rilascio di certificati di malattia, solo in caso di necessità e per un periodo massimo di 3 giorni.

Il patrimonio

Il patrimonio dell'ASL TO3 è costituito da ***beni mobili e immobili***, cioè, risorse finanziarie, tecnologiche e infrastrutturali, che l'Azienda ha **di proprietà o riceve per donazione**, senza alcun costo per la loro acquisizione, da parte di ditte, imprese private, cittadini, associazioni No Profit e ONLUS. Ciascuna di esse serve a sostenere le strategie organizzative e i processi erogativi, oltre che a raggiungere gli obiettivi della Mission in maniera efficiente (*La carta dei servizi dell'ASL TO3*, 2023).

Risorse finanziare ed economiche

L'azienda dispone di risorse finanziare ed economiche per assolvere alle sue funzioni, **sostenere i costi** delle prestazioni sanitarie, **assicurare l'approvazione dei programmi** di sviluppo e **migliorare i percorsi assistenziali e i processi gestionali** ad essi collegati. L'azienda elabora il bilancio consuntivo per tracciare sia la propria situazione patrimoniale e finanziaria, che il risultato economico dell'esercizio, ma sono previsti anche vari monitoraggi trimestrali da trasmettere alla Regione, che ne controlla l'andamento dei costi e dei ricavi (*Piano Triennale della Performance*, 2021).

RISORSE FINANZIARE ED ECONOMICHE

– Sostenere i costi della produzione delle prestazioni sanitarie
– Garantire la promozione dei programmi di sviluppo
– Realizzare azioni di miglioramento dei percorsi assistenziali e dei processi gestionali connessi

RISORSE TECNOLOGICHE

(*Piano Triennale della Performance*, 2021)

9.409	**Beni**
7.990	Proprietà aziendale
1.419	Acquisti non in proprietà
23	**Grandi attrezzature**

RISORSE INFRASTRUTTURALI

Rielaborazione di "*Elenco immobili di proprietà - situazione al 31 gennaio 2023*" (*Amministrazione Trasparente*, n.d.)

122 immobili di proprietà in 24 comuni
34 Locazioni passive - Canoni di locazione versati
4 Locazioni attive - Canoni di locazione percepiti
2 Concessioni attive - Canoni percepiti
44 Immobili in uso gratuito

Risorse tecnologiche

Per l'offerta di prestazioni diagnostico-terapeutiche l'Azienda Sanitaria **dispone di un Parco Tecnologico** costituito da n. 9.409 beni, di cui n. 7.990 di proprietà aziendale e n. 1.419 acquisiti non in proprietà. Fanno parte di queste risorse tecnologiche sia le **attrezzature medicali** a supporto del paziente, come carrozzelle, deambulatori, letti meccanici, che 23 **grandi attrezzature**, almeno 2 pezzi per tipo, tra cui sistema per angiografia digitale o emodinamica, mammografo digitale e convenzionale, diagnostica radiologica digitale, tomografo computerizzato e a risonanza magnetica (*Piano Triennale della Performance*, 2021).

Risorse infrastrutturali

L'ASL TO3 possiede e fruisce di numerosi beni immobili per lo svolgimento delle attività essenziali. Gli **immobili di proprietà**, pari a 122 al 31 gennaio 2023, destinate soprattutto a sedi di Comunità Alloggio, Poliambulatori, Distretti e Ospedali. Sono **dislocati in 24 comuni del territorio**, principalmente quelli di Collegno, Grugliasco, Venaria Reale, Susa e Rivoli, e maggiormente nel Distretto dell'Area Metropolitana Centro con 75 immobili, seguito da quello di Val Susa Val Sangone con 24. Inoltre, sostiene un costo annuale per gli affitti di 34 **immobili di terzi**, sia privati che pubblici, attraverso contratti di locazione passiva, che consentono alla Pubblica Amministrazione di utilizzarli per compiti e attività istituzionali, in questo caso prevalentemente quelle svolte nelle Comunità Alloggio e nei Distretti. Sono **percepiti anche canoni** per 4 contratti di locazione attiva, mentre 2 sono **in concessione attiva**, verso soggetti pubblici o privati, tra cui alcuni del settore sanitario. Infine, ci sono 44 immobili di proprietà di comuni locali, **ad uso gratuito** per l'ASL, destinati ad attività ambulatoriali, di continuità assistenziale, prevenzione e promozione della salute (*Amministrazione Trasparente*, n.d.).

I rapporti con i fornitori

Oltre alle risorse sopra elencati, l'Azienda Sanitaria ha bisogno della **fornitura di beni e servizi, che solitamente avviene in seguito ad una gara d'appalto**, secondo quanto previsto dalla normativa per gli enti pubblici. Sul sito web aziendale, vengono pubblicati tutti i bandi di gara e i documenti necessari alla partecipazione, così che avvenga **la selezione dei fornitori**, attraverso criteri di scelta trasparenti e secondo la libera concorrenza. Fanno eccezione i casi di forniture di valore inferiore alla soglia comunitaria, per i quali è prevista la trattativa privata, e quelli di acquisizione di urgenza che necessitano di procedure semplificate, ad esempio quanto è avvenuto durante la gestione della pandemia da Covid-19 (*La carta dei servizi dell'ASL TO3*, 2023).

Il Portale Appalti dell'ASL TO3

In particolare, sul Portale Appalti dell'ASL TO3 sono visibili tutte le gare e le procedure in corso, quelle scadute, gli esiti, gli avvisi e il riepilogo dei contratti.

Dalla sezione dedicata a questi ultimi sono state estrapolate le società a cui, più frequentemente o con un importo di aggiudicazione più alto, è stata **affidata la gestione e il compimento di un servizio, opera e lavoro, o fornitura**, dietro un corrispettivo in denaro.

L'analisi ha racchiuso i dati raccolti in alcune categorie più rilevanti per il settore sanitario e le sue attività organizzative, gestionali, strategiche e produttive. È stata quindi distinta la **fornitura di servizi assistenziali e di promozione della salute** (descritti nelle pagine precedenti), da quelli relativi ad **amministrazione e logistica**, oppure **utili alle infrastrutture, ai lavori e alla manutenzione**, e ancora da quelli di **distribuzione di risorse tecnologiche, farmaci e materiali di consumo** (*Portale gare d'appalto*, n.d.-a).

Si prevede, tuttavia, che per l'espletamento delle procedure di gara dei prossimi mesi, l'ASL TO3 si avvarrà della **piattaforma telematica e-Procurement SINTEL messa a disposizione da ARIA S.p.a**, Azienda Regionale per l'Innovazione e gli Acquisti, e già in uso dalla Regione Lombardia.

APPALTI - AUTONOMIA

Il perimetro in cui ci si muove ovviamente è quello della normativa vigente. L'intervista viene fatta in un momento in cui **c'è un cambiamento in atto,** mentre lo scorso anno **c'era sufficiente autonomia nella predisposizione degli appalti**, data dall'esplicitazione del nostro bisogno e dall'incontro di quella che è l'offerta di chi partecipa alla gara che viene pubblicata.

(Intervista ai referenti dell'ASL TO3)

Servizi di amministrazione e logistica

- GI GROUP SPA
- MANPOWER SRL
- EURORISTORAZIONE SRL
- MEDI K SRL

Servizi di infrastrutture, lavori e manutenzione

- MEDICAIR ITALIA SRL
- CAVALETTO SANITÀ SRL
- FRATELLI BOTTANO SRL
- GRUPPOCTY SRL

Forniture di risorse tecnologiche

- ZIMMER BIOMET ITALIA SRL
- MEDTRONIC ITALIA SPA
- AIR LIQUIDE MEDICAL SYSTEMS SRL
- BECTON DICKINSON ITALIA SPA

Forniture di farmaci

- BIOGEN ITALIA SRL
- NOVARTIS FARMA SPA
- MSD ITALIA SRL
- SANDOZ SPA

Forniture di materiale di consumo

- SMITH & NEPHEW SRL
- WALDNER TECNOLOGIE MEDICALI SRL
- MEDI.CA SRL
- BIOGEN ITALIA SRL

Fornitura di acqua

- GRUPPO SMAT

Fornitura di cibo

- EURORISTORAZIONE SRL
- DAY RISTOSERVICE

Fornitura di energia

- NOVA AEG

Fornitura di risorse alimentari e idriche

Ad esempio, **i servizi delle mense sono tutti esternalizzati**, per cui fornitori che hanno vinto gli appalti producono in sede, nelle strutture sanitarie, o vi trasportano prodotti già pronti e confezionati, destinati ai pazienti e al personale ospedaliero o degli uffici, che in alternativa può ricevere buoni pasto da usare altrove. Essendo servizi esternalizzati, le variabili di interesse sono diverse rispetto al consumo e al risparmio, ma si adottano alcune **soluzioni per la riduzione dello spreco alimentare**, usufruendo di alcuni interventi di connessione circolare sul territorio, come il caso di **Too Good To Go**, attraverso cui le mense dell'ASL TO3 salvano gli avanzi di cibo ancora buono, ma in eccesso rispetto al bisogno effettivo. Inoltre, l'ASL per l'igiene personale, la pulizia degli ambienti e taluni trattamenti medici, **richiede notevoli quantità d'acqua** e fa riferimento alla disponibilità degli acquedotti dei comuni sul territorio grazie al Gruppo SMAT *(Intervista ai referenti dell'ASL TO3)*.

Fornitura di risorse energetiche

L'ospedale e le strutture sanitarie in genere sono **luoghi di consumo di energia**; perciò, negli anni l'ASL **ha partecipato ad una serie di progetti di tutela ambientale**, di autoproduzione di ossigeno e altre materie prime, e di ricerca su forme di energia alternativa, al fine di intervenire sul consumo e sulle forme di alimentazione, definendone una propria strategia. Tuttavia, per il momento, i singoli uffici si adeguano alla **mancanza di una linea guida unica**, dando una serie di indicazioni di comportamento nelle abitudini quotidiane per il personale rispetto al risparmio energetico *(Intervista ai referenti dell'ASL TO3)*. Il fornitore di energia elettrica da alcuni anni è la società **Nova Aeg**, la quale si impegna ad utilizzare **energia proveniente da fonti rinnovabili**, nel rispetto dell'ambente. Tuttavia, questo rapporto di fornitura segue un altro processo, rispetto a quello illustrato prima. Infatti, l'ASL TO3 **aderisce alla convenzione stipulata da SCR Piemonte S.p.A**, società partecipata con la Regione Piemonte. Questo accordo mira a migliorare l'efficienza delle spese pubbliche e ottimizzare i processi di appalto in settori di interesse regionale, focalizzandosi in particolare su infrastrutture, trasporti, telecomunicazioni e sanità, in questo caso individuando il fornitore dell'energia per l'ASL (*Fornitura di energia elettrica*, n.d.; *SCR Piemonte*, n.d.; Nova Aeg, n.d.).

Il Mercato elettronico della Pubblica Amministrazione (MePA)

Dai contratti registrati e dall'intervista, si evince lo svolgimento frequente di appalti tramite il **Mercato elettronico della Pubblica Amministrazione (MePA)**, uno degli strumenti del Portale Acquisti in Rete. Su di esso, si conducono tutte le attività del **Programma per la razionalizzazione degli acquisti nella P.A.**, con cui il **Ministero dell'Economia e delle Finanze**, attraverso **Consip**, collabora con le Amministrazioni per gestire i processi di acquisto mediante **soluzioni innovative di e-procurement**. Le **varie fasi del processo di acquisto** includono lo svolgimento delle gare, l'abilitazione delle imprese, la pubblicazione dei cataloghi delle offerte e gli acquisti da parte delle Pubbliche Amministrazioni. Queste ultime hanno la possibilità di scegliere tra le offerte pubblicate direttamente dal catalogo o di negoziare con i fornitori abilitati. Il MePA in particolare è **il mercato digitale per gli acquisti sotto soglia comunitaria** dove, consultando le proposte offerte di numerosi fornitori qualificati, si possono acquistare sia **beni** e **servizi**, organizzati secondo aree merceologiche diversificate, che **lavori** di manutenzione e opere pubbliche generali e specializzate (*Acquisti in rete*, n.d.; *Mercato elettronico*, n.d.).

Gli Appalti Verdi

Negli ultimi anni si è moltiplicato il numero di acquisti verdi, o **Green Public Procurement (GPP)** nel Portale Acquisti in Rete, in quanto il Programma per la razionalizzazione degli acquisti nella P.A. sta contribuendo, in collaborazione con il Ministero dell'Ambiente, a promuovere **l'approvvigionamento ecosostenibile e la valorizzazione dei Criteri Ambientali Minimi (CAM) e delle caratteristiche verd**i, riportate nel catalogo con le offerte dei fornitori, offrendo una serie di strumenti, strategie ed eco-obiettivi, per la riduzione dell'impatto ambientale dei beni e dei servizi utilizzati dalle PA (*Acquisti verdi*, n.d.). È importante in ogni caso ricordare quanto le amministrazioni pubbliche, relazionandosi spesso con le industrie e i fornitori, possano incoraggiarle nella progettazione e nello sviluppo di **prodotti e tecnologie a minor impatto ambientale**, in modo alternativo a quello tradizionale e più consapevole riguardo alle conseguenze a livello sistemico.

CRITERI PER APPALTI VERDI

Più che dei criteri socio-ambientali negli appalti spesso è un fatto di **iniziative personali e sensibilità**, o meglio **ricerca del risparmio economico** fatto da parte dell'azienda, con **autonomia decisionale**, addirittura in alcuni casi intra-aziendale. È auspicabile che un giorno l'Azienda Zero e l'assessorato della regione Piemonte ci dicano che da domani dobbiamo essere tutti più verdi oppure se lo faranno loro per tutte le aziende.

(Intervista ai referenti dell'ASL TO3)

L'Azienda Zero Piemonte

Oggi è nascente e sempre più attiva l'Azienda Zero è un modello per il quale **una serie di questioni** di approvvigionamento, appalti, concorsi **viene centralizzata** e viene fatta per tutte le Asl e le Aso. É un sistema sicuramente **più efficiente**, oltre a fare delle economie di scala ed evita anche che ci sia disomogeneità negli approvvigionamenti tra le aziende. Sono escluse le situazioni di bisogni esclusivi dell'ASL. Molte decisioni sono ancora aziendali come i fornitori di energia elettrica e i software di telemedicina o televisita, ma non si esclude che l'Azienda Zero vada ad ampliare i suoi confini.

(Intervista ai referenti dell'ASL TO3)

Con l'approvazione della Legge regionale n. 26 del 26 ottobre 2021 è stata istituita l'Azienda Sanitaria Zero della Regione Piemonte, denominata anche Azienda Zero. Si tratta di un Ente del Servizio Sanitario Regionale, costituito in definitiva nel febbraio del 2022, con valenza su tutto il territorio regionale. L'obiettivo della sua istituzione è quello di supportare a livello regionale, forme di **integrazione funzionale dei servizi sanitari e operativi**, migliorando sia l'efficacia sanitaria sia l'efficienza organizzativa. L'Azienda Zero è guidata attraverso principi di flessibilità e dinamismo, mirando a un'efficienza organizzativa ottimale, trasparenza, qualificazione professionale e promozione di pari opportunità. Le sue funzioni, in accordo con quanto evidenziato nella pagina web dell'Azienda, sono quelle elencate in figura («La storia di Azienda Zero», n.d.).

Azienda Zero Piemonte

(«La storia di Azienda Zero», n.d.)

- Gestione emergenza–urgenza
- Acquisto beni e servizi
- Rete logistico distributiva
- Sistema informativo
- Innovazione e ricerca
- Medicina territoriale
- Analisi andamento costi e ricavi ASR
- Rischio clinico sanitario
- Health technology assessment (HTA)
- Progetti e finanziamenti
- Erogatori privati
- Spesa farmaceutica
- Erogazione prestazioni sanitarie

La gestione dei rifiuti

Dalle attività svolte nelle strutture sanitarie, scaturiscono **grosse quantità di rifiuti**, che vanno **distinti tra urbani e sanitari** al fine di identificare gestione, trasporto e dismissione più adeguati e sostenibili per le loro caratteristiche.

Il **processo presume diverse fasi e attività**: pulizia e sanificazione, disinfezione, disinfestazione e sterilizzazione, gestione e smaltimento dei rifiuti sanitari, nonché strategie per la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza, tanto per il personale quanto per i cittadini.

(immagine 5.4)

ORGANIZZAZIONE INTERNA

Le direzioni di distretto e le direzioni mediche di presidio ospedaliero hanno **una procedura e un regolamento interno** per disciplinare come il rifiuto sanitario deve essere raccolto, quali sono i punti di raccolta, dove viene portato, dove viene anche stoccato, **fino a quando la ditta non viene a raccogliere il rifiuto**. Sono procedure e regolamenti interni basati sulla normativa vigente.

(Intervista ai referenti dell'ASL TO3)

Rifiuti urbani

I rifiuti urbani generati necessitano di essere trasportati e dismessi correttamente. Sul territorio dell'ASL TO3 ci sono diverse società ad occuparsene. Nello specifico, secondo la normativa regionale (L.R. 24 ottobre 2002 n. 24), viene disciplinato **un sistema integrato di gestione dei rifiuti urbani**, la cui organizzazione vede **due ruoli ben distinti**. Il primo compito riguarda il doverli raccogliere, trasportare e conferire agli impianti, i cosiddetti **servizi di bacino,** che sono poi raggruppati nell'**ambito territoriale ottimale (ATO)**. Il secondo, invece, provvede a realizzare e gestire gli impianti tecnologici di smaltimento dei rifiuti, compreso il relativo servizio di smaltimento, ci si riferisce quindi ai **servizi di ambito,** organizzati negli ATO.

L'ente di governo dell'ambito territoriale ottimale della provincia di Torino è **Associazione d'Ambito Torinese per il governo dei rifiuti (ATO-R)**, che si interessa della regolazione del sistema di gestione, occupandosi di:

- organizzazione degli impianti di smaltimento e trattamento dell'ambito, attraverso il Piano d'Ambito, che programma i flussi di rifiuti agli impianti e stabilisce il tariffario di conferimento;
- affidamento alle società di gestione della realizzazione e gestione degli impianti e del relativo servizio;
- controllo sul servizio affidato.

Nei bacini, invece, le funzioni di governo sono svolte dai **Consorzi obbligatori di bacino**, a cui sono associati specifici gestori della raccolta, in base alle aree geografica di competenza.

(immagine 5.5)

In questo caso, limitandosi alle aree geografiche in cui agisce l'ASL TO3, si hanno le seguenti informazioni su Area, Consorzio, gestori della raccolta, e relativi impianti di trattamento o smaltimento e discariche:

Area Torino Ovest e Valsusa: Consorzio Ambiente Dora Sangone (CADOS)
Gestione della raccolta:
- CIDIU Servizi SpA (17 Comuni della prima cintura Ovest di Torino e quelli della Val Sangone) - Discarica di Pianezza
- ACSEL SpA (37 Comuni dell'alta, media e bassa Valle di Susa) - Discarica di Mattie

Area Pinerolese: Consorzio ACEA Pinerolese (ACEA)
Gestione della raccolta:
- Acea Pinerolese Industriale SpA - Discarica e Polo Ecologico di Pinerolo

Area Torino Sud: Consorzio Valorizzazione Rifiuti 14 (Co.Va.R. 14)
Gestione della raccolta:
- Appalti ad aziende private – informazione non disponibile

Area Ciriè e Valli di Lanzo: Consorzio Intercomunale di Servizi per l'Ambiente (C.I.S.A.)
Gestione della raccolta:
- Appalti ad aziende private – informazione non disponibile

A questi impianti si aggiunge il **Termovalorizzatore del Gerbido**, della Società TRM SpA (Gruppo Iren), un inceneritore dei rifiuti urbani e speciali non pericolosi, situato a Torino, in località Gerbido, costruito su affidamento da parte di ATO-R (*ATO rifiuti torinese*, n.d.).

Rifiuti sanitari

La gestione dei rifiuti sanitari è gestita diversamente, perché viene affidata al **fornitore specializzato nel loro smaltimento**, vincitore della gara d'appalto indetta da una o più aziende. Così si stabilisce il suo capitolato con tutte le specifiche tecniche delle azioni da eseguire per il funzionamento di tutto il processo accordato. Infatti, è fondamentale **un'organizzazione e un ciclo diverso da rispettare per questi rifiuti più delicati e pericolosi**, rispetto ai rifiuti urbani, trattandosi ad esempio di materiali per le medicazioni, aghi, garze, ma anche il pezzo operatorio.

(immagine 5.6)

Azienda aggiudicataria dell'appalto: EcoEridania SpA

Ad oggi, fino a Marzo del 2024, aderendo alla convenzione stipulata da S.C.R. Piemonte SpA per le Aziende del Servizio Sanitario Regionale, l'ASL TO3 assegna il servizio di raccolta, trasporto e smaltimento dei rifiuti sanitari occorrente al **EcoEridania SpA**, capofila del Gruppo EcoEridania, società leader in Italia e in Europa nella raccolta, trasporto e smaltimento di **rifiuti speciali di origine sanitaria e industriale.**

Il Gruppo è composto da diverse società e filiali del settore dei rifiuti speciali, con sedi operative dislocate sul territorio nazionale, e **impianti di stoccaggio, termovalorizzatori e depuratori**, garantendo strumenti e competenze specifiche, in continuo sviluppo. Per soddisfare le diverse esigenze, i servizi e le soluzioni adottate sono efficienti, di qualità, e tecnologicamente innovative, nel **rispetto dell'ambiente e della sicurezza del personale**, costantemente formato ed informato sui rischi a cui è esposto svolgendo le proprie mansioni.

I rifiuti speciali pericolosi e non pericolosi prevalentemente trattati sono di origine sanitaria, nonostante le tipologie di cui si occupano variano molto (rifiuti industriali, farmaci scaduti, spoglie animali, container, oli esausti, rifiuti da ufficio).

I **principali clienti del Gruppo**, infatti, sono pubblici, tra cui ospedali e strutture sanitarie di Aziende Sanitarie Locali e Aziende Ospedaliere, acquisite tramite gare pubbliche, nonché un consistente patrimonio di clienti privati, partite IVA e aziende (esempio studi medici, dentistici e veterinari, cliniche, laboratori di analisi, saloni estetici e tatuatori).

In particolare, si tratta di **rifiuti classificati con i codici CER (Codice Europeo Rifiuti) 180103 o 180202**, che sono prodotti da attività di **ricerca, diagnosi, trattamento e prevenzione delle malattie** negli esseri umani e animali, che per evitare infezioni necessitano di trattamenti specifici in termini di raccolta e smaltimento, seguendo particolari precauzioni.

Pertanto, dopo aver preso gli accordi con l'ASL, sono consegnati **sacchetti e contenitori omologati ADR** (Accord Dangereuses Route), per materie e oggetti da considerare pericolosi, che, secondo una calendarizzazione ben definita, sono poi **ritirati e trasportati in sicurezza verso le strutture** per lo stoccaggio, la sterilizzazione ad impatto ambientale estremamente ridotto, e infine lo smaltimento finale, nel massimo rispetto della norma di legge (Portale gare d'appalto, n.d.-b; «Gruppo EcoEridania», n.d.).

Le emissioni di gas ad effetto serra

Nell'assicurare beni e servizi assistenziali ai pazienti, il sistema aziendale connesso a tutti i suoi stakeholder, non solo ha bisogno di risorse (input), ma quest'ultime determinano anche il suo impatto ambientale, poiché sono **generate costantemente emissioni di gas ad effetto serra**.

Come si potrà leggere nel prossimo capitolo, si possono determinare quali sono le **principali cause di questo fenomeno nel settore sanitario** (Karliner et al., 2019):

- bisogni energetici nelle strutture
- operazioni sanitarie
- trasporti intensi
- catena di approvvigionamento
- smaltimento rifiuti

Un aspetto che l'ASL TO sta affrontando, è quello del **Mobility Management**, che dovrebbe occuparsi di trovare **soluzioni per la mobilità degli operatori**. Infatti, per dare una cifra, con il SEPI è stata effettuata una ricerca per vedere la differenza tra la collocazione lavorativa del dipendente nella sua sede di lavoro, rispetto al codice di avviamento postale della sua residenza, ed è venuto fuori che c'è un chilometraggio **intorno ai 20 milioni di chilometri per anno**. Tuttavia, anche se non si è a conoscenza del tipo di mezzo che i lavoratori utilizzino per spostarsi e quindi la loro effettiva incidenza, si suppone che più frequentemente si tratti di proprie automobili, che incidono quindi enormemente sulle emissioni di gas nell'ambiente *(Intervista ai un referenti dell'ASL TO3)*.

(immagine 5.7)

CAPITOLO 6

Sfide e opportunità per il sistema

L'indagine sull'attuale stato dell'arte del contesto, del settore sanitario e dell'azienda ha fatto emergere le principali **criticità e sfide**, su cui focalizzare l'attenzione ai fini dell'individuazione di **potenzialità e possibili opportunità**. Quest'ultime sono state poi valutate per poter capire su quali fare leva per i **cambiamenti necessari al sistema**.

(vedi tavola n.3 e 4)

6.1 | *Le sfide*

Le sfide, dette anche "challenges" nella metodologia del design sistemico adottata, sono quelle evidenze emerse e conosciute, su cui si ritiene rilevante riflettere e possibilmente intervenire. Nonostante siano qui distinte tra sfide più specifiche per un campo piuttosto che un altro, ci sono indiscutibili **relazioni tra ciò che impatta sulla società, sulla sanità, sull'economia e sull'ambiente**, rese visibili attraverso collegamenti nella terza tavola elaborata. Dalla stessa si percepiscono altri **tre livelli di lettura**, relativamente alla grandezza della circonferenza associata a ciascuna macro-sfida. Infatti, alcune di queste, le più grandi, sono maggiormente connesse ad altre o sono ambiti su cui nel breve-medio termine sarebbe più opportuno intervenire e soprattutto in cui un progetto sistemico può apportare degli spunti di miglioramento. Infine, le micro-sfide possono avere origine dall'analisi del contesto territoriale, oppure essere specialmente riferite all'ambito sanitario, e ancor più a quello aziendale ***(vedi tavola n.3)***.

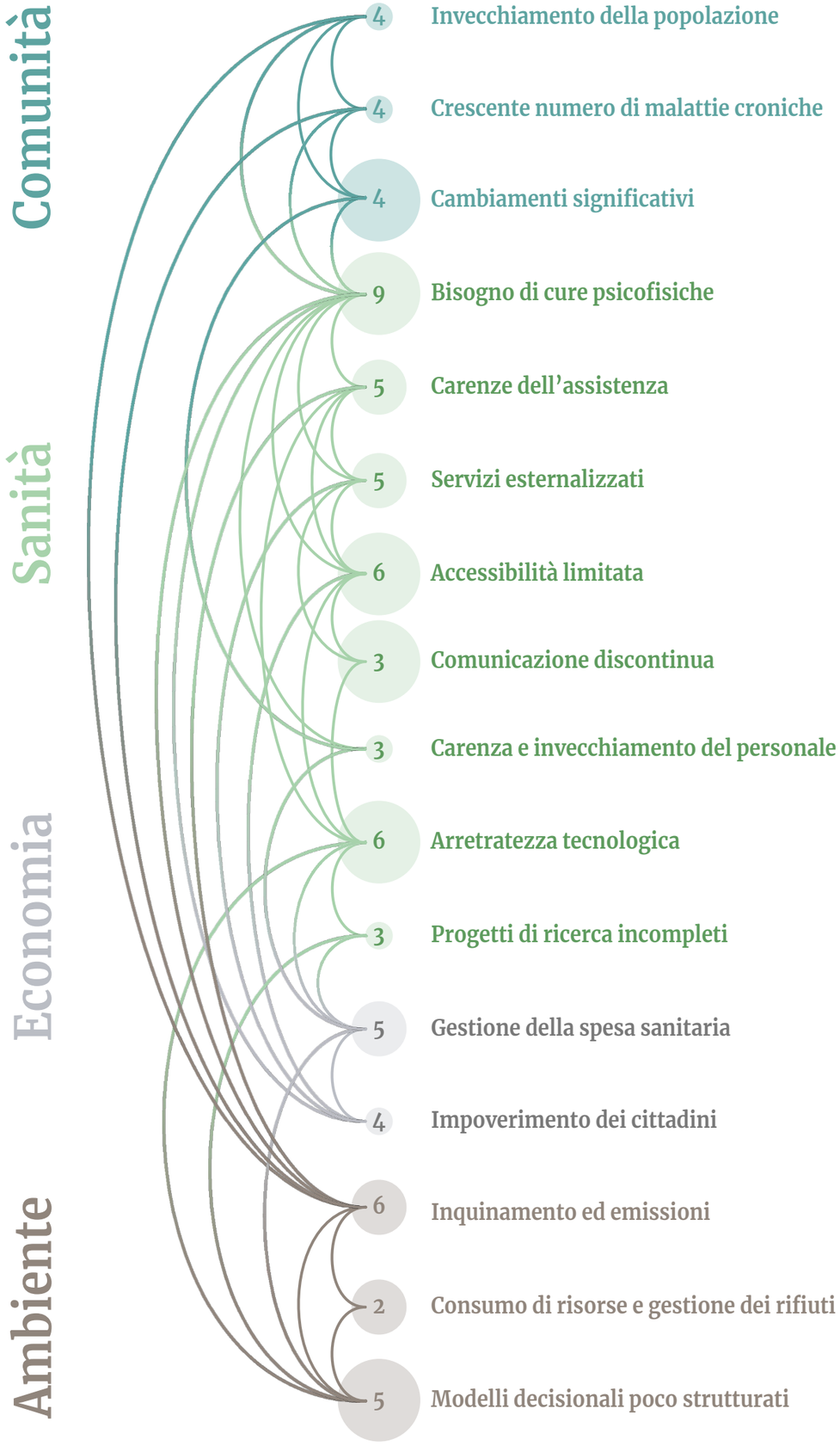
Legenda

- Comunità
- Sanità
- Economia
- Ambiente

- Sfida di territorio e/o settore
- Sfida dell'ASL TO3

- Macro-sfida di 1° livello
- Macro-sfida di 2° livello
- Macro-sfida di 3° livello

Il numero nel cerchio di ogni macro-sfida rappresenta il numero di connessioni con altre macro-sfide



Società

Invecchiamento della popolazione

Rispetto a qualche decennio fa, si può dire di star vivendo **un cambiamento demografico, il generale invecchiamento della popolazione**, nei Paesi europei ed in particolare in Italia. L'aspettativa di vita è in aumento e la natalità in calo, conseguentemente, quindi, la popolazione anziana è in crescita così come il loro **bisogno di cure e di assistenza sanitaria e sociale**.

Aumento invecchiamento della popolazione

L'aumento della longevità, in un quadro di redistribuzione demografica sempre più evidente, **costituisce una conquista perché ne testimonia i crescenti progressi** sociali, economici e medici, il perfezionamento delle condizioni esistenziali e gli inarrestabili progressi nella sfera medica, soprattutto nell'affrontare la mortalità dall'età infantile a quella avanzata. Dall'altra, tuttavia, potrebbe configurarsi come una prospettiva pericolosa per il futuro, a meno che non venga **bilanciato da una pianificazione e un'attuazione di misure di intervento** adeguate e immediate nella politica sanitaria. Bisognerebbe infatti investire nel progresso della ricerca, nell'ampliamento delle prestazioni assistenziali e nella promozione del benessere delle persone anziane (Galluzzo et al., 2012).

Si riscontra però anche una forte **iniquità nell'invecchiamento**: come già detto, le donne tendono a tendono a vivere più a lungo, e si prevede che tra il 2020 e il 2025 la loro aspettativa di vita possa superare quella degli uomini per circa 3 anni. Questa però dipende anche dal raggruppamento sociale ed economico e livello di istruzione. Infatti, sembrerebbe che nei paesi più avanzati, un giovane con una laurea può prevedere di godere di una durata della vita superiore di 7,5 anni rispetto a un coetaneo con un'istruzione meno avanzata e tale discrepanza potrebbe persino ampliarsi, nelle emergenti (United Nations, 2020).

Va prestata attenzione a come **il processo di invecchiamento incida su molteplici aspetti della società**, che comprendono sia mercati del lavoro e finanziari, che la richiesta di beni e servizi, in particolar modo gli alloggi, i sistemi di trasporto, l'assistenza sanitaria e, a lungo termine, anche le reti di protezione sociale e quelle familiari, oltre che intergenerazionali (United Nations, 2020).

Crescente numero di malattie croniche

L'invecchiamento può far sviluppare purtroppo nell'individuo **delle circostanze di fragilità e delle condizioni patologiche**, a volte anche variabili da soggetto a soggetto, che potrebbero presentarsi anche prima dell'età avanzata. In altri casi, le patologie croniche possono essere multiple nei **pazienti affetti quindi da comorbilità**. I sistemi sanitari, dunque, dovrebbero affrontare con urgenza la loro presa in carico e la loro cura, e rimediare a una delle principali sfide per il futuro.

Insorgenza di malattie croniche frequenti e gravi

In contemporanea alla transizione demografica, è evidente quella epidemiologica, in quanto, rispetto al passato, in cui prevalevano le malattie infettive e carenziali, da anni ormai **sono predominanti le patologie cronico-degenerative** non trasmissibili (Galluzzo et al., 2012).

Queste insorgono ad un'età sempre più ridotta e data la loro complessità necessitano di risorse non solo economiche, per una gestione equa e appropriata. Quindi si associa un **incremento della spesa sanitaria** che, senza opportuni interventi, può mettere a rischio il

sistema sanitario nazionale a proposito del dare accesso universale alla tutela della salute di tutta la popolazione. Quindi, oltre ai servizi ospedalieri che si occupano della gestione dei casi acuti e complessi non erogabili dagli operatori sanitari, serve il potenziamento di quelli extra ospedalieri. Essi corrispondono all'**assistenza territoriale**, la quale pone attenzione a prevenzione, ambiente di vita, presa in carico a lungo termine, continuità assistenziale, e integrazione dei servizi socio-sanitari per il paziente. L'impegno assistenziale, dunque, spetta ai **medici delle cure primarie**: infatti, i MMG e i PLS sono organizzati sulla base del "Chronic Care Model Innovative" che prevede cure territoriali e domiciliari integrate, e gestione farmaco-terapeutica (*Rapporto Osservasalute 2022*, 2023).

Polimorbilità tipica per età avanzata, donne e popolazioni a basso-medio reddito

Dall'analisi dei dati del contesto emergono casi frequenti di più malattie croniche colpiscono maggiormente gli anziani, le donne dopo i 55 anni, e le popolazioni con un basso-medio reddito o localizzate nel Sud e nelle Isole. (*Report Istat 2019*, 2021)

Il termine "polimorbilità" è stato coniato negli anni '80, ma nonostante questo. c'è ancora molta **confusione nei termini e nelle definizioni**. È però accettato che ci si riferisce in ogni caso a patologie croniche collegate o indipendenti a lungo termine fisiche e/o psichiche.

Tuttavia, sulla base di quanto affermato dall'Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane nel Rapporto Osservasalute del 2022, vanno ben distinti i termini **multicronicità** e multimorbidità. Infatti, il primo "presuppone la presenza di uno stato patologico primario che diviene il focus dell'intervento", quindi determina una gerarchia tra le patologie e una considerazione del paziente e del processo di cura ancora "**disease-oriented**". Al contrario, la **multimorbidità** "consente di osservare il paziente secondo un approccio olistico che tiene conto della complessità della sua condizione" e quindi un approccio più "**patient-oriented**"(*Rapporto Osservasalute 2022*, 2023).

Infatti, va detto che la multimorbidità può **aumentare le complicanze delle singole malattie**, sviluppando sinergie molto diverse da paziente a paziente e soprattutto impatti imprevedibili rispetto a quelli dovuti alla semplice somma degli effetti delle singole patologie (Nobili & Pasina, 2020).

La sfida maggiore, secondo il National Institute for Health and Care Excellence (NICE), riguarda la gestione della multimorbidità affinché non diventi ancora più **frammentaria e non coordinata**, dati gli elevati costi sanitari, alti rischi di riduzione della qualità di vita, alta mortalità, politerapia, reazioni avverse ai farmaci, alto ricorso ai servizi sanitari in diverse strutture, ricoveri non programmati e cure di emergenza (NICE, 2016).

Demografia, malattie e cambiamento climatico

Nel mondo sono in corso parallelamente due tendenze significative, riguardanti la **crescita demografica** e il **cambiamento climatico**, di cui collegamenti, cause, conseguenze e opportunità sono state esplorate nel nuovo studio del Joint Research Centre (JRC).

Gli eventi metereologici estremi, le ondate di caldo, le inondazioni e la siccità sono causa di mortalità e hanno impatti sul benessere e sulla possibilità di accedere ai mezzi di sussistenza. In Europa, tenendo conto delle proiezioni demografiche, è **stimato un picco delle emissioni entro il 2039**, con un aumento delle emissioni del 6%, e una decrescita entro la fine del secolo del 4%. Mentre in media a livello globale si assiste progressivamente a una leggera crescita demografica (dagli 8 miliardi di persone si prevede di raggiungere quasi 10 miliardi nel 2026), **in Europa la popolazione tenderà a diminuire nel 2026 e sta invecchiando rapidamente**. Sono proprio gli anziani a subire gli **effetti del riscaldamento globale e del degrado ambientale**, con conseguenze sull'aspettativa di vita e sull'insorgenza di malattie croniche. Si presentano così forti sfide per la loro salute, mobilità e gli alloggi e allo stesso tempo la necessità tanto di **servizi sanitari e contesti assistenziali adatti**, quanto di **politiche climatiche** che proteggano i gruppi più vulnerabili, soprattutto gli anziani. In questo, un importante ruolo spetta all'Europa e ad altri paesi più sviluppati (Stati Uniti e Cina), responsabili di forti emissioni di climalteranti, anche nel passato. Il loro fine dovrebbe

essere quello di **sviluppare dei modelli sostenibili di transizione verde**, che intervenga nel rendere più ecologica l'economia mondiale e faccia cambiare in consumi. Questi poi dovrebbero essere imitati e seguiti anche dai paesi meno sviluppati, che presentano situazioni opposte per emissioni prodotte, per motivi sia demografici che produttivi. Inoltre, le politiche europee dovrebbero principalmente **affrontare le disuguaglianze intergenerazionali** perché è possibile osservare un aumento delle emissioni pro capite con l'età e un atteggiamento diverso rispetto al cambiamento climatico. Infatti, per prima cosa gli anziani, in termini assoluti emettono meno, ma le emissioni pro capite sono più elevate, data la dimensione ridotta della famiglia e la concentrazione delle **spese su articoli residenziali ad alta intensità di carbonio**, come riscaldamento ed elettricità. Nonostante ciò, l'effetto dell'invecchiamento è presente ma non eclatante, invece è rilevante lo spostamento delle responsabilità delle emissioni verso le generazioni più anziane, da cui dipenderà il 39% delle emissioni totali entro il 2060. Più preoccupante è infatti il loro modello di consumo ad alte emissioni e la **limitata possibilità e volontà di cambiamento**, perché tra l'altro spesso vi è per loro una **percezione della gravità del cambiamento climatico minore** rispetto a quella dei più giovani, delle persone con un grado di istruzione e di reddito elevato, e ai residenti in aree urbane rispetto a quelle più rurali (Deuster et al., 2023).

Cambiamenti significativi

Con il trascorrere dell'età **si modificano le esigenze personali e le capacità funzionali e relazionali**, ma è fondamentale che il supporto e i servizi erogati consentano ugualmente alla popolazione anziana di godere di una **qualità di vita dignitosa**.

Difficoltà gravi per le funzioni sensoriali e motorie, in attività domestiche e di cura

L'invecchiamento rappresenta un processo complesso per l'individuo, caratterizzato dalla progressiva **diminuzione dell'abilità funzionale e delle capacità intrinseche**, intese sia fisiche, quindi sensoriali e motorie, che mentali, psichiche, esperienziali ed affettive. Queste possono essere influenzate dai luoghi fisici, sociali e politici in cui ha vissuto nella sua vita, ma anche dai cambiamenti generali e dalla presenza o assenza di una malattia. Vi è anche un **aumento della fragilità** che, per la definizione dell'OMS nel 2015, si riferisce a un declino graduale delle funzioni fisiche legato all'età, che rende gli **anziani estremamente vulnerabili** agli stress e aumenta il rischio di subire una serie di conseguenze negative per la salute. Tra l'altro possono insorgere circostanze di cronicità, esempio neurodegenerative oppure cardio e cerebrovascolari, che causano nella popolazione che ne soffre, il **rischio di disabilità, mobilità ridotta e limitazioni** in alcune attività essenziali nella quotidianità. Infatti, si può estendere il concetto di aspettativa di vita oltre al numero di anni raggiunti, ma considerando quelli realmente **vissuti senza limitazioni nelle attività quotidiane** di cura personale (ADL) o domestiche (IADL). Si parla quindi dell'indicatore dell'aspettativa di vita libera da disabilità, denominato "Disability Free Life Expectancy (DFLE)". Dunque, quando l'invecchiamento avviene in buona salute ha **implicazioni positive per l'anziano stesso e per la sua famiglia e società**, perché ne è partecipe e le rafforza. In caso contrario, se gli anni aggiuntivi sono trascorsi con cattive condizioni di salute, dipendenza dalle terapie e isolamento sociale, possono esserci effetti negativi per tutti, compreso il sistema sanitario (United Nations, 2020; Galluzzo et al., 2012; *Rapporto Osservasalute 2022*, 2023).

Impegno fisico ed emotivo e incapacità dei caregivers nelle relazioni di cura

Le condizioni e le problematiche vissute dall'anziano non possono essere separate da quelle della famiglia e della società. Solitamente un **familiare ha il ruolo fondamentale di gestione** dei vari interventi medici, riabilitativi, assistenziali e psicologici e di informatore e tramite, limitando anche le proprie opportunità lavorative e relazionali, e quindi la propria qualità di vita. Pertanto, subiscono un forte carico fisico ed emotivo dovuto all'assistenza a domicilio e alla **condivisione con i parenti di tutte le perdite** che si verificano, non solo a livello di lutti, ma anche in lavoro, mobilità e denaro. Sono aspetti da considerare sia per il **benessere del caregiver**, attraverso l'ascolto, la comprensione e l'aiuto, che per la riuscita

serena di un nuovo **percorso di adattamento e accettazione,** coinvolgendo chi è accudito e l'intera famiglia. Infatti, possibilmente con il supporto di uno psicologo, si devono riequilibrare le forze e i legami al suo interno, soprattutto nei casi frequenti in cui si creano dei conflitti interni per le scelte da prendere e la distribuzione dei compiti (Lucchi, 2018).

Tuttavia, in altri casi il paziente anziano cronico non viene seguito da un parente, ma da altre figure della società, i caregiver su cui in Italia si scarica gran parte del peso della gestione della cronicità.

Purtroppo, in alcune indagine ed esperienze si riscontrano le **incapacità varie dei caregivers nelle relazioni di cura**, che contribuiscono a causare nel paziente sensazioni di sofferenza fisica, sociale e/o esistenziale, alienazione e mancanza di coinvolgimento, insicurezza e sfiducia, solitudine per assenza dell'altro e di dialoghi (Svanström et al., 2013).

Invece, va attenzionato il **comportamento di attaccamento dell'adulto** che deve affrontare i traumi di decadimento psico-fisico. Infatti, secondo la teoria dello psicanalista inglese John Bowlby e la psicologa sua allieva Mary Ainsworth, in età avanzata si verifica un rovesciamento del rapporto asimmetrico di attaccamento per cui "**i figli diventano genitori dei propri genitori**". Pertanto, così come un bambino ha bisogno di sicurezza e protezione, sulla base di questo primo rapporto con l'accudente, anche l'adulto ha **bisogno di relazioni affettive** significative e di qualità, per avere stabilità emotiva e **fiducia nel tipo di cura e di chi se ne occupa** (Memini, 2020).

Problemi psicologici, depressivi, di socializzazione, marginalizzazione e solitudine

Si realizzano diverse dinamiche per la persona anziana malata: oltre all'invecchiamento fisico e psicologico, si modifica il comportamento e la **relazione con la società**. Qualsiasi tipo di perdita, tra cui quella dell'autonomia, abbandono, distacco e cambiamento è un possibile "evento marcatore" che riduce il senso di sicurezza e complica il **processo di adattamento** e l'equilibrio dell'individuo. Anche il suo **ruolo nella famiglia si è trasformato**: in passato i parenti anziani erano visti come guida ed esempio per i più giovani, da rispettare e proteggere per la loro saggezza. Invece, ad oggi in una società che aspira alla massima produttività ed efficienza, colui che invecchia viene spesso emarginato e fatto sentire "inutile" e come un peso. Dunque, l'anziano di oggi vive una situazione diversa, rispetto a quando era giovane. Inoltre, è spesso solo, lontano dai propri figli, perché le **famiglie sono meno numerose o addirittura unipersonali**, a causa del calo della natalità e della crescita della speranza di vita (Lucchi, 2018).

In Italia, come in altre zone d'Europa, il **numero di persone sole è in aumento**, soprattutto della fascia di età avanzata. Secondo i rapporti dell'Istat del 2018, la percentuale di persone che vivono da sole rappresenta il 16% della popolazione tra i 55 e i 74 anni, mentre sale al 38,3% per coloro che superano i 75 anni. Invece, le previsioni Istat aggiornate al 2021 prevedono nel 2041 un 60% di persone over 65 sole, soprattutto donne, data la loro maggiore speranza di vita. Inoltre, tra le persone di età superiore ai 75 anni, il 40% non dispone di una **rete di parenti o amici su cui fare affidamento** in caso di necessità, e solo l'11,7% può contare su un vicino di casa come punto di riferimento. Nel rapporto Eurostat del 2017, emerge che il 13,2% della popolazione italiana si trovava in una situazione in cui non poteva richiedere **assistenza materiale, morale o finanziaria** da parte di altri. A questo si aggiunge la difficoltà di trovare individui di fiducia con cui condividere questioni personali, con una percentuale che è il doppio rispetto alla media europea. Questi fattori contribuiscono a una **coesione sociale limitata** e ad un **senso di appartenenza ridotto**, che probabilmente hanno un impatto sulla crescente individualizzazione e isolamento sociale (De Leo & Trabucchi, 2020).

In aggiunta, **la pandemia ha esercitato un profondo impatto sulle dinamiche sociali e culturali**, influenzando notevolmente la società e le persone a livello individuale. Questo si è manifestato attraverso cambiamenti nelle abitudini e nei comportamenti, e ha acuito problemi psicologici o di isolamento sociale, e fenomeni di emarginazione (Ferrero et al., 2021).

Le restrizioni e le diverse incertezze hanno colpito maggiormente gli under 50, invece per gli anziani la percezione della mancanza di reti sociali stabili è rimasta invariata anche se ugualmente negativa. In seguito a questi eventi, l'interesse in Italia, si è fatto sentire,

riconoscendo il bisogno di prestare **attenzione alle persone sole in condizioni di dolore e sofferenza**, rischiose per la propria salute psicofisica. Va anche distinta una solitudine effettiva, valutando l'**estensione della rete familiare e sociale**, misurabile sul numero concreto di affetti, di relazioni e legami sociali, e di quella percepita, dovuta a **isolamento emotivo e sociale**, assenza di relazioni soddisfacenti e impossibilità di crearne delle nuove. Ne possono conseguire **effetti a livello fisico**, come problemi al sistema immunitario e con l'appetito, oppure **psicologici**, diventando **anche cronici** (stati depressivi, disturbi post-traumatici da stress, ansia, panico, pensieri negativi) e limitanti nelle possibilità relazionali (De Leo & Trabucchi, 2020).

Sanità

Bisogno di cure psicofisiche

Le persone hanno **diritto a servizi sanitari fondamentali di alta qualità**, senza discriminazioni e allo stesso **tempo senza difficoltà per la loro situazione finanziaria**. Questi dovrebbero coprire una gamma completa di interventi, compresi quelli preventivi, promozionali, terapeutici, riabilitativi, palliativi, odontoiatrici, integrativi e protesici. Inoltre, dovrebbero essere disponibili farmaci e vaccini essenziali che siano **sicuri, accessibili ed efficaci** (United Nations, 2020).

Contatti frequenti con il medico di famiglia e lo specialista

I contatti con i medici di medicina generale o gli specialisti possono essere **differenti nel corso della propria vita**, cambiando per fascia d'età ed esigenze di salute. Di base però **le attività di questi professionisti sono connesse**: infatti, il MMG si trova spesso ad affrontare una serie di richieste per le visite specialistiche o di prescrizioni provenienti dalle stesse consulenze esterne. Inoltre, **il carico del loro lavoro è maggiore per i pazienti con multicronicità**: aumentano le richieste di servizi di vario genere, dai farmaci alle visite. Si occupa anche del processo di "deprescribing" volto alla revisione e, se necessario, alla riduzione ed eliminazione delle dosi di farmaci che potrebbero non essere appropriati per il paziente. Infine, offre consulenza (counselling), preferibilmente con il massimo impegno in continuità, accessibilità e con un tempo sufficiente. Pertanto, i **sistemi informatici per la gestione delle cartelle cliniche** possono rappresentare un supporto prezioso per il MMG perché aiutano nell'identificazione di pazienti con bisogni complessi, nella gestione della loro assistenza in modo appropriato e nella condivisione delle decisioni fondamentali per il miglioramento della qualità della vita del paziente (*Rapporto Osservasalute 2022*, 2023).

Esami diagnostici e controlli periodici

Per i pazienti anziani e cronici, il numero di esami diagnostici e di controlli periodici risulta elevato nell'indagine Ehis-2019, al fine di avere monitorato il proprio stato di salute. I **Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA)** sono di base il mezzo utilizzato per avere un approccio clinico che sia uniforme e specifico per una categoria di pazienti. Hanno l'obiettivo di fornire a ciascun paziente le terapie necessarie al momento opportuno e nel contesto adeguato, avvalendosi dell'assistenza da parte di professionisti della salute che, in base alle loro mansioni e competenze, sono in grado di prendersi cura del paziente. Questo approccio mira a gestire e risolvere le questioni legate alla salute **in maniera olistica e multidimensionale**. Tuttavia, a limitarne l'applicazione in caso di multimorbidità è il fatto che sono **strumenti "disease-oriented"** e l'impossibilità quindi di considerare la compresenza di più malattie croniche in un singolo paziente. Le **Linee Guida specifiche per ciascuna patologia** invece affrontano situazioni simili in alcune pubblicazioni, però rimangono delle risorse complesse da elaborare, richiedono notevoli risorse e hanno un'applicabilità limitata ai contesti per i quali sono state create. Piuttosto sarebbe preferibile un approccio "patient-oriented" che esamini, **non solo gli aspetti clinici**, ma anche "l'alimentazione, l'attività fisica, le abitudini quali il fumo e il consumo di alcol, nonché le dinamiche familiari, il lavoro e la

priorità con la quale ciascun individuo guarda alla propria salute". Può essere dunque utile utilizzare lo strumento della **Valutazione Multidimensionale**, introdotto da Rubenstein nel 1991 e definito come "processo diagnostico interdisciplinare multidimensionale incentrato sulla valutazione delle condizioni mediche, psicologiche e funzionali di una persona". Solo in seguito all'analisi dettagliata si passa allo sviluppo di un piano di trattamento e monitoraggio a lungo termine, al fine di promuovere il benessere dell'individuo attraverso un **approccio integrato e coordinato** (*Rapporto Osservasalute 2022*, 2023).

Bisogno di cure riabilitative

In sanità sta emergendo un quadro che si caratterizza per cronicità, disabilità, non-autosufficienza e ricoveri frequenti e ripetuti nell'arco di un solo anno, per i pazienti anziani e cronici. Ciò dimostra un **elevato bisogno di cure riabilitative**, intese non solo come la fisioterapia, e quindi come un **esercizio cognitivo e fisico**, oppure come **attività di recupero** dopo un intervento clinico acuto ospedaliero, ma anche una medicina riabilitativa **specialistica**. Quest'ultima dovrebbe assicurare percorsi integrati e coinvolgere un équipe interdisciplinare per **l'offerta di cure correlate**, includendo terapie farmacologiche, interventistiche e plastico-funzionali, nel tentativo di assicurare la massima autonomia per il paziente. Attraverso **sistemi informativi di supporto** avrebbe a disposizione le competenze mediche nel campo e le banche dati sui pazienti (Giorgi, 2018).

Bisogno di farmaci e apparecchiature con rischio di politerapia

Bisogna attenzionare, negli ultimi anni, la **domanda globale di farmaci in crescita**, per prevenire o rallentare la progressione sia di patologie acute che croniche, soprattutto negli anziani. Ne consegue un aumento dei **rifiuti generati a causa dei prodotti farmaceutici**. I sistemi sanitari dovrebbero ridurre quando possibile la quantità di farmaci prescritti e affrontare la gestione dei rifiuti farmacologici nelle strutture aziendali e a livello politico (Ferrero et al., 2021).

Secondo l'Osservatorio Nazionale sull'impiego dei Medicinali nel Rapporto Nazionale del 2017 "L'uso dei Farmaci in Italia", il numero di sostanze prescritte per soggetto all'anno è in media di 9,7 **principi attivi diversi** per i pazienti anziani di entrambi i sessi, e passa da 7,7 per gli over 65, a 11,8 per quelli over 80. Si definisce perciò **politerapia** la situazione per cui i farmaci prescritti siano uguali o superiori a cinque. Inoltre, dai dati del rapporto del progetto REPOSI l'esposizione a questo fenomeno si evidenzia una prevalenza d'uso della politerapia del 52% nel momento di ingresso in reparto, che passa al 67% **in seguito a dimissione ospedaliera**. Questo tipo di prescrizione multipla avviene soprattutto per la multicronicità, perché l'approccio di cura attualmente più diffuso è frammentato e "disease-oriented". Ciò implica un pericolo per il benessere del paziente, in quanto combinazioni anche molto complesse di farmaci possono causare interazioni tra farmaci da tenere sotto controllo. Infatti, un farmaco potrebbe essere valutato come inappropriato, se la **possibilità di subire effetti indesiderati e reazioni avverse (ADR)** supera i benefici previsti, specialmente quando esiste una prova scientifica a favore di un trattamento alternativo più sicuro ed efficace per la stessa condizione clinica. Oltre agli **errori terapeutici**, altre problematiche potrebbero essere dovute alla **scarsa aderenza alle terapie** da parte dei pazienti stessi. Queste circostanze possono causare comparsa di malattie geriatriche, perdita dell'autonomia funzionale, deficit cognitivo, fragilità, ospedalizzazione e mortalità, con conseguente **crescita dei costi per l'assistenza**. I pericoli maggiori nella politerapia potrebbero insorgere per via della discrepanza tra la complessità dei casi clinici con multimorbidità e la prescrizione necessaria se si seguono le linee guida per ogni patologia coinvolta. Pertanto, applicare esclusivamente la somma delle singole raccomandazioni può aumentare l'eventualità di inefficacia terapeutica, con **complicazioni anche più critiche delle malattie stesse**. Proprio per questo andrebbe **valutata l'appropriatezza prescrittiva** nell'anziano in cura quando si provvede a integrare le terapie, oppure si pianifica un controllo almeno ogni 6-12 mesi, e in particolar modo per ogni passaggio da un contesto (setting) di cura ad un altro (Nobili & Pasina, 2020).

Cure della salute mentale trascurate e assenza psicologo nei contesti di cura

Dall'analisi olistica risultano forti importanti **bisogni di cura degli stati depressivi** nella popolazione, soprattutto anziana, ma la stessa trascura le cure psicologiche in un confronto con quelle fisiche. Il **benessere fisico e mentale** sono però connessi e la salute non può essere più intesa solo come mancanza di malattia, ma va correlata al mantenimento di entrambe, insieme alle relazioni interpersonali e sociali, anche quando si invecchia e si verificano molteplici condizioni patologiche (Gabbrielli, 2019).

Tuttavia, nei vari contesti di cura manca la **figura dello psicologo**, oppure generalmente è limitata alle Unità Operative di Psichiatria, alle questioni sulla sofferenza psicologica, o alle patologie associate alle condizioni fisiche. Invece saprebbe fornire strumenti e metodologie per migliorare il processo di cura e gestire gli aspetti psicologici intrinseci in **tutte le dimensioni dell'assistenza sanitaria** (Lucchi, 2018).

Infatti, negli ultimi anni, vi è stato un **aumento delle richieste di supporto psicologico** da parte delle persone di età superiore ai 65 anni, inclusi i servizi offerti da professionisti privati. Pertanto, oltre all'ambito psicogeriatrico, il supporto psicologico sta diventando **parte integrante della gestione delle condizioni croniche** sia in ospedale che nelle strutture per anziani. Questo perché la psicoterapia si è dimostrata efficace nel contribuire alla **gestione dei sintomi legati all'ansia e alla depressione** che possono emergere durante il processo di invecchiamento a causa di difficoltà e grandi cambiamenti (problemi di salute fisica, limitazioni nelle funzioni cognitive, lutti, paura della morte, pensionamento e modifiche nella quotidianità) (Gabbrielli, 2019).

Infine, la psicoterapia per gli anziani può svolgere un ruolo essenziale nell'incrementare la **collaborazione del paziente rispetto ad altre terapie suggerite** e può costituire un prezioso strumento nel mitigare i sintomi associati alla sofferenza psicologica (Ghezzer & Pedroni, 2017).

Carenze dell'assistenza

Le esigenze della popolazione italiana sono notevolmente cambiate rispetto a quelle di qualche decennio fa. Pertanto, l'intero sistema sociale e sanitario deve **rivedere la propria organizzazione** al fine di soddisfare le esigenze di una maggioranza che **richiede assistenza e supporto regolare e costante**.

Assistenza territoriale carente e non omogenea

Si riscontra una **distribuzione debole e non omogena dell'assistenza territoriale**, sia sanitaria sia sociale, che si ripercuote sulle strutture ospedaliere e sulle famiglie.

Secondo il Piano del Decennio delle Nazioni Unite per l'invecchiamento in buona salute (2021-2030), molti sistemi sanitari appaiono **impreparati ad affrontare le questioni relative all'invecchiamento**, essendo principalmente progettati per gestire problemi di salute acuti di singoli individui. Inoltre, essi non sono sufficientemente pronti a fornire agli anziani un sistema di assistenza sanitaria integrata, che sia ben coordinato tra vari fornitori e strutture, e in linea con l'offerta sostenibile di assistenza a lungo termine (United Nations, 2020).

Assistenza a lungo termine poco sostenibile ed equa

I servizi sanitari destinati agli anziani, sia quelli offerti a domicilio, sia quelli per situazioni di emergenza o di lungodegenza, tendono ad essere in generale **carenti, eterogenei e frammentati**, secondo quanto dichiarato nel 2012 (Galluzzo et al., 2012).

Tuttavia, ad oggi si sta assistendo ad un passaggio **dalla "Centralised Care" alla "Decentralised Care"**, per la quale, oltre ad avere centri per le cure classiche o specializzate, si assistete il paziente il più possibile a casa. (Ferrero et al., 2021)

Si parla quindi di assistenza a lungo termine ed è rappresentata principalmente dagli **sforzi informali delle famiglie** dei pazienti, soprattutto cronici. Considerando però che tali caregiver potrebbero non avere la formazione necessaria per dare il giusto sostegno, ma anche la scarsa disponibilità di giovani che possono fornirlo e la grave tensione che vivono, questo modello assistenziale potrebbe essere **poco sostenibile ed equo** (United Nations, 2020).

Sprechi e prestazioni sanitarie poco efficaci

Le richieste di cura sono costantemente in crescita e lo si evince anche dalle **liste di attesa ancora irrisolte**. Proprio per questo, si pensa che ai sistemi sanitari serva rinnovare e incrementare il personale, le attrezzature e i servizi. Andrebbero invece **riviste le prestazioni inappropriate** o di scarso valore clinico, che contribuiscono all'aumento delle **emissioni di gas clima-alteranti** e sottraggono risorse alle cure di cui si riconosce invece l'efficacia. Questi cambiamenti sarebbero tanto importanti per contenere l'impronta ecologica dei sistemi sanitari e per renderli più sostenibili economicamente, dal momento in cui corrispondono a **un terzo della spesa sanitaria complessiva**, e più sicuri per il benessere degli individui, evitando **effetti iatrogeni**, cioè dannosi perché provocati da usi impropri delle terapie. Un esempio sono le indagini radiologiche che sono effettuate di routine, ma, ad eccezione di alcuni casi specifici, non sono necessarie ed espongono i pazienti a radiazioni non giustificate (Bonaldi et al., 2021).

Servizi esternalizzati

Tantissimi servizi dell'ASL TO3 sono esternalizzati, passando sempre attraverso una **convenzione per formalizzare tutte le attività** che si prevedono per l'azienda (*Intervista ai referenti dell'ASL TO3*).

Poco contributo diretto per assistenza sociosanitaria e servizi di ascolto

Mancano **consultori specifici per l'ascolto e il sostegno** degli anziani e dei malati cronici, che coprano i bisogni di un'ampia fascia di popolazione. Il servizio non è istituzionalizzato dal SSN, a differenza dei consultori pediatrici e familiari, però ci sono casi rilevanti in Italia specializzati nell'ambito geriatrico. Invece, l'ASL TO3 offre servizi dedicati alla salute mentale e alla prevenzione principalmente attraverso **convenzioni con associazioni e cooperative sociali accreditate**. Lo stesso vale per molti servizi residenziali e semiresidenziali, causando una **frammentazione dei processi di cura e assistenza**.

Risicato servizio di promozione della salute e prevenzione esternalizzata

Dall'intervista all'azienda emerge che i piani di prevenzione e la promozione della salute in genere si fondano **quasi esclusivamente su esterni** che collaborano tramite convenzioni con il loro risicato servizio di promozione della salute. Sarebbe auspicabile l'attivazione di maggiori programmi finalizzati allo **sviluppo ed al potenziamento delle attività** di promozione della salute e prevenzione primaria collettiva (*Intervista ai referenti dell'ASL TO3*).

Accessibilità limitata

Mentre il settore sanitario continua a progredire, e la spesa sanitaria ad aumentare**, l'accessibilità rimane una questione irrisolta**, sebbene rappresenti uno dei tre **fattori chiave per una sanità efficiente**, insieme alla qualità e ai finanziamenti (Servente, 2022).

Difficoltà di accesso alle cure e lunghi tempi di attesa in aumento

In Italia, 9 milioni di cittadini hanno difficoltà di accesso alle cure, con tempi di attesa che sono aumentati del 25%e tra il 2014 e il 2017, creando la principale fonte di **insoddisfazione verso il sistema sanitario** (Spandonaro et al., 2022).

Sono lunghe, infatti, le attese per poter sottoporti a una visita specialistica o un intervento chirurgico. Queste circostanze **tenderanno ad aumentare** a causa dell'invecchiamento della popolazione e dei prezzi poco accessibili per i servizi sanitari di qualità. Si creano inevitabilmente delle **differenze di salute** fra chi può permettersi prestazioni sanitarie private e chi no.

Per un'assistenza sostenibile andrebbero invece rispettati **diversi prerequisiti**:

- il tempo necessario per ottenere la prestazione sanitaria di cui si necessita;
- i costi (in and out of the pocket);
- la comodità con cui si raggiungono i servizi sanitari in termini di accesso fisico (distribuzione geografica);
- la disponibilità di personale qualificato.

Inoltre, al fine di **poter vivere dignitosamente anche in malattia**, è altrettanto importante assicurare la disponibilità semplice e veloce di cure preventive, psichiche, palliative e di assistenza a lungo termine. È utile considerare che la richiesta per queste ultime si prevede possa crescere per l'aumento degli anziani e la contemporanea riduzione degli assistenti informali che solitamente le forniscono (Servente, 2022).

Disuguaglianze legate all'invecchiamento in buona salute

Le possibilità di accedere alle cure e quindi di poter invecchiare in buona salute, **non sono distribuite in modo omogeno** per la popolazione, in particolare se si confrontano quelle tra diverse aree geografiche del mondo, ma anche all'interno di una stessa nazione. Le cause di queste difficoltà ricadono sulle **diverse condizioni** socio-economiche, occupazionali e formative che creano **disuguaglianze**, perché, sulla base di risorse certe e di una cultura e un sistema che non mette nessuno in svantaggio, l'individuo è incoraggiato e influenzato nel fare scelte sane per sé e dare sostegno agli altri. Le problematiche invece ci sono se questo non accade e si accentuano per **donne, anziani, e chi vive in contesti di fragilità ed emergenza**, dove mancano le risorse e ci sono maggiori barriere per il benessere e la partecipazione alla società. Anche il solo accesso alle cure preventive primarie e secondarie ridurrebbe le spese sanitarie, evitando l'impoverimento, e migliorerebbe la salute (United Nations, 2020).

Comunicazione discontinua

I **flussi dei pazienti** tra una struttura sanitaria e l'altra, pubblica o privata, e da un servizio all'altro, tendono a perdersi, diventando impossibili da seguire dall'inizio alla fine e complicando i processi di diagnostici e terapeutici. Invece, se si riuscisse a **informatizzarli**, non con un'informatizzazione che segue la carta, ma come una revisione del processo, **la sanità potrebbe avere una svolta**, i processi sarebbero più snelli e globali, e il sistema informativo in genere sarebbe **promotore di innovazione** (*Intervista ai referenti dell'ASL TO3*).

Non tempestiva informazione tra medici e strutture

Dall'intervista svolta sulla situazione attuale dell'ASL TO3, emerge un malcontento sulla **lentezza della comunicazione** tramite supporti cartacei tra professionisti, riguardante gli spostamenti dei pazienti nel sistema sanitario interno all'azienda ed esterno, e tutte le relative informazioni cliniche, indispensabili per il suo quadro clinico. Si creano infatti numerosi "colli di bottiglia" che causano i **ritardi nei processi di cura** e un'insoddisfazione per il paziente e il

suo caregiver, solitamente preoccupati di verificare che tutto sia svolto in modo appropriato e sicuro (*Intervista ai referenti dell'ASL TO3*).

Informazioni sanitarie frammentate, poco chiare e fruibili

Non sempre tutte le nozioni sanitarie e assistenziali di cui si ha bisogno concordano su un tema, oppure non sono disponibili su un unico portale, ma è necessario consultare numerose fonti diverse, creando **quantità eccessive di indicazioni** anche contrastanti che impediscono una fruizione e una comprensione semplice e chiara.

Un altro problema sull'acquisizione di informazioni sanitarie, soprattutto per le fasce di popolazione con età superiore alla media, è la **tendenza alla disinformazione** che passa attraverso le fake news sul web, su cui gran parte dei cittadini italiani cercano motivazioni legate ai propri sintomi, definendo delle **autodiagnosi errate** e soprattutto non verificate da personale medico competente.

Carenza e invecchiamento del personale

Il personale sanitario medico, infermieristico e assistenziale in Italia è carente, a causa degli **stipendi insufficienti**, del forte **stress lavorativo** e del continuo ricambio del personale (turnover) per i **pensionamenti** di professionisti, sempre più anziani, come i pazienti stessi.

Difficoltà di conciliazione della vita privata e lavorativa

Il personale sanitario e i caregiver sono quotidianamente a stretto contatto con il malato, e corrono il rischio di attraversare **momenti di forte stress**, in alcuni casi anche il burnout, perché sono costantemente chiamati a **intervenire con rapidità** e **colpiti indirettamente dai cambiamenti**, spesso non risolvibili e mutevoli, come la sofferenza, la morte e la cronicità. Questo può provocare lo scarso coinvolgimento durante il lavoro, un importante livello di esaurimento emotivo e il **deterioramento delle relazioni con i pazienti**. D'altronde però l'insoddisfazione al lavoro può dipendere anche dal **rapporto con i propri colleghi** (Lucchi, 2018).

Inoltre, in alcuni casi, il grande carico di lavoro "desk-less" non consente di equilibrare il **tempo dedicato al lavoro e alla vita privata**, causando ulteriori fonti di stress rispetto ad altre professioni. Infatti, risultati di studi condotti dal Boston Consulting Group ("Future of Work Deskless Worker Sentiment Survey" del 2022, e "The Network – Decoding Global Talent" del 2023), indicano che circa un terzo di questi professionisti, tra cui gli operatori sanitari, ha l'intenzione di **abbandonare il proprio impiego** nei prossimi 6 mesi; mentre il 70% afferma che considera l'equilibrio tra lavoro e vita personale come una priorità nella selezione di un nuovo impiego (Pedrini et al., 2023).

Turnover, invecchiamento e carenza della forza lavoro sanitaria

L'Italia, secondo il Rapporto del C.R.E.A., manifesta una carenza del personale sanitario, sia medico che infermieristico. Per allinearsi alle cifre europee, si dovrebbero investire circa **30,5 miliardi di euro per assumere nuovi professionisti**. Inoltre, considerando i maggiori **bisogni della popolazione che invecchia** progressivamente, mancherebbero circa 30 mila medici. Andrebbero quindi mediamente assunti 15 mila nuovi professionisti ogni anno, se si tiene in conto che circa 12 mila di loro vanno in pensione nello stesso tempo. Il sistema pensionistico attuale infatti è in crisi perché necessita il pagamento di **pensionati in aumento**, con i soldi di lavoratori in diminuzione. Inoltre, **numeri più gravi riguardano gli infermieri**: ne mancherebbero circa 250 mila per raggiungere i livelli europei, e dai 40.000 agli 80.000 aggiuntivi per coprire i bisogni espressi per l'attuazione del PNRR. Tuttavia, l'interesse in Italia per questo settore è scarso, un terzo che negli altri paesi europei, per **motivazioni economiche** e **legate alla carriera**. Esiste anche una scarsità di professionisti interessati a

operare nel campo della **cura a lungo termine** (Long Term-Care, LTC), a causa di **percezioni negative**, tra cui **condizioni di lavoro svantaggiose** e contesti caratterizzati da un **elevato livello di stress** (Spandonaro et al., 2022).

Arretratezza tecnologica

Il sistema sanitario è basato molto su un modello tradizionale e la situazione socio-sanitaria, determinata dalla pandemia da Covid-19, ha evidenziato il bisogno di **investire in tecnologie e strumenti innovativi e digitali** per superare l'arretratezza e ottimizzare l'organizzazione per l'offerta preventiva, diagnostica e terapeutica.

Obsolescenza delle apparecchiature tecnologiche e delle dotazioni informatiche

Nel settore sanitario, si verifica una resistenza a modificare quanto c'è di tradizionale, e quindi una **progressione molto lenta nell'adozione di tecnologie avanzate e nella digitalizzazione**, in confronto ad altri settori che sono spinti dalla competizione del mercato e non hanno la stessa **complessità e articolazione del sistema della sanità pubblica**. Pertanto, le dotazioni tecnologiche e informatiche sono obsolete, ma andrebbero rinnovate per maggiore qualità non solo nei servizi alla cittadinanza, ma anche in comunicazione, amministrazione e ricerca (Ferrero et al., 2021).

Incompleta diffusione della telemedicina

Nell'ASL TO3 c'è un **grosso impulso alla promozione della telemedicina** e in maniera lungimirante hanno cercato di raccogliere da parte delle strutture quali fossero le **potenzialità e le criticità** dell'utilizzo della telemedicina nel loro contesto, per riuscire poi ad avere una **strategia aziendale** su cui muoversi per evitare di avere il dispositivo che però poi non è utilizzabile nel loro contesto. É da tutti condiviso che la telemedicina è lo strumento **migliore per la prescrizione di piani terapeutici** (prescrizione medica che autorizza il paziente cronico a prendere in maniera continuativa un farmaco, ma ha bisogno dopo un certo numero di mesi di una rivalutazione specialistica del reale bisogno). É il sistema più **promettente per la gestione del paziente cronico** (*Intervista ai referenti dell'ASL TO3*).

L'intervento previsto con la Missione 6 PNRR sulla telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale, evidenzia inoltre la necessità di diffondere e dare l'accesso uniformemente questo strumento **su tutto il territorio nazionale**. Inoltre, secondo il report di Deloitte "Outlook Salute Italia – Prospettive e sostenibilità del sistema sanitario", la consapevolezza legata alla diffusione degli strumenti e dei servizi digitali è aumentata nella popolazione, con un aumento delle persone che usufruiscono della telemedicina. Allo stesso tempo però un 26% degli intervistati in Italia pensa che **non sia ancora diffusa sufficientemente** (Borsani, 2022).

Uso ancora limitato e disomogeneo della cartella clinica elettronica e del fascicolo sanitario elettronico

In seguito alla pandemia, secondo lo stesso report di Deloitte (2021), è cresciuta la conoscenza per gli italiani su cosa sia il Fascicolo Sanitario Elettronico (vedi ***annotazione 6.1***), passando dal 23% degli intervistati nel 2019, al 41% nel 2021 (Borsani, 2022). Nonostante ciò, dopo ulteriori mesi il **rilancio del FSE non è ancora completo in tutte le regioni**, il suo **utilizzo da parte dei cittadini** nel primo trimestre del 2023 supera la percentuale del 50% sono in Emilia-Romagna, per il resto delle regioni l'uso è quasi pari a zero, in Piemonte intorno al 15%. La percentuale di utilizzo dello stesso **dai medici** è molto vicino al 100% in sette regioni, invece la regione Piemonte invece al 90%, e altre sei sono allo 0% oppure al di sotto del 10% (Marino, 2023).

(annotazione 6.1)
Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)

È una piattaforma online che raccoglie i dati e le informazioni sanitarie di un individuo provenienti da diverse fonti, quali ospedali, poliambulatori, studi medici, e altro ancora. Comprende dettagli identificativi del paziente, risultati di esami, referti, annotazioni del Pronto Soccorso e altre informazioni rilevanti sulla salute.

(annotazione 6.2)
Carta Clinica Elettronica (CCE)

È un documento digitale che viene creato dalla struttura sanitaria che ha in carico un paziente, per raccogliere e organizzare tutte i dati della sua storia clinica, inclusi visite, esami e referti, creando un quadro clinico completo e aggiornato, condiviso e accessibile in modo semplice e veloce dal paziente e da tutti i dottori che lo hanno in cura.

Inoltre, è piuttosto **limitata la diffusione della cartella clinica elettronica** (CCE) (vedi ***annotazione 6.2***), perché per il momento non è altro che la versione digitale di un documento cartaceo su cui sono registrate le attività diagnostiche e di visita, svolte in reparti e ambulatori informazioni mediche sul paziente. Non avviene quindi una vera e propria innovazione rispetto a quella tradizionale, vengono trattati i dati dei pazienti senza riportare il significato delle informazioni. Quindi si documenta tutto in modo oggettivo, ma ciò **non aiuta i medici e gli infermieri nel loro lavoro**, che ad esempio necessiterebbe che siano evidenziate particolari esigenze e caratteristiche del paziente utili alle terapie sulla base di quei dati. Andrebbero perciò riprogettate, includendo nel gruppo di ricerca, non solo gli informatici, ma anche i rappresentanti del personale che lo possono utilizzare come strumento di lavoro, e **non solo di supporto** (Mangia, 2021).

Diffidenza e limiti sulla diffusione dei dati personali sanitari

Se da un lato i pazienti mostrano una certa **diffidenza nel condividere i propri dati personali sanitari**, dall'altro riconoscono la **comodità di poter accedere ad alcuni servizi digitali** come la telemedicina, dati gli evidenti vantaggi.

Allo stesso tempo, una questione di estrema attualità e ancora aperta riguarda **l'utilizzo dei dati**, ampiamente disponibili presso le strutture sanitarie e le amministrazioni pubbliche, al fine di svolgere **progetti di ricerca scientifica**, medica, biomedica e in particolare epidemiologica. Ci sono diverse norme sul tema, sulla **condivisione dei dati a un terzo soggetto**, sul tipo di trattamento che se ne farà rispetto alle finalità e al settore della raccolta iniziale, e anche sull'**informare e richiedere il consenso all'interessato** da cui sono stati acquisiti, almeno quando ciò non comporta uno sforzo sproporzionato o vano. Nonostante quindi non sia semplice **tutelare i diritti delle persone fisiche**, è necessario trovare delle modalità per **favorire l'innovazione**. Infatti, possono scaturire importanti miglioramenti, ad esempio nella medicina personalizzata o di precisione, grazie alla condivisione sia di elevate quantità di dati sull'intera collettività, italiana ed europea, che di conoscenze tra gli enti di ricerca e la pubblica amministrazione (Conte, 2022).

Progetti di ricerca incompleti

I progetti avviati dall'ASL TO3, in collaborazione con altri attori, e su diversi campi che soddisfino le esigenze di tutte le categorie della popolazione. Spesso però hanno **difficolta a giungere al termine** per insufficienza del budget o per ostacoli nell'innovazione. Attualmente i progetti sono soprattutto di tipo socio-sanitario, e **pochi nella direzione della sostenibilità ambientale**. Si potrebbe investire anche nella **ricerca sull'invecchiamento** visto come insieme, e non solo come somma dalle singole patologie e alterazioni che compaiono nell'individuo di età avanzata. Aiuterebbe a **individuare i fattori dei processi** che portano a instaurarsi vulnerabilità e polimorbilità, per evitare e affrontare quelli sanitari, assistenziali, sociali, economici e ambientali che favoriscono l'invecchiamento **attivo e in buona salute** (Galluzzo et al., 2012).

Progetti non giungono a compimento

Si presentano delle difficoltà per alcuni progetti, soprattutto i più ampi e complessi, che nel momento in cui finiscono i fondi, **non giungono a compimento** o si **spengono le collaborazioni** tra gli attori. Spesso capita, purtroppo, nell'innovazione che si usi lo **strumento per rincorrere un bisogno** perché le pressioni e le frizioni dello strumento sono molto superiori a quello del bisogno, oltre che alla disponibilità del budget. Mentre dovrebbe essere esattamente il contrario. Ci sono state esperienze che non hanno avuto la forza o non hanno la sostenibilità di diventare pratica comune o routine. Come **uscire dalla sperimentazione** e superare il problema di non avere qualcuno che possa **dedicarsi in modo continuativo al servizio**. La ricerca e l'innovazione deve essere qualcosa che può entrare nella nostra quotidianità e può davvero **rivoluzionare i processi in senso di sostenibilità e di miglioramento** (*Intervista ai referenti dell'ASL TO3*).

Regolamentazione e policy di ostacolo all'innovazione

Il settore sanitario offre servizi di prima necessità e ha standard per la sicurezza delle persone che sono molto alti, per cui le regolamentazioni e le policy hanno una grande influenza per **assicurare efficienza, lealtà e giustizia**. Da una parte possono stabilire degli incentivi per providers e payers. Ma dall'altra implicano spesso dei **vincoli di budget, delle regole e dei criteri limitanti nell'innovazione** del campo (Ferrero et al., 2021).

Economia

Gestione della spesa sanitaria

La sostenibilità economica è fondamentale per un sistema sanitario, tanto a livello nazionale quanto internazionale, perché mostra la **stabilità del sistema** e gli impatti che ha sul benessere dalla sua popolazione. In Italia, la situazione sulla gestione della spesa sanitaria **mostra delle criticità** che vanno assolutamente riviste per raggiungere i livelli medi europei. A causa dell'incremento dell'aspettativa di vita e del crescente squilibrio tra la popolazione attiva e quella non attiva, si ha il fenomeno noto come "longevity shock" per cui si manifesta un **aumento del carico socioeconomico** legato all'assistenza, alle cure e alle prestazioni preventive destinate agli anziani (Galluzzo et al., 2012).

Spesa pubblica percentuale troppo bassa

Come già approfondito nell'analisi olistica, la spesa pubblica italiana copre una percentuale **molto inferiore a quella della maggior parte dei Paesi europei** con sistema sanitario pubblico, con qualche differenza tra le regioni (Spandonaro et al., 2022).

Spesa privata percentuale troppo elevata e in crescita

Per compensazione alla spesa sanitaria pubblica, quella privata in Italia, invece, ha un valore più elevato di quello di altri Paesi europei. Da ciò ne consegue che i cittadini debbano **impiegare molte risorse finanziare personali**, nonostante facciano riferimento a un sistema sanitario pubblico e di stampo universalistico.

Dati gli attuali scenari, se l'economia nazionale non registrerà una crescita adeguata e superiore alla media rispetto agli altri Paesi europei di riferimento, il SSN attuale diventerà **sempre più insostenibile e da ridefinire**. Inoltre, questo sarà indispensabile se continuerà a essere selettivo e **favorevole per coloro che hanno la disponibilità economica** di accedere alle spese private dispendiose più agevolmente di altri, con un importante impatto negativo sulla sua equità (Spandonaro et al., 2022).

Insufficiente disponibilità di budget

Il sistema sanitario italiano e le sue autorità amministrative si rovano di fronte a una sfida complessa, che consiste nel perseguire l'efficienza dei servizi e la riduzione dei loro costi, considerando le **limitate risorse finanziarie disponibili**. Inoltre, la complessità del processo di budgeting e la ricerca di sostenibilità economica è ulteriormente peggiorata dall'organizzazione del processo decisionale frammentato tra i diversi Ministri della Sanità e delle Finanze e tra i diversi livelli gestionali, nazionali, reginali e locali. I processi di budgeting e le normative ai vari livelli spesso comportano la necessità di **ridurre i costi operativi e tagliare le spese** per affrontare i crescenti costi di cure e apparecchiature mediche. Ciò ha come conseguenza una minore disponibilità di risorse finanziarie per gli ospedali e le strutture sanitarie, influenzando l'intero processo di approvvigionamento e distribuzione (Ferrero et al., 2021).

Inoltre, anche se persiste una carenza di risorse economiche, gli **investimenti del PNRR** potrebbero aiutare nella modernizzazione del sistema, nell'assunzione di risorse umane nuove e nell'innovazione (Rapporto Osservasalute 2022, 2023).

Impoverimento dei cittadini

I **costi legati alla salute sono notevoli** e stanno costantemente aumentando negli ultimi anni, in parte a causa dell'invecchiamento della popolazione europea e della conseguente necessità di servizi di assistenza a lungo termine, nonché grazie ai progressi tecnologici nel settore (Ferrero et al., 2021). Questa situazione porta ad un **incremento di casi di impoverimento** per spese sanitarie soprattutto tra gli anziani e i pazienti cronici che più necessitano maggiormente di cure.

Incremento di disagio economico e di impoverimento a causa delle spese sanitarie private sostenute

I consumi sanitari Out Of Pocket delle famiglie, ossia gli **oneri sostenuti direttamente**, sono in crescita e questo causa inevitabilmente un incremento dei casi di disagio economico e di impoverimento a causa delle spese sanitarie private sostenute. Nonostante questo, in alcuni casi giocano a loro favore le esenzioni e le polizze assicurative (individuali e non) per le quali una parte dei consumi effettuati viene rimborsata successivamente.

Rinunce o risparmio per le spese sanitarie alte

Con l'aumento dei costi delle spese sanitarie e della frequenza con cui ne servono di nuove, i **cittadini rinunciano ad alcune prestazione sanitarie**, soprattutto se non necessarie nell'immediato. Ad esempio, in pandemia nel 2020 i consumi sanitari delle famiglie si sono ridotti (-8,5%) soprattutto quelli specialistici, diagnostici, e dentistici, a causa del lock-down e della paura di recarsi nelle strutture sanitarie. Queste circostanze però sono diverse per quelle famiglie con un reddito maggiore sono riusciti a **superare gli ostacoli all'accesso** che sono emersi a causa della pandemia. In generale questo è quello che avviene anche in situazioni non emergenziali a causa delle lunghe attese. Invece il fenomeno delle rinunce ha avuto più **incidenza in particolare per i meno abbienti**, che hanno tentato di limitare o evitare le spese sanitarie. Inoltre, la priorità data alle terapie tramite l'acquisto di farmaci, a discapito della prevenzione e della diagnostica, rischia di causare ritardi nella diagnosi e un aumento delle liste d'attesa nei prossimi anni. Questo potrebbe spingere i cittadini a ricorrere maggiormente alle spese private, creando ulteriori **disuguaglianze nell'accesso alle cure sanitarie** (Spandonaro et al., 2022).

Ambiente

Inquinamento ed emissioni

Il sistema sanitario ha un **complesso funzionamento** che, per assicurare beni e servizi assistenziali ai pazienti, necessita di **risorse**, energia, prodotti e tecnologie nelle diverse fasi della supply chain, e genera **rifiuti ed emissioni** per i suoi processi, determinando un considerevole impatto sull'ambiente. Quindi, nonostante il suo scopo sia quello di promuovere e ristabilire la salute, contribuisce, come gli altri settori, ad alimentare in modo significativo **la crisi climatica che minaccia il benessere** dei cittadini stessi (Bonaldi et al., 2021).

In Italia, alcune aziende nel campo della sanità hanno solo parzialmente integrato una certa **attenzione sociale e ambientale** nello svolgere le proprie attività, così come gli sforzi dei medici e degli altri operatori sanitari nel **considerare l'impatto ambientale delle pratiche mediche** rimangono attualmente limitati (Pedrini et al., 2023; Bonaldi et al., 2021).

Il settore sanitario mondiale causa **4-5%** delle emissioni di gas serra **globali** in atmosfera, e questa percentuale è in costante crescita. Senza decisa inversione di tendenza, le emissioni del settore sanitario continueranno ad aumentare, raggiungendo un valore annuo di **6 miliardi di tonnellate di CO2** entro il 2050 (Bonaldi et al., 2021).

Dal report "Health care's climate footprint" dell'Health Care Without Harm in collaborazione con Arup, si evince anche con le sue emissioni, 4,4% di quelle globali, l'assistenza sanitaria**, se fosse uno stato, sarebbe il quinto paese ad emettere di più al mondo**, dopo Cina, Stati Uniti, India e Russia. Inoltre, questa cifra equivale a quella prodotta da 514 centrali elettriche alimentate a carbone (Karliner et al., 2019).

Emissioni generate per operazioni sanitarie e trasporti intensi

Il **17% delle emissioni globali del settore sanitario** riguarda le emissioni dirette (scope 1) provenienti dalle **strutture sanitarie con le sue attività** (pari al 13%) e da una parte dei trasporti. Inoltre, il settore sanitario globale per il **7%** emette gas clima-alteranti per via degli **spostamenti giornalieri di pazienti e personale** su mezzi di trasporto pubblico o privato per visite, consegne e viaggi d'affari (emissioni indirette), oppure e soprattutto sui veicoli aziendali per i servizi di emergenza e soccorso (emissioni dirette, pari al 3% di quelle globali). (Karliner et al., 2019).

Emissioni generate per la catena di approvvigionamento

Il **71%** delle emissioni è attribuibile all'intera **catena di fornitura** che coinvolge la produzione, il trasporto e lo smaltimento di beni, servizi, dispositivi e apparecchiature mediche utilizzate negli ospedali. Ulteriori **settori della filiera sanitaria** rilevanti che concorrono all'impronta ambientale delle pratiche sanitarie includono: l'agricoltura, compresa la ristorazione in strutture sanitarie e la coltivazione di cotone per indumenti medici (9%), la produzione farmaceutica e chimica (5%, escludendo l'energia necessaria alla loro fabbricazione), il settore dei trasporti (7%), e la gestione dei rifiuti (3%) (Karliner et al., 2019).

Emissioni generate per bisogni energetici alti nelle strutture

Il restante **12%** sono emissioni indirette e dipendono dall'**uso di fonti energetiche** (scope 2) per la produzione e distribuzione di elettricità e dal consumo di gas e calore per il riscaldamento o raffreddamento delle strutture sanitarie. Se si considerano però le energie necessarie **anche per le attività connesse ai due campi precedenti**, la percentuale per il consumo di energia sale al 40% (Karliner et al., 2019).

Inoltre, le maggiori utenze di energia del settore pubblico italiano sono la **sanità e l'assistenza sociale pubblica**, con il 31% del totale. Infatti, gli edifici sanitari sono costituiti da spazi e reparti che devono rispettare precise **condizioni per il riscaldamento, la ventilazione e l'aria condizionata**, che nella ripartizione dei consumi rappresentano la percentuale maggiore in una struttura (circa il 40%). Oltre ciò, sono indispensabili fonti energetiche per i sistemi di illuminazione e alimentazione delle apparecchiature (15%), la fornitura di acqua calda (15%) e i servizi di lavanderia (15%). Pertanto, dell'intera spesa per la gestione delle strutture, dal 3% al 5% si riferisce ai **costi per la fornitura di energia** (Cabella, 2022).

Consumo di risorse e gestione dei rifiuti

Il settore sanitario e l'ASLTO3 nello specifico consumano principalmente le seguenti risorse che determinano **alcuni rischi ed impatti ambientali e agli ecosistemi** da monitorare e regolare.

Impatto ambientale di farmaci e sostanze chimiche

È evidente che in campo medico, i farmaci giocano un ruolo fondamentale e le quantità richieste sono elevate. Allo stesso tempo, sono molte le sostanze chimiche indispensabili per **sanificare e disinfettare** oppure per **produrre beni e dispositivi medici**. Entrambi questi consumi causano forti impatti sulla salute delle persone e dell'ambiente, come per l'emissione di potenti gas utilizzati come propellenti negli inalatori ad aerosol per il trattamento dell'asma. Infatti, queste sostanze possono **mettere in pericolo i lavoratori e i pazienti** per la loro tossicità, corrosività, infiammabilità, reattività, o esplosività. Così come sono indiscutibili i **rischi nel loro smaltimento** perché ad esempio i farmaci spesso sono impropriamente gettati tramite lo scarico del bagno, eppure, nonostante la capacità degli impianti di trattamento delle acque nel rimuovere i composti farmaceutici, alcuni di questi se concentrati possono finire per danneggiare gli ecosistemi acquatici (Bonaldi et al., 2021; Ferrero et al., 2021).

Grande consumo di acqua nelle strutture

È essenziale che in tutte le strutture sanitarie ci sia **l'accesso all'acqua pulita**. Questa viene quindi **utilizzata direttamente per l'igiene** delle persone, la pulizia degli spazi, **alcuni trattamenti sanitari** (ad esempio l'emodialisi richiede circa 500 litri). Invece, viene consumata in modo indiretto o "incorporato" all'esterno per **generare la corrente elettrica** o per **sviluppare i materiali ad uso sanitario**. Le problematiche ambientali risiedono nelle elevate quantità di risorse idriche richieste in generale, nello **scarso riciclo** quando possibile e nel ridotto controllo nei sistemi di scarico degli **agenti inquinanti e contaminanti** (specialmente farmaci e metalli pesanti) per gli ecosistemi terrestri e acquatici, oltre alla salute umana (Ferrero et al., 2021).

Alta somministrazione di cibo nelle strutture

Anche il settore agricolo è connesso con quello sanitario, ad unirli è soprattutto il **consumo di cibo da somministrare** ai pazienti e al personale dipendente. I menù offerti **non sempre prevedono cibo sano e locale**, con effetti benessere delle persone e sul loro rischio di sviluppare patologie (Ferrero et al., 2021). Per l'ASL TO3, come è stato già accennato, ad occuparsi della ristorazione sono mense coinvolte tramite appalti, che provvedono a garantire le giuste quantità di cibo e in alcuni casi al **recupero degli avanzi del cibo** attraverso i servizi di Too good to go.

Alterazione e riduzione della biodiversità per costruzione di infrastrutture e catena di fornitura

Sono significativi anche gli impatti ambientali che dipendono dall'**uso di ampie estensioni di suolo,** sia attraverso la costruzione di strutture mediche dirette, che tramite le attività indirette che avvengono durante tutta la catena di approvvigionamento. In entrambi i casi, le **diverse fasi di costruzione** e l'**uso scorretto delle risorse** possono provocare perturbazioni negli ambienti naturali, mettendo a rischio gli ecosistemi e potenzialmente minacciando la diversità biologica (Ferrero et al., 2021).

Gestione insufficiente dei rifiuti sanitari e urbani

I rifiuti generati dal settore sono sia urbani che sanitari, determinando un altro costo per la gestione, il controllo e lo smaltimento di **grandi volumi**. Molti di questi sono **monouso ed usa e getta**, e altri sono **tossici, radioattivi ed infetti** (come gli scarti esposti a tracce di sangue o altre sostanze biologiche), per questo necessitano di normative e standard per l'uso e la gestione migliore. Tuttavia, questa viene ancora insufficientemente finanziata ed attuata oppure sono in corso particolari dibattiti. Il loro **smaltimento è più problematico** della produzione dei beni stessi, perché causa **significative emissioni di gas serra**, tra cui il metano, e **composti pericolosi**, qualsiasi modalità si scelga. Di solito, la discarica rappresenta l'opzione più conveniente dal punto di vista economico, ma può comportare **rischi ambientali e sanitari** se non viene gestita in modo adeguato. L'incenerimento invece viene spesso considerato come un metodo efficace per lo smaltimento dei rifiuti pericolosi a rischio infezioni, ma non è privo di inconvenienti per l'ambiente. Ad esempio, possono liberarsi nell'aria **sedimenti di metalli pesanti** che rischiano di finire nelle acque colpendone gli ecosistemi (Ferrero et al., 2021).

Modelli decisionali poco strutturati

Sebbene l'impatto ambientale del settore sanitario stia gradualmente guadagnando riconoscimento e **consapevolezza dagli stakeholder**, non è ancora abbastanza per riuscire a valutarlo nell'ottica di **sviluppare delle policy specifiche che mirino alla sostenibilità** nelle varie operazioni condotte, nei bandi di gara e nella catena di approvvigionamento, che, come si è visto, è quella che causa le emissioni maggiori (Ferrero et al., 2021).

Scarsa influenza di normative green e policy specifiche

Alcune normative e direttive per le questioni ambientali connesse alla sanità, sono state emanata dalla Commissione Europea, così come da altri enti. Tuttavia, si riferiscono più alla pericolosità di alcune sostanze, anziché valutare la **progettazione di prodotti** che siano durevoli, riutilizzabili, riparabili, riciclabili e privi di sostanze dannose, e la **responsabilità del fine vita** di ciascuno di essi. Quindi le prospettive olistiche e integrate per i prodotti e i rifiuti, dall'inizio alla fine del loro ciclo di vita, sono ancora lontane dall'essere adottate, nonostante i possibili vantaggi sostenibili in termini di sviluppo e innovazione (Ferrero et al., 2021).

Mancanza di criteri socio-ambientali in appalti e strutture

Per garantire una vasta gamma di servizi, il sistema sanitario investe somme considerevoli nell'acquisto di beni e richiede quindi **un'ampia rete per l'approvvigionamento**, con un sistema centralizzato che favorisce economie di scala e risparmi. Infatti, è preoccupante notare che nelle procedure di appalto in molti casi l'unico criterio per l'assegnazione della vittoria concerne **quanto l'offerta stessa sia economica** rispetto alle altre e dia un maggiore risparmio e contenimento della spesa. Il rischio ovviamente è quello che non sia data particolare attenzione su quanto invece queste siano innovative, di qualità, sostenibili e di un certo valore sociale, diventando criteri sempre meno premiati dal settore sanitario. Per quanto sia complesso attuare questi cambiamenti per l'alto valore della salute, sono comunque **pochi o inesistenti i criteri socio-ambientali** tra quelli stabiliti dai provveditori per la selezione nei bandi di gara. Gli acquisti inoltre sono effettuati per soddisfare bisogni a breve termine e sono soprattutto offerti da fornitori transnazionali, e da pochi locali (Ferrero et al., 2021).

Autonomia dell'azienda sanitaria e relazione con Azienda Zero Piemonte

L'ASL TO3, così come le altre della regione, hanno una sufficiente autonomia anche intra-aziendale, nella predisposizione degli appalti. Infatti, dall'intervista emerge che criteri

sostenibili appropriati guidano singoli dipartimenti o alcune strutture, a partire da semplici **iniziative e sensibilità personali**.

Allo stesso tempo però l'ASL, oltre ai suoi bisogni esclusivi, recentemente si relaziona con le scelte prese dall'Azienda Zero Piemonte per tutte le aziende sanitarie piemontesi, su aspetti comuni riguardati gli appalti e i concorsi. Anche in questo caso il tentativo è quello di **raggiungere delle economie di scala**, e attualmente non risulta una propensione verso l'interesse per l'ambiente e la sostenibilità (*Intervista ai referenti dell'ASL TO3*).

6.2 | *Le opportunità*

Dopo aver identificato le sfide è stata condotta un'ampia ricerca delle potenziali opportunità per esplorare come ciascuna possa **affrontare in modo efficace i problemi emersi**. In questa fase, quindi, le sfide identificate per ciascun ambito sono state combinate in maniera trasversale con delle **opportunità versatili emergenti**, spesso più specifiche per un ambito, ma possono **rispondere in contemporanea a più criticità**, relative al territorio, all'azienda e al settore sanitario in generale. Si generano così delle intersezioni e delle sinergie, attraverso un approccio più olistico e sistemico per la risoluzione dei problemi ***(vedi tavola n.3)***.

Le opportunità emerse e i benefici che deriverebbero dalla loro applicazione sono a seguire.

Occasioni di socializzazione, integrazione e prevenzione delle fragilità

Per soddisfare il bisogno dei pazienti e dei caregiver a proposito di supporto psicologico e relazionale, e consapevolezza sui cambiamenti legati a salute, quotidianità e socializzazione, sarebbe opportuno organizzare dei **momenti di aggregazione sul territorio** che **prevengano le fragilità e la perdita della capacità residue**. Le iniziative a cui partecipare potrebbero essere diverse: ricreative, culturali, di utilità sociale, sensibilizzazione all'attività motoria e conoscenza dei temi legati alla terza età e alla cronicità. Si eviterebbe così l'isolamento delle persone, che con l'aiuto di professionisti sanitari e sociali, entrerebbero a **far parte attivamente della rete della comunità**, con **giovamenti per il proprio benessere** sociale, non solo psicofisico.

Scambio intragenerazionale

Uno scambio di tempo che faccia **confrontare le generazioni** giovane e anziane, sono ideali per superare la solitudine e contrastare le difficoltà che ci sono oggi con l'assistenza insufficiente e impegnativa fornita principalmente da familiari. L'incontro invece tra anziani e giovani, dai bambini agli studenti, connetterebbe due culture e prospettive diverse, e **intreccerebbe tipi di conoscenze** opposte su presente e passato, con **impatti positivi fisici ed emotivi** per entrambe le parti e per la **società intera più coesa**.

Nuove soluzioni di coabitazione solidale

Le difficoltà che emergono con l'avanzare dell'età sono molte a livello motorio e sensoriale, con impatti sull'autonomia dell'individuo e sulle relazioni con gli altri. Quindi, **garantire comfort, tranquillità e sicurezza in casa** è fondamentale, e può aiutare in questo, dotarsi non solo di **dispositivi di domotica innovativi**, ma soprattutto **condividere degli spazi comuni**, ad esempio, in residenze con altri soggetti con problematiche simili. In altri casi, quando l'autosufficienza non manca completamente, **vivere con altre persone** darebbe l'aiuto necessario e il **sostegno reciproco funzionale, emozionale e ricreativo**, e il senso di appartenenza ad una comunità. Potrebbero esserci **coabitazioni intergenerazionali** che, oltre a quanto già detto, sarebbero una soluzione alternativa ad **abitazioni sovradimensionate e costi eccessivi** annessi per una sola persona (Babbei, 2020; Bensi, 2022).

Supporto e informazione ai caregiver

Sui caregiver come si è già detto grava gran parte del **peso della gestione del benessere dell'anziano e del malato cronico**, con effetti sulle relazioni con il paziente e sulla salute mentale di tutte e due le parti. Tuttavia, spesso manca una conoscenza specifica soprattutto se l'assistenza viene fornita da familiari non formati, perciò l'azienda sanitaria con professionisti del campo può offrire **attività e momenti di ascolto, aiuto e comprensione** per agevolare formazione, educazione, prevenzione e sostegno necessari (Lucchi, 2018).

Servizi di accompagnamento, commissioni e compagnia

Potrebbero essere attivati **servizi che offrano compagnia** alla persona autosufficiente, attraverso passeggiate e **occasioni di svago** e distrazione. Invece, si possono accompagnare quelle con ridotta autosufficienza ad effettuare **visite e accertamenti nelle strutture ospedaliere**, sanitarie o riabilitative, oppure **svolgere insieme commissioni**, ad esempio in farmacie, mercati, e banche.

(immagine 6.1)

Medicina predittiva

Per una popolazione anziana in crescita e maggiormente soggetta all'insorgenza di malattie croniche anche multiple, la letteratura suggerisce **l'applicazione della Medicina delle 4P**. La prima delle quattro, che sono descritte a seguire, riguarda la possibilità di **predire il rischio di una malattia** prima che si manifesti, basandosi sull'analisi dei dati genomici dell'individuo, per creare un registro con possibili scenari, compresi la previsione di malattie cardiache e croniche e dell'efficacia di un trattamento terapeutico (*Medicina delle 4P*, 2021). Progetti aziendali su questo tipo di medicina potrebbero dare un **importante contributo all'innovazione sanitaria**.

Medicina preventiva

La medicina preventiva si dedica alla **prevenzione delle malattie**, minimizzando i fattori di rischio principali e promuovendo **comportamenti sani e adeguati stili di vita** in ogni età. Essa si concentra sull'**effettuare screening** per coloro che potrebbero essere a rischio di sviluppare una particolare malattia, **esami di routine e controlli periodici** (*Medicina delle 4P*, 2021). La ricerca e l'applicazione continua di questa medicina serve per il benessere di tutti.

Medicina personalizzata

Per la cura dei pazienti specialmente se affetti da multimorbilità, il NICE (National Institute for Health and Care Excellence) propone un approccio personalizzato, attraverso la **condivisione delle decisioni** e la creazione di **diagnosi e terapie adattate** a specifiche caratteristiche, esigenze, priorità e preferenze di ciascuno, al fine di migliorarne la qualità della vita (*Medicina delle 4P*, 2021). Questo porta a una riduzione di problemi nei trattamenti, nella politerapia, riducendo i rischi di una gestione disorganizzata e discontinua dell'assistenza sanitaria (NICE, 2016).

Medicina partecipativa

La medicina partecipativa **promuove l'empowerment del paziente**, spingendolo a prendere **consapevolezza del proprio ruolo attivo** nella gestione e decisione per la propria salute e prevenzione delle malattie. In questa prospettiva, **medici e pazienti diventano partner nella cura**, lavorando insieme per raggiungere un miglioramento della salute e della qualità della vita (*Medicina delle 4P*, 2021).

(immagine 6.2)

Intervento di psicologo nei servizi di cura e lavoro

Al riscontro della mancanza dello psicologo nei contesti di cura e dell'incuranza degli aspetti piscologici da parte della popolazione anziana, si potrebbe rispondere con l'**intervento di professionisti multidisciplinari per l'offerta di aiuto psicofisico**. Una valutazione multidimensionale per gli anziani contribuirebbe ad attenzionare l'interazione tra **dimensione fisica, psicologica e sociale** nel contesto della malattia e della mancanza di una rete relazionale stabile. In seguito, si dovrebbero organizzare delle **occasioni in cui il paziente possa esprimersi** sulle proprie angosce e sui tormenti riguardati, con molta probabilità, tanto il processo di adattamento alla nuova condizione personale, quanto il bisogno di salvaguardare la propria autonomia. Inoltre, il personale medico dovrebbe **essere formato per rapportarsi agli anziani**, date le loro peculiarità, ma anche guidarli attraverso il supporto psicologico verso un'**aderenza serena al trattamento terapeutico** assegnato anche in altri contesti di cura. Infine, per evitare i contrasti dovuti al confronto con i pazienti ma anche tra gli stessi professionisti sanitari, potrebbe necessitare di **supporto psicologico sul luogo di lavoro** (Lucchi, 2018).

Disciplina educativa e riabilitativa

Fare ricorso a una disciplina educativa come la musicoterapia o una riabilitativa come la terapia occupazionale potrebbe migliorare il benessere e la vita personale e familiare. L'organizzazione di **attività ludiche, cognitive, motorie, e creative oppure di laboratori** di arti-terapia, ballo e teatro possono portare benefici nelle funzioni motorie, cognitive, sensoriali, sociali ed emotive per individui affetti da disabilità, disturbi cognitivi, fisici o psichici, patologie croniche. Questi interventi possono contribuire a **fornire supporto per il recupero dell'autonomia** nelle attività quotidiane e nel tempo libero, e **favorire l'invecchiamento attivo e indipendente**. («Musicoterapia», n.d.; «Terapia Occupazionale», n.d.)

(immagine 6.3)

Attività e politiche sociali per il benessere dei lavoratori sanitari

Coloro che svolgono una professione sanitaria sono sottoposti a forti fonti di stress lavorativo; perciò, prevedere delle **attività e delle politiche di salvaguardia del benessere dei lavoratori** è di primaria importanza. Queste potrebbero prevenire il sovraffaticamento, aumentare o mantenere il livello motivazionale, porre attenzione alla conciliazione tra vita professionale e privata, con conseguenti benefici sull'efficienza lavorativa, su comunicazione e sostegno tra colleghi e pazienti, e sulla qualità di vita anche fuori dal luogo di lavoro. Inoltre, favorire **incontri di gruppo per la socialità e la discussione su difficoltà, emozioni** negative, stress e relazioni può avere ricadute positive e di miglioramento. per evitare i contrasti dovuti al confronto con i pazienti ma anche tra gli stessi professionisti sanitari, potrebbe necessitare **di supporto psicologico sul luogo di lavoro** (Lucchi, 2018).

Occasioni di dialogo tra azienda e cittadini

Dare la possibilità ai cittadini di **esprimere i propri bisogni, possibili malcontenti o necessità** su alcuni servizi sanitari, può far chiarire le motivazioni di alcune scelte o problematiche, e trasformare il confronto in possibili **miglioramenti per l'intero sistema aziendale**.

Condivisione di informazioni e direttive sanitarie

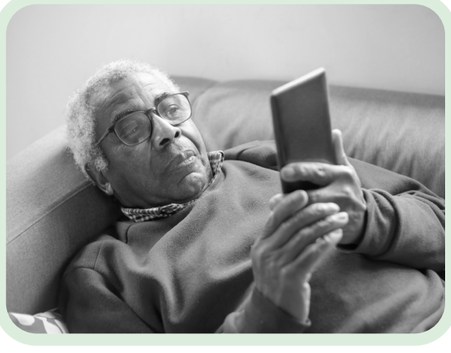
Date le dinamiche informative sanitarie, che risultano frammentate e poco chiare, e il risicato budget per la promozione della salute, un modo alternativo di condividere informazioni attendibili e sicure è la scelta di utilizzare **canali e profili di organizzazioni di salute pubbliche sui social media**. Sull'esempio della Finlandia, in Italia si fruirebbe così di comunicazioni sanitarie, venendo coinvolti in dibattiti su temi di salute specifici, informazioni, direttive sanitarie e casi di emergenze o rischio. Inoltre, in questo modo possono essere **eliminate le disuguaglianze di salute**, perché si tratta di mezzi che investono un ampio pubblico, in modo immediato ed economico. In altre situazioni è utile ottenere dai social dei dati sulle credenze che la popolazione può avere su un tema specifico, per intervenire conseguentemente se è necessario **veicolare informazioni scientifiche corrette** (Barbera & Tosco, 2013; «La comunicazione della salute sui social network», 2021).

Educazione e formazione alla Digital Health per professionisti e cittadini

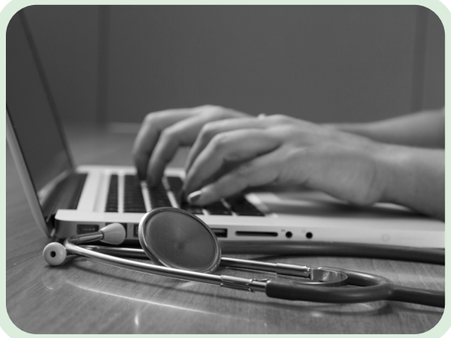
La eHealth, o medicina elettronica, apre la strada a nuovi approcci nella cura e nell'assistenza sanitaria grazie alla **condivisione di dati tramite dispositivi elettronici sanitari integrati a sistemi informativi medici**. Tuttavia, serve creare promuovere un'**alfabetizzazione alla "digital health"** tra i pazienti, in modo che siano in grado di comprenderne i suoi servizi, nonché di discernere tra fake news e informazioni sanitarie accurate. Inoltre, è fondamentale **educare e formare anche i medici italiani**, che mostrano resistenza all'acquisizione di e-skills, probabilmente per l'età avanzata del personale stesso (Ferrero et al., 2021). Infine, bisogna **affrontare il tema della privacy sanitaria**, vale a dire il conflitto tra la protezione dei dati clinici personali e l'accesso rapido a tali informazioni in situazioni di emergenza e diagnosi.

Strumento per l'accesso e la guida alle strutture sanitarie

Creare o selezionare degli **strumenti e delle tecnologie digitali che facilitino l'accesso ai servizi sanitari** sarebbe auspicabile, al fine di ridurre lo stress di pazienti, accompagnatori e personale nelle sale d'attesa sempre piene e caotiche. In queste situazioni è alto tanto il rischio di contagi per la vicinanza nelle file e negli spazi chiusi, quanto il malcontento e il nervosismo, per le preoccupazioni legate alla salute e alla visita imminente, che causano anche casi di aggressione verso il personale impegnato nella gestione della folla. **Software e applicazioni orientate al "patient journey"** possono essere delle soluzioni per tutte le aziende sanitarie, pubbliche e private, con cui il paziente può prenotare l'accesso di cui ha bisogno, e recarsi in struttura nei tempi strettamente necessari per il suo turno, alleggerendo da tutti i disagi (Mosca, 2022). Inoltre, possono servire anche applicazioni che **orientino i cittadini verso e all'interno delle singole strutture sanitarie**, tra le sale d'attesa al reparto, ad esempio, incoraggiando la proattività del paziente e riducendone le preoccupazioni e confusioni.



(immagine 6.4)



(immagine 6.5)

Interoperabilità e tracciabilità tra servizi e sistemi

I pazienti con multimorbilità sono spesso costretti a spostarsi da un contesto assistenziale all'altro, con il rischio che molte **informazioni sulla propria storia clinica siano difficilmente accessibili** personalmente oppure da medici e operatori sanitari. Questo inizialmente era dovuto al fatto che i dati sanitari di ciascuno erano riportati su supporti cartacei scollegati tra loro, ad oggi però **strumenti digitali come il FSE e CCE** esistono ma non bastano. Da un lato c'è un alto livello di sicurezza e privacy, dall'altro manca la capacità di **rendere interoperabili le informazioni digitali disponibili**. L'interoperabilità si definisce come "la capacità di due o più sistemi – applicazioni software o dispositivi sanitari – di scambiarsi informazioni in modo sicuro affinché tutti siano in grado di comprenderne in maniera precisa il significato". È necessario quindi per il servizio sanitario un **linguaggio univoco tra le diverse componenti digitali** e un insieme di informazioni unico e coerente (Galfione, 2021). Così facendo, la condivisione delle informazioni sanitarie e terapeutiche può agevolare l'accesso alle stesse per i pazienti per **monitorare lo stato di salute e il percorso di cura**. Inoltre, serve ai medici per **migliorare diagnosi e prescrizioni**, grazie a una raccolta di bisogni e caratteristiche del paziente, legate a cure farmacologiche e patologie, evitando ad esempio le problematiche sulla politerapia, già precedentemente affrontate (Marino, 2023).

Digitalizzazione nei servizi sanitari e telemedicina

Per garantire una continuità nell'assistenza agli anziani, è fondamentale che la sanità territoriale gestisca diversamente l'assistenza domiciliare e adotti **approcci innovativi, come la telemedicina**. Durante la pandemia da Covid-19, l'utilizzo del digitale nella sanità è cresciuto e si è notato che mettendo in comunicazione i pazienti a casa con limitata mobilità e comorbilità, e una squadra medica situata in ospedale o in una centrale operativa, si sono ottenuti significativi benefici, tra cui la **riduzione delle ospedalizzazioni e degli accessi incontrollati al pronto soccorso**. Attraverso la digitalizzazione delle modalità di contatto con il medico, il paziente può **ricevere consulenza con tempestività**, ed essere **monitorato con dispositivi indossabili oppure sollecitato** con applicazioni mobile e sistemi di notifiche al fine di ricordarsi dell'assunzione dei farmaci o di un appuntamento medico. Inoltre, può avere accesso al suo piano assistenziale personalizzato sulla cartella clinica elettronica personale, essere affiancato in servizi di fisioterapia e riabilitazione, e in alcuni casi anche svolgere in televisita o videochiamata alcune fasi di screening (Plebani, 2021).

Partnership e investimenti

Per migliorare la salute e l'assistenza per la comunità, l'ASL To3 potrebbe lavorare in **partnership con gli altri stakeholders** locali o nazionali del settore sanitario e sociale, per **co-sviluppare modelli innovativi ed efficaci di fornitura di servizi e di supporto**, basati su una comunità più forte e resiliente. Affinché questo funzioni serve riunire e coinvolgere una rete il più ampia possibile con esperienze diverse composta da governo centrale e locale, SSN, organizzazioni nazionali, autorità locali, aziende pubbliche e private fornitrici di servizi, operatori di assistenza sociale o sanitaria, volontariato, comunità, pazienti, familiari e caregiver. Grazie all'estensione della rete e al contributo diversificato di tutta la rappresentanza, si creerebbe un'opportunità di **scambio di conoscenze e di esempi pratici in risposta ai bisogni di assistenza e sostegno**. Il fine dovrebbe essere quello di rendere i servizi personalizzati e accessibili a tutti, di raggiungere una maggiore consapevolezza collettiva e **influenza sulla politica nazionale** attraverso la condivisione di quanto appreso e delle riflessioni collettive sulle sfide da superare. L'intervento dei vertici istituzionali e politici dovrebbero infatti aiutare a **valutare giusti investimenti e forti strategie di miglioramento**.

(immagine 6.6)

Donazioni di dispositivi e beni di prima necessità

L'impoverimento per le alte spese sanitarie sostenute è diffuso soprattutto per le persone anziane e coloro che hanno bisogno di frequenti cure mediche, come i pazienti cronici. La **collaborazione dell'ASL con associazioni e volontariato** potrebbe ridare dignità e cura ai più fragili, in solitudine e con situazioni di indigenza e non-autosufficienza, **offrendo beni di prima necessità e denaro** per le spese alimentari, residenziali e farmaceutiche e lo svolgimento sereno di attività quotidiane e sanitarie.

Sostegno tramite agevolazioni economiche e fiscali

È importante l'introduzione di **aiuti economici per l'assistenza a lungo termine**, necessaria per le persone con disabilità o mancanza di autosufficienza. In generale, possono trattarsi di **detrazioni fiscali sulle spese effettuate** per l'assistenza, indennità, e agevolazioni sull'acquisto dei farmaci, sull'assunzione di badanti o operatori d'aiuto, sulle spese volte all'eliminazione di barriere architettoniche e adeguamenti vari, sull'acquisto di apparecchi e mezzi per l'aiuto alla deambulazione.

Attività di responsabilizzazione attorno ad aspetti di sostenibilità

Di fonte all'emergenza della crisi climatica, dal momento in cui per il personale medico ha una forte responsabilità per la salute della comunità dovrebbe sempre prendere **decisioni cliniche efficaci nel rispetto dell'ambiente**. Inoltre, coloro che hanno un ruolo influente nel campo della salute dovrebbero essere attivamente coinvolti nella promozione di comportamenti ecologicamente sostenibili e sostenere **iniziative di advocacy rivolte ai responsabili delle decisioni politiche**. Il ruolo di questi ultimi dovrebbe essere di guida e supporto per una un pratico miglioramento e riguardare anche la **sensibilizzazione della società ai temi relativi al clima e all'ambiente** (Bonaldi et al., 2021). All'interno delle strutture sanitarie invece, si possono organizzare delle **attività formative, di sviluppo e sensibilizzazione del personale** attorno ad aspetti legati alla sostenibilità sociale e ambientale. Un approccio per incoraggiare comportamenti e decisioni in conformità con i principi ESG potrebbe essere l'**integrazione di obiettivi sostenibili nel sistema manageriale** di valutazione, responsabilizzazione e incentivi (Pedrini et al., 2023).

Creazione di strutture organizzative a supporto della sostenibilità

Nelle aziende sanitarie e socio-sanitarie, più che nelle altre del settore della salute dove qualcosa è già in corso, bisognerebbe **creare un comitato, un consiglio, oppure una struttura organizzativa**. All'interno di queste un numero significativo di persone dovrebbe interessarsi a tematiche di **sostenibilità e aspetti ESG** per l'azienda, creando e promuovendo **tavoli di discussione, iniziative e strategie** di azione correlate (Pedrini et al., 2023).

Definizione di criteri di approvvigionamento basati sul valore e sulla sostenibilità

Rispetto alla situazione attuale degli appalti pubblici anche sanitari, dove l'assegnazione si basa ancora sulle logiche del prezzo più basso, bisognerebbe cambiare approccio. Quindi, servirebbe **includere nei criteri di approvvigionamento il valore aggiunto che il prodotto da acquistare ha** su paziente, cura, settore e ambiente, ad esempio a livello di condizioni di sicurezza sul lavoro, di innovazione, di provenienza preferibilmente locale o nazionale, e di attenzione agli impatti ambientali, sociali e logistici del prodotto. Attuare delle **politiche di acquisto verde** (Green Public Procurement) **e di approvvigionamento più strategico**, con gli eventuali strumenti di Life Cycle Assessment (LCA) e Health Technology Assessment (HTA), porta a decisioni di acquisto informate e programmate, oltre che a **vantaggi in tutta la catena di approvvigionamento**, incentivando alla progettazione di materiali e attrezzature sanitarie più sostenibili (Ferrero et al., 2021).

Monitoraggio di obiettivi sostenibili e impatti

Le aziende farmaceutiche e di tecnologie mediche sono già impegnate nel conseguimento di propri obiettivi di sostenibilità secondo un processo di pianificazione dettagliato. L'azienda sanitaria locale per facilitare un cambiamento simile dovrebbe in prima battuta **definire una visione chiara di sostenibilità** da integrare nel proprio modello operativo e nella mission. Da questa **stabilire poi obiettivi socio-ambientali** chiari, concreti e misurabili, scanditi attraverso una roadmap e delle tappe intermedie. Durante ciascuna fase è fondamentale adottare delle metriche per monitorare, sia a livello qualitativo che quantitativo, l'applicazione e i progressi degli obiettivi scelti, stabilendo un processo di feedback e miglioramenti. Serve infine **rendicontare impatti, benefici e potenziale generati dalle iniziative**, riferendosi anche alle **buone pratiche sul territorio** (Pedrini et al., 2023).

(immagine 6.7)

Iniziative di efficientamento energetico e forme alternative di energia

Le **emissioni del settore sanitario sono risultate molto alte** dall'analisi, così come l'influenza sulla salute e l'insorgenza di malattie. Pertanto, considerando che le emissioni di gas serra per le strutture delle aziende sanitarie sono dovute per il 40% a bisogni energetici in loco e per tutta la supply chain, **lavorare a misure di efficientamento energetico** è più che necessario. Utilizzare **forme alternative di energia pulita e rinnovabile** non compromette la salute pubblica, diversamente dai combustibili fossili, ancora ampiamente impiegati, che causano malattie croniche legate all'inquinamento, come asma, malattie polmonari e cardiache, e conseguentemente maggiori ricoveri (Karliner & Guenther, 2011). Oltre ciò, dovrebbe essere **incrementata l'efficienza energetica negli edifici** riducendo le emissioni climalteranti e i costi energetici (Bonaldi et al., 2021). Infatti, oltre all'installazione di nuovi impianti per l'autoproduzione di energia, anche una **manutenzione di quelli esistenti** può ridurre sprechi e consumi, e di conseguenza le emissioni (Cabella, 2022).

Contenimento del volume e della tossicità dei rifiuti

I rifiuti generati nelle strutture sono tanti e il personale che se ne occupa, è già formato sulle fasi di gestione del rifiuto e sul pericolo che corre per la sua salute per via di infettività, tossicità e radioattività. Tuttavia, ciò non basta, servirebbe educare a nuove attitudini negli ospedali per una gestione diversa che aiuti a **contenere il volume dei rifiuti, soprattutto di dispositivi monouso**. Ragionare **in un'ottica di economia circolare** porterebbe alla progettazione di materiali riusabili, riciclabili e rinnovabili, con minor impatto economici, sociali e ambientali e maggiori possibilità di recupero.

Conservazione delle risorse e salvaguardia della biodiversità

Le risorse necessarie per il funzionamento del sistema sanitario aziendale sono numerose, è indispensabile che ciascuna sia correttamente allocata, monitorandone l'uso e che le quantità disponibili siano sufficienti. Serve anche però **ridurne il consumo o gli sprechi** quando possibile, ad esempio il **riciclo dell'acqua** impiegata per alcuni trattamenti e attrezzature, oppure l'efficientamento degli impianti e il controllo di quella di scarico, per salvaguardare la biodiversità. Evitare anche di dover smaltire **farmaci e sostanze chimiche scaduti** senza averli terminati, a volte a causa di spese eccessive o prescrizioni inopportune. Sarebbe il caso di prestare attenzione anche alla **scelta di menù nelle mense** per un'alimentazione sana dei pazienti e del personale che prediliga cibo coltivato nei territori locali, limitando invece carne, fast food e cibo spazzatura, ulteriori motivazioni alla base delle emissioni. Questi accorgimenti e altri simili per altre risorse aiuterebbero a **limitare le emissioni** create per produzione o fruizione di ciascuna (Karliner & Guenther, 2011).

6.3 | *La valutazione con criteri multipli e la selezione*

Le opportunità sono state **valutate attraverso i principi del design sistemico**, è stato quindi analizzato quanto ciascuna favorisca che:

- gli output delle operazioni svolte nel sistema aziendale non siano sprecati ma diventino input per un altro processo all'interno dell'azienda stessa o per altre realtà locali;
- si instaurino nuove relazioni tra l'azienda e altri stakeholders della sanità, intendendo sia altre aziende, che autorità e cittadinanza;
- il sistema sia equilibrato e si supporti autonomamente, diventando una buona pratica percorribile anche in altri contesti;
- le risorse per i servizi dell'azienda siano scelte consapevolmente a livello soprattutto locale, e colgano le potenzialità della comunità e del territorio;
- i bisogni delle persone e il loro benessere psico-fisico e relazionale siano al centro di ogni operazione.

A questi si aggiungono **altri parametri specifici** su:

- i benefici che il settore sanitario e in particolare l'ASL TO3 possono garantire nell'operare secondo l'opportunità in esame;
- gli effetti di questa a favore della salvaguardia ambientale;
- i vantaggi per la comunità.

Per i dettagli della valutazione multicriteriale si rimanda alla *tavola n.4* che mostra in tabella i **criteri soddisfatti** con le relative motivazioni (un punto per ciascuna) e le **connessioni** delle opportunità con le sfide (con punteggi diversi a seconda dei tre livelli di importanza definiti in precedenza per ogni sfida).

Le opportunità con una valutazione superiore a 15, aderenti al contesto e al settore e rilevanti per lo stato attuale dell'ASL TO3, sono state proposte come **strategie nel breve-medio termine per orientare il progetto sistemico** e corrispondono a quelle nell'elenco a seguire:

- **Occasioni di socializzazione, integrazione e prevenzione delle fragilità**
- **Intervento psicologo nei servizi di cura**
- **Disciplina educativa e riabilitativa**
- **Interoperabilità e tracciabilità tra servizi e sistemi**
- **Digitalizzazione nei servizi sanitari**
- **Attività di responsabilizzazione attorno ad aspetti di sostenibilità sociale e ambientale**
- **Creazione di strutture organizzative a supporto della sostenibilità**
- **Definizione di criteri di approvvigionamento basati sul valore e la sostenibilità**

Altre, connesse a queste principali possono essere invece sviluppate dall'ASL **nel lungo termine**.

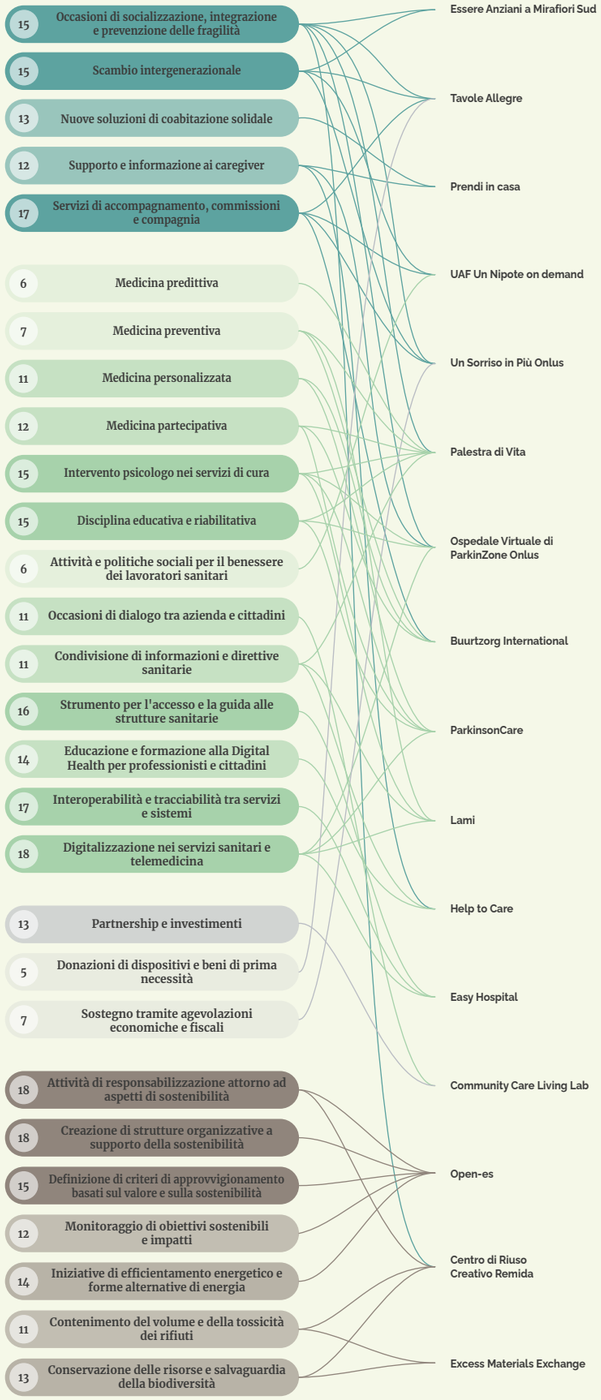
15	Occasioni di socializzazione, integrazione e prevenzione delle fragilità
15	Scambio intergenerazionale
13	Nuove soluzioni di coabitazione solidale
12	Supporto e informazione ai caregiver
17	Servizi di accompagnamento, commissioni e compagnia
13	Partnership e investimenti
5	Donazioni di dispositivi e beni di prima necessità
7	Sostegno tramite agevolazioni economiche e fiscali
18	Attività di responsabilizzazione attorno ad aspetti di sostenibilità
18	Creazione di strutture organizzative a supporto della sostenibilità
15	Definizione di criteri di approvvigionamento basati sul valore e sulla sostenibilità
12	Monitoraggio di obiettivi sostenibili e impatti
14	Iniziative di efficientamento energetico e forme alternative di energia
11	Contenimento del volume e della tossicità dei rifiuti
13	Conservazione delle risorse e salvaguardia della biodiversità
6	Medicina predittiva
7	Medicina preventiva
11	Medicina personalizzata
12	Medicina partecipativa
15	Intervento psicologo nei servizi di cura
15	Disciplina educativa e riabilitativa
6	Attività e politiche sociali per il benessere dei lavoratori sanitari
11	Occasioni di dialogo tra azienda e cittadini
11	Condivisione di informazioni e direttive sanitarie
16	Strumento per l'accesso e la guida alle strutture sanitarie
14	Educazione e formazione alla Digital Health per professionisti e cittadini
17	Interoperabilità e tracciabilità tra servizi e sistemi
18	Digitalizzazione nei servizi sanitari e telemedicina

Casi studio

Date le attuali **problematiche** della cura ed assistenza della comunità, può servire capire in uno scenario **europeo** come funziona **l'assistenza ai pazienti, soprattutto al paziente anziano medio**; quindi, concretamente individuare come e con quali figure, attori ed enti **si interfaccia maggiormente**. Dunque, per lo sviluppo di un progetto sostenibile e la promozione di cambiamenti sistemici di tipo socio-organizzativo può essere di ispirazione guardare alle tendenze nazionali ed europee, attraverso un esame **dello stato dell'arte**.

I casi studio possono essere esempi di sostenibilità per il contesto **italiano**, tenendo però conto che potrebbe trattarsi di progetti **non esaustivi, in fase di definizione e sperimentazione** e che la loro efficacia possa dipendere da un certo **contesto** culturale e sociale diverso da quello italiano e piemontese. Tuttavia, alcune **somiglianze** tra le nazioni europee e l'Italia possono essere interessanti per capire come casi studio di avanguardia europei stiano agendo riguardo ai **rapporti tra le reti di cura** e come questo porti dei **miglioramenti complessivi**.

Per la **schedatura di ciascun caso studio**, similmente al modello utilizzato nel documento ICC4all (Vandenbroeck & Braes, 2020) per le applicazioni dell'Integrated Community Care, qui si utilizzano alcuni di quegli slider e se ne introducono dei nuovi per visualizzare il peso (da zero a cinque) di ciascuna voce sulle buone pratiche, affiancate dall'anagrafica e dalle descrizioni che ne giustificano la valutazione, raccontando l'approccio e i suoi benefici.



Voci e criteri per la schedatura:

0 1 2 3 4 5

Intensità di ciascuna voce (0-5)

Il focus dell'iniziativa:

Quale è la logica principale all'origine dell'iniziativa?

Si distinguono le pratiche incentrate sulla cura e il benessere, i casi con particolare coinvolgimento della comunità, da quelle che migliorano gli aspetti territoriali e ambientali.

- Cura e benessere
- Lavoro di comunità
- Sviluppo territoriale e ambientale

I principali promotori:

Quali attori hanno lanciato l'iniziativa, l'hanno sostenuta oppure fungono da forze trainanti?

Si valuta quanto in un progetto conti il contributo e il sostegno di singoli cittadini, professionisti/aziende sanitarie, politici e organizzazione della società civile.

- Singoli cittadini o familiari
- Politici
- Professionisti
- Società civile

Risorse a disposizione:

Quali sono gli elementi chiave, le risorse significative e le infrastrutture distintive per l'operatività dell'iniziativa?

Questi fattori possono includere risorse economiche e finanziarie, capacità innovative, collaborazioni e partnership.

- Risorse economiche e finanziarie
- Potenziale innovativo
- Alleanze e partnership

Risultati del progetto:

Quali sono i principali risultati raggiunti dal progetto?

Questi possono essere prevalentemente sanitari, preventivi, oppure di miglioramento alla qualità di vita, o alle relazioni nella società, e infine alla qualità ambientale.

- Sanitari
- Preventivi
- Qualità di vita
- Relazionali e sociali
- Qualità ambientale

Essere Anziani a Mirafiori Sud

(immagine 7.1)

Breve descrizione

Si tratta di un intervento basato sulla comunità, diffuso sul quartiere Mirafiori Sud di Torino, per promuovere **l'invecchiamento attivo in salute e in autonomia**.
Quindi le persone con più di 65 anni, che vivono in modo autosufficiente presso il loro domicilio in quartiere, partecipano attivamente nelle **iniziative di promozione sociale** organizzate per incentivare le proprie interazioni sociali nella comunità.

Anagrafica:

Città o quartiere
Torino
Nazione
Italia
Anno o periodo
2015-oggi
Beneficiari
Anziani

Ambito d'azione:

- Domestico
- **Locale**
- Regionale
- Nazionale
- Internazionale

Il focus dell'iniziativa:

- **Cura e benessere**
- **Lavoro di comunità**
- **Sviluppo territoriale e ambientale**

I principali promotori:

- **Singoli cittadini o familiari**
- **Politici**
- **Professionisti**
- **Società civile**

Risorse a disposizione:

- **Risorse economiche e finanziarie**
- **Potenziale innovativo**
- **Alleanze e partnership**

Risultati del progetto:

- **Sanitari**
- **Preventivi**
- **Qualità di vita**
- **Relazionali e sociali**
- **Qualità ambientale**

Contesto

All'avvio del progetto nel 2015, Mirafiori Sud era un quartiere di Torino caratterizzato da una **popolazione in rapido invecchiamento**, con scarse opportunità di promozione della salute e dove gli indicatori di salute mostrano una **qualità della vita inferiore** rispetto ad altre aree della città. Da allora gli attori nella gestione del progetto si impegnano a identificare e mobilitare le risorse nascoste nella popolazione anziana e nella comunità locale, e a coordinare le reti, nel tentativo di fare sopravvivere il progetto.

Missione

Promuovere un **invecchiamento attivo, indipendente, sociale e sano** nella periferia di Torino. Non fornire servizi sanitari o di assistenza sociale, ma creare un'assistenza guidata dalle persone, coinvolgendole attraverso attività che migliorino la propria qualità di vita nel quartiere, e creino **reti di vicinato e iniziative sociali di prossimità**.

Attori coinvolti

Viene avviato nel 2015 dalla Fondazione della comunità di Mirafiori Onlus. Oggi il gruppo di coordinamento è composto anche da Compagnia di San Paolo, Comune, ASL Torino 1 (ora ASL Città di Torino) e la Circoscrizione 10 (ora Circoscrizione 2), Servizi Sociali del territorio e Associazione Centrox100 (Onlus). Al progetto **collaborano privati, pubblici e ONG in diversi settori** (sanità, assistenza sociale, sport, cultura, chiesa, animazione sociale, volontariato, ricerca, sviluppo e applicazione ICT e istruzione) coinvolgendo **la popolazione e i volontari**.

Attenzione sociale

Viene sostenuta l'**autonomia personale** e stimolata la **partecipazione attiva** degli abitanti all'interno delle comunità locali. Sono rafforzate e sviluppate reti informali di quartiere per **combattere l'isolamento sociale e migliorare la salute e il benessere**.

Approccio

Sono proposte e implementate **attività per i residenti diffuse in vari punti del territorio**, aperti alla partecipazione di persone di diverse generazioni, in collaborazione con organizzazioni locali e comunità, attraverso cooperazioni, sforzi congiunti e condivisione delle risorse. Il **programma molto vario** può includere incontri tematici e conferenze sull'alfabetizzazione sanitaria, attività di empowerment (ad esempio giochi per la mente), di socializzazione e di scambio intergenerazionale (esempio lo sviluppo di un documentario sulla storia ed evoluzione del quartiere), occasioni di cucina collettiva, cammino, visite a musei e monumenti locali. Le diverse iniziative sono progettate per incentivare la pratica dell'attività fisica e la promozione di una dieta sana, combattere la solitudine e l'emarginazione sociale, potenziare e ravvivare i legami tra i vicini in un contesto di solidarietà, e contribuire a migliorare la percezione della sicurezza nelle aree urbane. Le lezioni sono condotte da esperti per dare **accesso a informazioni, servizi, organizzazioni nella comunità**. Viene adottato un approccio pragmatico in gruppo e di rete, che attivi e **valorizzi tutte le risorse formali e informali** che sono già presenti e offerte nel territorio. In un **percorso di progettazione partecipata e condivisa**, vengono individuati i bisogni degli anziani e raccolte idee, proposte e azioni per rispondere a quelli emersi e per migliorare le attività quotidiane. Gli anziani partecipanti condividono le proprie energie e capacità e sono così **coinvolti non solo come destinatari e beneficiari** delle attività, ma anche come promotori e moltiplicatori, nella gestione e diffusione delle iniziative ai propri vicini di casa e per chi usufruisce del quartiere. È importante l'auto-consapevolezza dei bisogni e delle risorse e soprattutto la reciprocità per cui le opportunità ricevute sono condivise nella comunità.

Benefici

Per le centinaia di anziani iscritti al progetto, si sono **rinforzate le reti sociali, le abilità sociali e solidali**. Infatti, la comunità e il contesto che, da una parte può porre dei vincoli e delle barriere alla persona anziana, ma nello stesso tempo offre una serie di risorse e di opportunità, prime fra tutte la possibilità di creare relazioni e di trovare **risposta ai problemi di solito di tipo sociale** degli anziani autosufficienti. I partecipanti sono **migliorati nella cura di sé**, nel benessere psicologico e l'alfabetizzazione sanitaria. Si sono riscoperte abilità e competenze, grazie alla partecipazione e alla gestione delle attività. E si è sviluppato un **senso di comunità e di appartenenza ad un territorio** che si prende cura degli anziani e in cui gli anziani possono essere parte attiva. Il progetto ha superato alcuni stereotipi sugli anziani nelle aree svantaggiate, dimostrando che è possibile attivare le persone e organizzare attività a cui tutta la comunità può prendere parte. Si è data prova anche che le informazioni sanitarie fornite da professionisti in maniera facile e immediata, in contesti informali e non istituzionali, possono **migliorare l'alfabetizzazione sanitaria delle persone**.

Sitografia:

Aging better together: A project in Mirafiori Sud. (2019). https://transform-integratedcommunitycare.com/wp-content/uploads/2019/03/mirafiori-sud.pdf

Donazioni—Aiuta Mirafiori | Fondazione della Comunità di Mirafiori Torino. (n.d.). https://fondazionemirafiori.it/fondo-essere-anziani

Essere Anziani a Mirafiori sud | Fondazione della Comunità di Mirafiori Torino. (n.d.). https://fondazionemirafiori.it/essereanziani

Tavole Allegre

(immagine 7.2)

Breve descrizione

L'iniziativa si occupa di creare e sviluppare **reti informali di sostegno e auto-sostegno** per le persone adulte e anziane, in condizioni di vulnerabilità socio-economica, fragilità psico-fisica e materiale, e di solitudine.
Attraverso pranzi di vicinato a casa dei partecipanti e pranzi di comunità come feste di quartiere per tutti i cittadini della zona, si creano **occasioni di incontro e conoscenza**.
I momenti di aggregazione in alcuni quartieri di Torino **ruotano intorno al cibo e al pranzo**, come mezzi per celebrare, condividere, stabilire relazioni e riscoprire l'importanza della socialità e del capitale sociale.

Sitografia:

Tavole allegre. (n.d.). *Fondazione Compagnia di San Paolo*. https://www.compagniadisanpaolo.it/it/progetti/tavole-allegre/

Tavole Allegre: Pubblicati i risultati del progetto. (2020). *Fondazione Compagnia di San Paolo*. https://www.compagniadisanpaolo.it/it/news/tavole-allegre-pubblicati-i-risultati-del-progetto/

Anagrafica:

Città o quartiere
Torino
Nazione
Italia
Anno o periodo
2019
Beneficiari
Persone vulnerabili

Ambito d'azione:

- Domestico
- **Locale**
- Regionale
- Nazionale
- Internazionale

Il focus dell'iniziativa:

- **Cura e benessere**
- **Lavoro di comunità**
- **Sviluppo territoriale e ambientale**

I principali promotori:

- **Singoli cittadini o familiari**
- **Politici**
- **Professionisti**
- **Società civile**

Risorse a disposizione:

- **Risorse economiche e finanziarie**
- **Potenziale innovativo**
- **Alleanze e partnership**

Risultati del progetto:

- **Sanitari**
- **Preventivi**
- **Qualità di vita**
- **Relazionali e sociali**
- **Qualità ambientale**

Contesto
I servizi pubblici manifestano delle carenze e **l'impoverimento di alcuni cittadini non è solo economico**, ma anche sociale e relazionale. Infatti, secondo i dati Istat dell'anno 2018 ad inizi del progetto, le condizioni socioeconomiche e le reti di prossimità con amici, vicini di casa e colleghi di lavoro risultano più deboli per **le persone anziane e i giovani disoccupati**. Nasce quindi il progetto come evoluzione dei "Barachin" organizzati per consegnare i pasti alle case di chi non poteva partecipare all'iniziativa di Terra Madre - Salone del Gusto 2018 a causa di **problematiche condizioni di salute o fragilità**, senza rinunciare alla compagnia di amici e vicini di casa.

Missione
Tavole Allegre nasce per contrastare queste difficoltà attraverso l'approccio conviviale con fini sociali. L'obiettivo è sostenere coloro che si trovano in condizioni di vulnerabilità sociale ed economica, incoraggiandoli a sviluppare o rafforzare **reti sociali informali di prossimità e supporto**. Questo sostegno implica la mobilitazione di risorse umane e materiali per garantire protezione e assistenza. Ciò avviene attraverso **momenti strutturati di convivialità**, mirati a facilitare la creazione di legami, anche deboli ma al di fuori delle cerchie abituali, che possano fornire informazioni e stimoli utili per il **percorso di riattivazione individuale**. In questo modo, si riconosce l'importanza delle reti sociali per il benessere sia a livello individuale che collettivo, specialmente nelle situazioni quotidiane e nei momenti critici.

Attori coinvolti
L'iniziativa è stata avviata dalla Fondazione Compagnia di San Paolo in collaborazione con i volontari e gli operatori sociali dell'Ufficio Pio, i ristoranti della rete di Slow Food, i cuochi e gli appassionati di cucina.

Attenzione sociale
Il cibo è utilizzato in ambito sociale come strumento per sostenere forme di **socialità e parità tra beneficiari, volontari e operatori**, nonostante le differenze di età, storie e condizioni.

Attenzione economica
Si incrocia il **contributo di società profit e no-profit**, si alleggeriscono i pesi del lavoro sociale con momenti di festa o normalità, e si rinnovano le realtà interessate alla popolazione coinvolta con tempo, competenze e risorse a disposizione.

Approccio
Quando vengono organizzati **pranzi di vicinato all'interno delle case dei partecipanti**, che per qualche ragione non invitano da molto parenti o amici. Invece, così c'è la possibilità di condividere il pasto nella propria abitazione con le persone della propria vita privata, ma anche altri ospiti esterni, come vicini di casa, giovani e migranti e ovviamente i volontari. Invece, **i pranzi di comunità coinvolgono un pubblico più vasto** e si svolgono presso le Case del quartiere o luoghi di spontanea aggregazione vicini alle abitazioni dei partecipanti. In queste occasioni a cadenza periodica, sono attivi i ristoranti e gli appassionati cuochi che creano una vera festa, ancor più durante quelle tradizionali, a cui viene data **molta attenzione per contrastare la solitudine**, spesso più accentuata in questi periodi.
In seguito alla pandemia da Covid-19, il progetto ha ridefinito e ampliato obiettivi, tempi, modalità e sedi prevedendo **nuovi strumenti digitali e telematici** per rispondere alle modifiche nelle condizioni delle persone sole e fragili e nelle modalità di lavoro di volontari e operatori. Ad esempio, sono stati creati gruppi WhatsApp con un massimo di 6/8 partecipanti, guidati da volontari e operatori, che hanno gestito uno **spazio di relazione online**. Questo spazio prevedeva attività come la condivisione di video ricette realizzate da ristoratori, la consegna di piccoli pacchi spesa a domicilio, giochi di società ed eventi online. Anche dopo la fine delle restrizioni legate alla pandemia, l'animazione online è stata integrata con la realizzazione di eventi in presenza, **momenti di interazione con il territorio e di relazioni autonome**.

Benefici
Da un'attività di monitoraggio e di valutazione sistemica, sia qualitativa che quantitativa, per misurare la validità e l'impatto del progetto, risulta una **diffusa soddisfazione dell'iniziativa**. Si riconosce la capacità di creare momenti di condivisione e conoscenza **contribuiscono al benessere e all'empowerment** individuale o di gruppo, oltre a migliori abilità nel gestire relazioni e frequentare spazi pubblici e di socialità.
L'iniziativa ha dimostrato di influire sui livelli di solitudine, con effetti variabili in base all'età e alla situazione familiare, risultando particolarmente efficace tra le persone che vivevano sole e le donne. Ha contribuito a mantenere relazioni di supporto e protezione durante la pandemia, **sostenendo abilità socio-emotive** come autostima e fiducia negli altri. Inoltre, ha favorito la connessione con persone e aree diverse della città, riducendo la diffidenza reciproca e **stimolando il desiderio di nuovi incontri** per condividere interessi, soprattutto culinari.

Prendi in casa

(immagine 7.3)

Breve descrizione

Si tratta di un **progetto di condivisione di spazi abitativi** tra un residente che ha uno spazio in casa e decide di metterlo a disposizione, e un giovane fuori sede in cerca di una **sistemazione abitativa ad un costo contenuto**, per studio o lavoro. Si crea uno **spazio di aiuto reciproco** dove i giovani contribuiscono alle spese quotidiane di chi li ospita e alla gestione della casa, e **ci si scambia supporto e compagnia**.

Sitografia:

Ammendola, C. (2020). *Milano, anziani e giovani diventano coinquilini grazie al progetto Prendi in casa uno studente*. Fanpage. https://milano.fanpage.it/milano-anziani-e-giovani-diventano-coinquilini-grazie-al-progetto-prendi-in-casa-uno-studente/

Come Partecipare. (n.d.). *Prendi in Casa*. https://www.meglio.milano.it/prendi-in-casa/come-partecipare/

Il Progetto. (n.d.). *Prendi in Casa*. https://www.meglio.milano.it/prendi-in-casa/il-progetto/

Origini. (n.d.). *Prendi in Casa*. https://www.meglio.milano.it/prendi-in-casa/origini/

Anagrafica:

Città o quartiere
Milano
Nazione
Italia
Anno o periodo
2019
Beneficiari
Cittadini

Ambito d'azione:

- Domestico
- Locale
- Regionale
- Nazionale
- Internazionale

Il focus dell'iniziativa:

- Cura e benessere
- Lavoro di comunità
- Sviluppo territoriale e ambientale

I principali promotori:

- Singoli cittadini o familiari
- Politici
- Professionisti
- Società civile

Risorse a disposizione:

- Risorse economiche e finanziarie
- Potenziale innovativo
- Alleanze e partnership

Risultati del progetto:

- Sanitari
- Preventivi
- Qualità di vita
- Relazionali e sociali
- Qualità ambientale

Contesto

Il progetto Prendi in Casa è stato ideato nel 2004 da Meglio Milano, un'associazione senza fini di lucro. Da un'analisi del contesto sociale milanese (indagine "Studiare e vivere a Milano") si è evidenziata la presenza, nel capoluogo lombardo, di circa 180.000 studenti iscritti agli atenei milanesi di cui il 72% non residente in città e contestualmente, sono stati rilevati circa 320.000 residenti a Milano over 65. Quindi si sono volute unire due esigenze, apparentemente diverse, ma tra loro collegate. L'idea di Prendi in Casa permette di risolvere un **costante aumento di giovani alla ricerca di alloggi** a prezzi accessibili e il senso di **solitudine provato dai residenti milanesi over 65**, che godono di una buona salute e che hanno la possibilità di offrire uno spazio libero della propria casa. Dal 2018 Prendi in Casa fa parte di "Milano2035. coalizione per l'abitare giovanile", un progetto sostenuto dal Bando Welfare in Azione di Fondazione Cariplo. Nel 2021 si osserva un ulteriore evoluzione del progetto in quanto si apre la possibilità di ospitare a tutti coloro i quali hanno una stanza libera in più e vogliono **provare un nuovo modo di abitare**.

Missione

Promuovere una **coabitazione intergenerazionale** tra giovani fuori-sede che trovano in Milano la città in grado di offrire una varietà di proposte in termini sia lavorativi sia di studio e residenti milanesi che mettono a disposizione, a prezzi moderati, una stanza della propria casa come alloggio. Si sviluppa così un nuovo modo di abitare basato sulla **condivisione di nuove esperienze e sulla solidarietà** tra gli abitanti e i vicini di casa.

Attori coinvolti

Il servizio fa incontrare giovani non necessariamente **studenti ma anche lavoratori, dottorandi, stagisti** che si trasferiscono a Milano e un **residente adulto, pensionato, oppure una coppia o una famiglia**.

Approccio

Per partecipare al progetto è necessario che sia i giovani in cerca di sistemazione sia gli ospitanti residenti nella città Metropolitana di Milano facciano una **registrazione sulla piattaforma**. I fuori-sede, in fase di registrazione, devono fornire **caratteristiche personali, aspettative e necessità** così da permettere all'associazione Meglio Milano di raccogliere e registrate le richieste al fine di **individuare i migliori abbinamenti**. L'associazione si occupa di gestire tutte le fasi del progetto, incontrando gli ospitanti nella propria abitazione e approfondendo, con incontri diretti, la conoscenza dei giovani così da abbinare persone tra loro affini. Per definire gli abbinamenti si sfruttano diversi elementi quali i tratti caratteriali, i gusti e le abitudini di entrambe le parti. Inoltre, nella scelta della sistemazione da attribuire a ciascun giovane, si cerca, compatibilmente con le offerte, di **minimizzare gli spostamenti** cercando delle soluzioni vicine alla sede universitaria o lavorativa in modo tale da lasciare **tempo libero da dedicare allo studio, al riposo e alla conoscenza reciproca**. La coabitazione è regolata da un **regolamento di convivenza e da accordo di ospitalità** che va dai 4 agli 11 mesi, ma che può essere rinnovato più volte oppure, con preavviso, revocato, nel momento in cui le esigenze mutano o si incontrano delle difficoltà che impediscono di proseguire. Durante i mesi di coabitazione, l'associazione Meglio Milano organizza degli incontri periodici, individuali o di gruppo, per **monitorare la convivenza**, permettere a ciascuno di condividere la propria esperienza e di creare unione tra i diversi partecipanti.

Benefici

Il programma, inteso inizialmente come una sperimentazione, è **diventato presto un progetto consolidato** tanto che nel 2021 è stata aperta la possibilità di ospitare non solo a pensionati, ma anche a famiglie, coppie o persone che vivono sole e, dall'altra parte, è stata data l'opportunità di partecipare a giovani non necessariamente studenti ma anche lavoratori, dottorandi e stagisti. Questa iniziativa ha creato nuovi spazi abitativi in cui si è instaurato un **ambiente familiare e tranquillo** caratterizzato da scambi generazionali, permettendo a ciascuno di godere di continui scambi di aiuto, compagnia e nuovi stimoli, lasciando, allo stesso tempo, a tutti la propria autonomia.

UAF Un Nipote on demand

(immagine 7.4)

Breve descrizione

Si tratta di un servizio innovativo basato sull'incontro tra anziani autosufficienti che ne fanno richiesta e giovani universitari formati che si offrono. Insieme passano del tempo libero in **attività quotidiane di vario genere**, dalla passeggiata per la spesa alla cena in un ristorante, dai consigli sull'uso della tecnologia all'insegnamento di una nuova lingua.
Viene favorito lo **scambio intergenerazionale** proficuo, sincero e affettuoso come quello tra veri **Nonni e Nipoti**, e non il semplice assistenzialismo tradizionale offerto da careviger, badanti e operatori sanitari. Si contrasta la solitudine, l'isolamento sociale e il decadimento delle facoltà cognitive ed emotive che spesso ne conseguono.

Sitografia:

Aziende Sanitarie | Nipoti-on-demand per anziani soli. (n.d.). UAF. https://www.uaf-family.com/aziende-sanitarie

Cecilia Rossi, fondatrice di UAF: Perché un nipote on-demand? (2022). *Accendi Coop*. https://www.accendilucegas.it/cecilia-rossi-uaf-blog-anziani-nipoti/

Conoscici | Nipoti-on-demand per anziani soli. (n.d.). UAF. https://www.uaf-family.com/conoscici

Nipoti-on-demand per anziani. (n.d.). UAF. https://www.uaf-family.com

Anagrafica:

Città o quartiere
Milano
Nazione
Italia
Anno o periodo
2021-oggi
Beneficiari
Anziani e giovani

Ambito d'azione:

- Domestico
- Locale
- Regionale
- **Nazionale**
- Internazionale

Il focus dell'iniziativa:

- **Cura e benessere**
- **Lavoro di comunità**
- **Sviluppo territoriale e ambientale**

I principali promotori:

- **Singoli cittadini o familiari**
- **Politici**
- **Professionisti**
- **Società civile**

Risorse a disposizione:

- **Risorse economiche e finanziarie**
- **Potenziale innovativo**
- **Alleanze e partnership**

Risultati del progetto:

- **Sanitari**
- **Preventivi**
- **Qualità di vita**
- **Relazionali e sociali**
- **Qualità ambientale**

Contesto
Matteo Fiammetta e Cecilia Rossi fondano UAF nel 2021, **dopo aver sperimentato la solitudine** durante la pandemia ed essersi resi conto che per molti anziani questa rappresenta una costante e può causare declino cognitivo, demenze, peggiore salute mentale e fisica, stress per i parenti, e mortalità.

Missione
La sigla UAF sta per "U Are Family" e mostra l'obiettivo di questo servizio di far sentire gli anziani come parte di una **società che dà loro il giusto valore**, come in una famiglia.
Inoltre, il progetto vuole promuovere un **invecchiamento attivo e sereno**, che renda gli anziani integrati, stimolati, autonomi, fiduciosi e sicuri. Soprattutto vuole favorire una compagnia personalizzata data dallo scambio intergenerazionale, che abbatta il muro sociale tra giovani e anziani, e assicuri **benessere sociale, cognitivo, mentale e psicologico**.

Attori coinvolti
Il servizio **fa incontrare persone anziane e giovani locali**, in seguito al lavoro di formazione e conoscenza con gli psicologi prima delle attività quotidiane, sociali e ricreative. Inoltre, UAF collabora con aziende sanitarie, RSA, poliambulatori e aziende di assistenza domiciliare integrando il servizio dei Nipoti on demand **con i programmi sanitari** su un portale dedicato all'amministrazione e la gestione, erogando le ore di compagnia a casa dell'utente o nella struttura di riferimento. Sono sviluppati anche **programmi di welfare aziendali** che integrano il servizio per i propri dipendenti e quindi per i loro parenti.

Attenzione sociale
Si instaurano **relazioni autentiche, genuine e di affetto** che sono animate da vicinanza emotiva, empatia, scambio, compagnia fatta di qualità e sicurezza. conversazioni interessanti, attività divertenti, aiuto e comprensione.

Attenzione ambientale
Alcuni progetti specifici invece nascono dalla collaborazione di UAF con aziende che decidono di avviare **progetti ESG per il benessere degli anziani**.

Attenzione economica
Ogni Nipote UAF riceve un compenso orario per permettere a tutti di **fare del bene guadagnando per il proprio impegno**, mentre per le famiglie il prezzo è ragionevole e accessibile, se confrontato con le tradizionali soluzioni di assistenza domiciliare o di supporto. Infine, il Villaggio Ore sospese dà alle aziende la possibilità di **acquistare ore di compagnia** di cui possono usufruire gratuitamente i Nonni.

Approccio
Un anziano accede al servizio autonomamente o tramite la sua famiglia, **in un colloquio conoscitivo si crea un profilo** secondo le sue esigenze, la sua salute. Al momento della prenotazione possono indicare le aree di interesse (scegliere se imparare cose nuove come tecnologia e lingue, se essere accompagnati a visite e commissioni, oppure attività come passeggiate, giochi a carte, cinema e teatro). Poi possono stabilire i momenti del giorno e della settimana in cui vorrebbero fissare degli appuntamenti.
A quel punto al Nonno viene **associato attraverso un algoritmo il giovane**, spesso studente universitario, che risponde meglio alle necessità e abbia passioni affini. I ragazzi in un colloquio attitudinale con gli psicologi raccontano di sé, delle loro motivazioni, e possono così essere selezionati. Sono poi **formati accuratamente** affinché siano capaci di relazionarsi e coinvolgere attivamente chi viene associato loro. Si tratta di un'occasione per aiutare la comunità, **far parte di una start-up tech a impatto sociale**, secondo le proprie disponibilità e impegni di studio. Infatti, è possibile gestire gli appuntamenti, i guadagni, le comunicazioni e gli interessi per le attività in modo flessibile, su una piattaforma digitale.
Allo stesso tempo, **la famiglia**, che non può essere sempre presente per i cari anziani per lontananza geografica, impegni, lavoro o altro, sa di poter contare serenamente su un servizio affidabile durante le sue assenze o nei periodi di riposo. Attraverso il portale i parenti possono controllare appuntamenti, ore prenotate ed erogate, e altri dettagli in modo semplice, chiaro e trasparente.

Benefici
Le attività condivise e su misura **stimolano curiosità, vecchi e nuovi interessi**, favorendo un maggiore benessere sociale ed emotivo, perché la sensazione è quella di **sentirsi coinvolti e partecipi nella vita sociale**. A giovarne è anche la mente a livello cognitivo, poiché si mantiene attiva, quindi, migliora la lucidità e la memoria e si riduce la confusione.
Il tempo trascorso insieme viene valorizzato dallo scambio di racconti di esperienze diverse tra generazioni diverse, **creando un rapporto quasi familiare**, fatto di reciprocità nella fiducia e nello scambio di nuove conoscenze o insegnamenti. Il risultato della collaborazione sanitaria invece porta soddisfazione per gli utenti e le famiglie, ma anche **migliore qualità dell'assistenza**, differenziazione e minor carico di lavoro del personale aziendale. Con il welfare aziendale, invece, i datori di lavoro possono contare su personale più serene per i propri cari e su meno permessi e assenze per accompagnamento.

Un Sorriso in Più Onlus

(immagine 7.5)

Breve descrizione

Si occupa di portare **benessere, gioia e serenità alle persone più sole**, anziane o a bambini e ragazzi che vivono situazioni di disagio sociale, sostenendo e supportando i professionisti della relazione e della cura, i volontari e le case di riposo grazie al coinvolgimento dei donatori e delle aziende. L'impegno condiviso è quello di dare voce alla loro unicità, ai loro desideri, alle loro passioni, e far sentire l'affetto e la comprensione per l'altro, attraverso **progetti territoriali e nazionali di incontro** tra gli anziani, da una parte, e gli operatori e i cosiddetti "nipoti", dall'altra.

Sitografia:

Un Sorriso in Più—Anziani. (n.d.). Un Sorriso in Più. https://www.unsorrisoinpiu.it/anziani/

Un Sorriso in Più—Chi siamo. (n.d.). Un Sorriso in Più. https://www.unsorrisoinpiu.it/chi-siamo/

Anagrafica:

Città o quartiere
Lombardia
Nazione
Italia
Anno o periodo
2004-oggi
Beneficiari
Anziani e bambini

Ambito d'azione:

Domestico
Locale
Regionale
Nazionale
Internazionale

Il focus dell'iniziativa:

- Cura e benessere
- Lavoro di comunità
- Sviluppo territoriale e ambientale

I principali promotori:

- Singoli cittadini o familiari
- Politici
- Professionisti
- Società civile

Risorse a disposizione:

- Risorse economiche e finanziarie
- Potenziale innovativo
- Alleanze e partnership

Risultati del progetto:

- Sanitari
- Preventivi
- Qualità di vita
- Relazionali e sociali
- Qualità ambientale

Contesto
Nel 2004 nasce l'associazione per volontà della famiglia Canclini per contrastare la solitudine e **far sentire importante, amato e apprezzato** ogni anziano, bambino e volontario.

Missione
Portare **sorrisi alle persone più sole**: anziani soli nelle case di riposo, in ospedale e a domicilio, e bambini allontanati dalle famiglie ospiti in comunità educative. Lavorare nell'affiancare alle **cure fisiche anche le cure dello spirito**, e valorizzarne le capacità relazionali, personali e progettuali. Superare l'isolamento e **creare momenti di normalità** per le persone anziane e i più giovani.

Attori coinvolti
Attraverso la cooperazione **con le comunità locali dedicate ai minori** allontanati dalle famiglie, il progetto offre attenzione e momenti di normalità. In collaborazione **con le case di riposo** per anziani del territorio nelle province di Como, Monza e Brianza e Varese, il progetto porta felicità agli anziani. Attraverso iniziative come i progetti "Nipoti di Babbo Natale", "Nipoti di Penna" e "Un Sorriso in Più Family", gli anziani delle case di riposo **in tutta Italia** vengono raggiunti con gesti di affetto e supporto.

Attenzione sociale
Quotidianamente, vengono instaurate relazioni in cui ci si dedica all'altro con **altruismo, attenzione, calore umano e condivisione** di passioni, racconti e storia. L'operatore ha la possibilità di stare accanto all'anziano, con **cura, ascolto, riconoscimento reciproco** che valorizzano l'identità e le competenze da entrambe le parti.

Attenzione economica
I progetti sono possibili grazie alle **donazioni dei cittadini** che hanno a cuore la comunità e vogliono renderli felici.

Approccio
Ciascuna attività è legata dalla **cultura del dono, del sorriso e del tempo** donato all'intera comunità, che invecchia o sta crescendo, che sa di poter contare su qualcuno.
I **volontari** hanno **diverse opportunità di formazione**, aggiornate con novità e spunti, la guida di un tutor, il costante sostegno o confronto con i referenti del progetto, e un tavolo virtuale di incontro e riflessione teorica e di buone prassi tra tutti gli operatori. Si occupano delle persone a cui sono affidate, **creando un ambiente di vita su misura**, e ciascuno, secondo il proprio ruolo, le proprie attitudini e disponibilità si sente stimolato a dare il meglio di sé nel proprio lavoro.
I **professionisti della cura**, invece, nelle residenze sono accompagnati dalla Onlus nello svolgere i loro **compiti più delicati** e nel valorizzare ed arricchire le proprie competenze, con il progetto Desideri in cantiere.
Nel territorio, nelle case di riposo e nella corsia del reparto geriatrico, i volontari passano a trovare gli anziani per fare conversazione e sapere come ci si sente, portando una **compagnia rassicurante in assenza di familiari e amici**. A domicilio, invece, sono previste visite settimanali per chi ne ha bisogno, oppure un canale telefonico di ascolto per dare compagnia e conforto.
Grazie agli strumenti digitali, riescono a raggiungere anche case di riposo in tutta Italia, e non esclusivamente in Lombardia. Con il **progetto nazionale Nipoti di Babbo Natale** chiunque può soddisfare il sogno e il desiderio che un anziano esprime nella sua casa di riposo. I **Nipoti di Penna**, invece, possono diventare amici di una persona anziana che si presenta e condivide i suoi interessi di cui amerebbe parlare, grazie a una corrispondenza di lettere, che, anche se a distanza di tempo e spazio, dona calore e senso al tempo e all'attesa. Nata per far fronte all'emergenza sanitaria del 2020 e l'impossibilità di stare accanto ad anziani e bambini, la **web tv Un Sorriso in Più Family** è uno spazio virtuale sicuro di intrattenimento, svago e benessere da utilizzare insieme ai propri ospiti e ai propri cari, che condivide contenuti preparati appositamente dagli operatori che volevano far sentire la loro vicinanza, contro la solitudine.

Benefici
Con i progetti territoriali e nazionali, gli anziani si sentono speciali per qualcuno che pensa a loro con un dono o una lettera, **dedicando tempo e risorse** per regalare momenti di gioia. Al contempo, i nipoti coinvolti credono in queste relazioni, sperimentando la gioia e la **gratificazione di fare qualcosa di buono per gli altri**. Si sviluppano anche occasioni di **esprimere autenticamente se stesso**, la propria soggettività e unicità, grazie alle relazioni con i familiari, gli operatori e i volontari. Sono favoriti spazi di ascolto e di riconoscimento del proprio valore, soprattutto grazie a interventi educativi personalizzati. Inoltre, tali relazioni offrono l'opportunità di **riscoprire la bellezza degli incontri**, mantenere la speranza nel futuro, la fiducia nelle persone e sentire l'attenzione nei confronti della propria felicità.

Palestra di Vita

(immagine 7.6)

Breve descrizione

Si tratta di un **approccio di prevenzione e riabilitazione psicologica di gruppo** volto a stimolare persone adulte e anziane a adottare uno **stile di vita sano**, promuovere **pensieri positivi** e attivare l'**empowerment**. Questo metodo viene praticato da personale, a seguito di una formazione specifica, sul territorio o nelle strutture ed RSA. Le attività coinvolgono **esercizi di allenamento** di mente e corpo e promuovo informazione e confronto.

Sitografia:

Consorzio Socio Assistenziale del Cuneese—Palestra di vita. (n.d.). https://www.csac-cn.it/Home/Pagine-del-Comune?ID=7501

Piumetti, P. (2015). La palestra di vita. *Psicologia Contemporanea*, 76–80. https://www.csac-cn.it/portals/1412/SiscomArchivio/9/PDV%20articolo.pdf

Anagrafica:

Città o quartiere
Cuneo
Nazione
Italia
Anno o periodo
1995-oggi
Beneficiari
Anziani e operatori

Ambito d'azione:

- Domestico
- **Locale**
- Regionale
- Nazionale
- Internazionale

Il focus dell'iniziativa:

- **Cura e benessere**
- **Lavoro di comunità**
- **Sviluppo territoriale e ambientale**

I principali promotori:

- **Singoli cittadini o familiari**
- **Politici**
- **Professionisti**
- **Società civile**

Risorse a disposizione:

- **Risorse economiche e finanziarie**
- **Potenziale innovativo**
- **Alleanze e partnership**

Risultati del progetto:

- **Sanitari**
- **Preventivi**
- **Qualità di vita**
- **Relazionali e sociali**
- **Qualità ambientale**

Contesto Il metodo Palestra di Vita (PdV) è stato ideato nel 1995 presso la residenza per anziani «Mons. Calandri» di Boves dallo psicologo e psicoterapeuta Pietro Piumetti del Consorzio Socio-Assistenziale del Cuneese (CSAC).

Missione Il progetto si basa sulla possibilità di **mantenere la plasticità del cervello** grazie agli stimoli dell'ambiente, a una sana attività psico-fisica e a soddisfacenti relazioni sociali per favorire **fenomeni rigenerativi e di ricostruzione** durante l'invecchiamento dell'anziano, oltre a quelli degenerativi e di perdita, che erroneamente sono, invece, l'unico focus riguardo alla vecchiaia. Pertanto, le attività previste vogliono allenare la mente, migliorare l'umore, coltivare gli interessi, far socializzare, insegnare al pensiero positivo e di autotutela, responsabilizzare alla pratica di uno stile di vita sano, non passivo ed isolato. Vogliono anche far riconoscere e valorizzare **le qualità dell'anziano**, come saggezza e creatività, per poi finalizzarle ad affermare l'identità e la libertà degli anziani, prevenendo la crisi di adattamento alla vecchiaia.

Attori coinvolti Il metodo della PdV viene insegnato a psicologi, psicoterapeuti e operatori dei servizi socio-sanitari che frequentano il Master Universitario sulla psicologia della salute con il **metodo Palestra di Vita**, realizzato dall'Università Salesiana di Torino in partnership con il CSAC. Coloro che superano la prova finale devono iscriversi all'**albo dei conduttori PdV** presso il CSAC, e durante la pratica partecipare agli incontri di supervisione e ai corsi di aggiornamento, organizzati dal CSAC stesso. In brevi incontri, aggiuntivi alle attività del metodo, partecipano anche **molti professionisti** che ruotano intorno all'invecchiamento e cittadini del territorio che condividono esperienze e insegnamenti. Dal 2020 con questo stesso scopo, collabora con l'Associazione **La Bottega del Possibile**.

Attenzione sociale Per mantenere i legami con la comunità e stimolare interesse e curiosità dei partecipanti, possono esserci **momenti di collegamento con il territorio**, attraverso il racconto di esperienze lavorative e di impegno sociale di persone rilevanti nella comunità. Inoltre, sono **trasmesse le conoscenze e i risultati** delle attività con il "Giornalino della PdV".

Approccio Viene seguito un **approccio polivalente**, tenendo conto di aspetti biologici, psichici, sociali e educativi e la storia di vita della persona, per una migliore qualità della sua vita e di chi la assiste. In generale, in un setting accogliente e ben strutturato, sono organizzate **attività di gruppo sul territorio**, della durata di 60-90 minuti a settimana, nella quale la conduzione spetta a uno psicologo o un altro operatore formato, in collaborazione con volontari e familiari. Grazie agli esiti positivi iniziali ottenuti nei gruppi di 25-30 persone, il metodo è stato applicato anche a piccoli gruppi di circa 8 persone e adattato alle persone con decadimento cognitivo comportamentale. Gli incontri si aprono e si chiudono con momenti di salute, canti, indicazioni sulle attività secondo il calendario, e verifica dello stato di salute o di gradimento delle attività. Nel mezzo, invece, si svolgono le **attività di allenamento mentale**, che includono esercizi di ragionamento e di memoria, la terapia della reminiscenza e della motivazione, infine **esercizi motori**, come yoga della risata, respirazione profonda e ginnastica dolce-rilassamento. Il momento del giornale vivente è invece un modo di stimolare il racconto degli ospiti di propri **ricordi di esperienze passate, aneddoti e notizie** della vita in struttura e del territorio. Si avvalgono poi di **auto e mutuo aiuto** per cercare insieme una soluzione preventiva, alternativa e inaspettata su un problema di salute comune. Altri **incontri con esperti sanitari**, psicologi possono offrire risposte alle domande e alle difficoltà degli anziani, ma anche educare e responsabilizzare all'invecchiamento e alla gestione dell'esistenza e della salute psicofisica, sociale e spirituale.

Benefici L'associazione di animazione e riabilitazione psicologica porta alla cura della loro salute, alla riattivazione della mente, del cervello e del cuore degli anziani e di chi li assiste. Si promuove **il benessere psicofisico**, riducendo gli stati depressivi, regressivi, e i disturbi comportamentali. L'allenamento mentale e fisico migliora memoria a breve termine, orientamento, autonomia e abilità di base. **Il fare unito al pensare positivo** danno alla persona **il senso di autodeterminazione**, che è fondamentale per sentirsi vivi e in relazione con il mondo. A migliorare è anche **tono dell'umore, qualità e stile di vita**, con maggiore socialità, amicizie, aiuto reciproco, e con serenità e meno noia. Si instaura un circolo virtuoso grazie sia all'auto e mutuo aiuto, che alla **diffusione di informazioni corrette sulla salute**. Si previene la "learned helplessness" (passività appresa) in favore dell'"**empowerment**" (come accrescimento del potere personale). Vengono così scardinati i pregiudizi sugli anziani riguardanti la non rigenerazione del cervello con uno stile di vita attivo, la perdita di qualsiasi tipo di memoria, la demenza e la depressione per tutti, e addirittura l'inutilità dell'anziano. Al contrario, si dimostra che la memoria continua a funzionare, alcune meglio di altre, e che il suo allenamento sia soprattutto preventivo; oltre a confermare la ricchezza della sua vita vissuta che ricordata può aiutare a educare giovani e adulti.

Ospedale Virtuale di ParkinZone Onlus

(immagine 7.7)

Breve descrizione

Si tratta di un progetto innovativo ed efficace di **medicina partecipativa** basata sull'utilizzo delle **tecnologie telematiche**. Serve a rispondere in modo diretto alle domande dei pazienti con il morbo di Parkinson e seguirli virtualmente in **attività di vario genere**.
Assume un importante ruolo tra gli **strumenti terapeutici** di supporto alla terapia farmacologica.
Le metodologie impiegate consentono di realizzare un **ospedale virtuale** e sono orientate alla realizzazione di un **rapporto diretto** tra paziente e professionista sanitario, portando all'acquisizione di un **senso di comunità**.

Sitografia:

Crippa, M. (2020, giugno 24). *COVID-19 e Parkinson, intervista al Dott. Nicola Modugno*. https://www.micuro.it/enciclopedia/malattie/coronavirus-intervista-nicola-modugno

Ospedale Virtuale. (n.d.). *ParkinZone Onlus*. https://www.parkinzone.org/wp/ospedale-virtuale/

Redazione Adnkronos. (2020, dicembre 12). *Coronavirus, da Neuromed un «ospedale virtuale» per i malati di Parkinson*. Adnkronos. https://www.adnkronos.com/Archivio/salute/coronavirus-da-neuromed-un-ospedale-virtuale-per-i-malati-di-parkinson

Anagrafica:

Città o quartiere
Campobasso, Pozzilli e Roma
Nazione
Italia
Anno o periodo
2020-oggi
Beneficiari
Malati di Parkinson

Ambito d'azione:

- Domestico
- Locale
- Regionale
- Nazionale
- **Internazionale**

Il focus dell'iniziativa:

- **Cura e benessere**
- **Lavoro di comunità**
- **Sviluppo territoriale e ambientale**

I principali promotori:

- **Singoli cittadini o familiari**
- **Politici**
- **Professionisti**
- **Società civile**

Risorse a disposizione:

- **Risorse economiche e finanziarie**
- **Potenziale innovativo**
- **Alleanze e partnership**

Risultati del progetto:

- **Sanitari**
- **Preventivi**
- **Qualità di vita**
- **Relazionali e sociali**
- **Qualità ambientale**

Contesto

Durante l'isolamento forzato dovuto alla pandemia da Covid-19, è stato sviluppato un **progetto di supporto attivo** ai pazienti affetti dal morbo di Parkinson che hanno dovuto adattarsi alla mancanza di aiuto di familiari e specialisti per via delle restrizioni. L'iniziativa è nata spontaneamente con l'inizio del lockdown dal momento in cui sono state sospese le attività dell'Associazione ParkinZone. I pazienti che seguivano regolarmente le attività a Roma, Campobasso e Pozzilli sentivano l'esigenza di **condividere momenti insieme sul web**. Poi il numero di partecipanti è cresciuto a livello internazionale.

Missione

Sviluppato per rimediare alla mancanza di **occasioni di socializzazione** e crearne di nuove, per far uscire i malati dal lungo periodo di isolamento domestico.

Attori coinvolti

L'Ospedale Virtuale è stato lanciato a marzo del 2020 dall'organizzazione non lucrativa di utilità sociale ParkinZone Onlus insieme al Centro per lo studio e la cura della malattia di Parkinson dell'IRCCS Neuromed di Pozzilli (IS), diretto dal neurologo Nicola Modugno. Hanno partecipato molti pazienti, anche internazionali, grazie all'apporto di WikiParky.TV, un **servizio gratuito di teleassistenza domiciliare** e accesso a **attività riabilitative, ludiche e relazionali** per i malati di Parkinson, inaugurato dal Comitato Italiano Associazioni Parkinson.

Attenzione sociale

Si sono creati **momenti informali e spontanei nella comunità** composta da pazienti, carevigers, operatori, medici ed esperti, in un rapporto diretto e di discussione libera. Da una parte, i pazienti e i caregiver, in sessioni separate, hanno individuato delle risposte alle difficoltà legate all'isolamento, grazie all'incontro con gli altri e alla **condivisione dei propri stati d'animo** e delle proprie paure. Dall'altra, tramite questo approccio, medici e operatori sanitari o creativi hanno la possibilità di **ascoltare la comunità**, offrendo una risposta pratica e approfondita ai numerosi quesiti di vario genere.

Approccio

I pazienti partecipano direttamente alla realizzazione del progetto e sono **coinvolti in prima persona nell'organizzazione delle attività** dell'Ospedale Virtuale, fanno parte dello staff e sono incoraggiati a realizzare un progetto personale per potenziare le proprie capacità funzionali e per favorire un rallentamento della progressione della malattia.
Sono previsti incontri di un'ora per 3-4 volte alla settimana, in cui i pazienti, insieme a professionisti sanitari, tutor ed esperti, possono collegarsi sulla piattaforma Zoom e partecipare a sessioni di Question Time condotte da uno staff di neurologi.
I **temi trattati sono diversi e connessi al Parkinson**, tra cui: creatività e malattia, ruolo della fisioterapia, mindfulness e stress, sintomi, problemi intestinali e microbiota, disturbi della vista, Parkinson avanzato e terapie correlate, chirurgia del Parkinson, disturbi del controllo degli impulsi, disturbi cognitivi, genetica del Parkinson.
Inoltre, sono previsti corsi virtuali di attività teatrali, tenuti dalle insegnanti dei corsi di teatro di Roma, e di attività fisica che si distinguono a loro volta in diversi progetti: DanceWell, metodo Feldenkrais, corsi con un Personal Trainer e corsi di pilates in diretta web a giorni alterni. Questo consente di seguire i pazienti nell'esecuzioni delle **sessioni artistiche legate al teatro, alla danza e al movimento**.

Benefici

Le sessioni di Question Time che caratterizzano l'Ospedale Virtuale, hanno permesso di creare uno **spazio terapeutico innovativo** che, grazie agli interventi di medici esperti e specialisti, oltre che da psicologi e psicoterapeuti, ha permesso ai pazienti di sentirsi parte di un **contesto intimo e sicuro**.
Inoltre, i diversi **laboratori artistici e riabilitativi**, basati sullo sport e le attività creative, si sono dimostrati importanti e molto **consigliati per gli effetti positivi** ottenuti sulla qualità di vita, su aspetti come la depressione e la apatia, e dopo una pratica costante e prolungata anche sui sintomi motori, in quanto servono a **stimolare la plasticità del cervello** dei pazienti.
Il progetto ha riscontrato molto interesse e, in poco tempo, il piccolo gruppo iniziale si è evoluto coinvolgendo diverse decine di pazienti, medici, operatori e caregivers, **oltre i confini nazionali**. Infatti, trattandosi di uno spazio online, la comunità coinvolta si è estesa e hanno potuto partecipare e incontrarsi realtà associative attive nella cura e nella ricerca sulla malattia, professionisti ed esperti da ogni parte d'Italia ed Europa, soprattutto dalla Gran Bretagna, scambiandosi utili informazioni. A lungo termine potrebbero realizzare un **progetto di telemedicina**, in cui vengano erogati servizi di assistenza sanitaria a distanza non esclusivamente ospedaliera, per garantire l'assunzione di farmaci e l'apprendimento di strategie che consentano di rallentare l'evoluzione della patologia.

Buurtzorg International

(immagine 7.8)

Breve descrizione

Buurtzorg, ovvero "assistenza di quartiere" o "cura del vicinato", è un'**organizzazione di assistenza domiciliare** operante a livello nazionale nei Paesi Bassi e diffusa anche in altre nazioni.
Piccole **squadre autogestite di infermieri di comunità** forniscono cure per persone gravemente malate, con una condizione cronica, o con demenza, dopo il ricovero in ospedale, per attività medico-tecniche, o per cure palliative terminali.
Inoltre, insegnano a **vivere in modo indipendente**, aiutano nella cura della persona e nella preparazione e somministrazione di medicinali.
Eseguono azioni su richiesta del medico curante o dello specialista e prestano molta **attenzione alla prevenzione**.

Sitografia:

Buurtzorg Home. (n.d.). Buurtzorg. https://www.buurtzorg.org.uk/

Buurtzorg Nederland. (n.d.). Buurtzorg International. https://www.buurtzorg.com/

Kwaliteit van zorg. (n.d.). Buurtzorg. https://www.buurtzorgnederland.com/professionele-wijkverpleging/kwaliteit-van-zorg/

Anagrafica:

Città o quartiere
Almelo
Nazione
Paesi Bassi
Anno o periodo
2006-oggi
Beneficiari
Anziani

Ambito d'azione:

- Domestico
- Locale
- Regionale
- Nazionale
- **Internazionale**

Il focus dell'iniziativa:

- **Cura e benessere**
- **Lavoro di comunità**
- **Sviluppo territoriale e ambientale**

I principali promotori:

- **Singoli cittadini o familiari**
- **Politici**
- **Professionisti**
- **Società civile**

Risorse a disposizione:

- **Risorse economiche e finanziarie**
- **Potenziale innovativo**
- **Alleanze e partnership**

Risultati del progetto:

- **Sanitari**
- **Preventivi**
- **Qualità di vita**
- **Relazionali e sociali**
- **Qualità ambientale**

Contesto

A partire dal 2006, come risposta a un **panorama frammentato di assistenza domiciliare**, Jos de Blok con altri tre infermieri, suoi colleghi, fonda Buurtzorg Nederland, un modello di **assistenza integrata basata sulla comunità**. Il modello Buurtzorg adotta un **approccio olistico**, che non guarda solo agli aspetti fisiologici, ma anche psichici e sociali e soprattutto consente ai pazienti di **imparare a fare qualcosa per se stessi** con autosufficienza e indipendenza e ridurre la necessità di cure in futuro.

Missione

Offrire un'alternativa alla tradizionale assistenza istituzionale e migliorare l'assistenza sanitaria soprattutto per gli anziani nei Paesi Bassi. Organizzare un'assistenza comunitaria i**ntegrata, infermieristica, indipendente, collaborativa e centrata sul paziente**, secondo un modello di cura a cipolla, che parte dal centro con il punto di vista del cittadino e va verso l'esterno perché possa autogestirsi, avere interazioni sociali e raggiungere una migliore qualità della vita, in un ambiente familiare il più a lungo possibile.

Attori coinvolti

La chiave del modello di cura e operativo è stata la formazione di una **rete capillare di strutture non-profit** affiancate che ha permesso la collaborazione e la cooperazione sia tra professionisti e assistenti informali, che tra organizzazioni del sistema sanitario nazionale e quelle internazionali, interessate a adottare il modello. L'**infermiere distrettuale supporta e lavora con il paziente** per stabilire di quali cure ha bisogno (infermieristica e/o personale), **si coordina anche con altri professionisti sanitari**, esaminando qual è la cura migliore.

Attenzione sociale

L'autogestione, la continuità, la costruzione di relazioni di fiducia significative e di reti nel vicinato sono tutti **principi importanti** per costruire organizzazioni e raggiungere una buona assistenza sanitaria.

Attenzione economica

L'organizzazione è **senza scopo di lucro** e i suoi valori non rientrano in un'organizzazione commerciale. Se si guarda all'efficacia in termini di costi per l'organizzazione, il back-office mantiene bassi i costi generali, occupandosi della busta paga e della fatturazione, lasciando che **il resto dell'organizzazione si concentri sull'assistenza**. Sebbene, modificando il modello di assistenza, Buurtzorg ha comportato costi orari più elevati, ne è risultata una riduzione del 50% delle ore di assistenza, una migliore qualità dell'assistenza e una maggiore soddisfazione sul lavoro per i dipendenti. I soldi possono essere usati invece per **pagare infermieri più qualificati**. Inoltre, si utilizza la **tecnologia digitale per fornire informazioni** che supportano direttamente il processo di cura e riducono i costi amministrativi.

Approccio

In questo modello organizzativo innovativo di erogazione delle cure, le **squadre autogestite e indipendenti** hanno il ruolo centrale e sono composte da massimo 12 infermieri di comunità che lavorano in quartieri da 5.000 a 10.000 abitanti. La squadra ha spirito imprenditoriale e libertà professionale: decide come organizzare e coordinare il lavoro, condivide le responsabilità, prende decisioni, migliora continuamente l'organizzazione dei servizi attraverso nuove idee, il passaparola e le segnalazioni. Non ci sono riunioni, né call-center per la gestione, né un leader della squadra, lasciando più tempo per **risolvere i problemi in co-produzione con il paziente**. A ogni cliente viene assegnato infatti un **consulente personale come guida e punto di contatto** e insieme si esaminano le cure necessarie, incentrandosi sulla promozione dell'indipendenza del paziente stesso. Per la creazione del pacchetto di cure migliori, si tengono in considerazione anche **l'ambiente in cui vive e le persone che formano le sue reti** formali e informali. Sostiene anche la famiglia e gli accompagnatori, preparandoli ai cambiamenti futuri dovuti alla malattia e all'invecchiamento. Il supervisore personale ha **contatti regolari con altri fornitori di cure** (ad esempio il tuo medico generico o specialista curante) se necessario. Sono infermieri specializzati generici, competenti in diversi campi e attività per essere in grado di curare tutti i pazienti 24 ore su 24, **senza tempi di attesa** dal momento della presentazione della domanda di assistenza.

Benefici

Nei primi 10 anni è aumentata la domanda e l'interesse dei clienti, il modello è quindi **cresciuto molto rapidamente** nei Paesi Bassi con un maggior numero di squadre impegnate in città e quartieri di tutta l'Olanda, da 1 a 870, con oltre 10.000 infermieri e attivo anche in 24 paesi e 10 partnership, diffondendosi anche in altre nazioni. Si è classificata tra le **migliori agenzie di assistenza domiciliare** nei Paesi Bassi, ha contribuito ad approcci innovativi **anche in altre aree di assistenza** come la salute mentale, i bambini e le famiglie e altri settori interessati al modello. Grazie alla collaborazione del personale e dei clienti, i tassi di soddisfazione e impegno di entrambi sono più alti di altre organizzazioni sanitarie, con una migliore qualità dell'assistenza e della vita, notevoli risparmi finanziari (circa il 40% per il sistema sanitario olandese) e guadagni in termini di produttività. Si è formata una **rete di apprendimento globale** in crescita per condividere esperienze e conoscenze, ottenere istruzioni in diversi campi e apportare innovazione.

ParkinsonCare

(immagine 7.9)

Breve descrizione

È un servizio di **teleassistenza infermieristica specializzata** che affianca le persone affette da Parkinson e i loro familiari nella vita quotidiana con la malattia. Per far ciò, combina **la piattaforma digitale e le competenze cliniche** di figure professionali multidisciplinari. Un "care manager" specializzato, tramite una videochiamata o in telemedicina, **offre sostegno e continuità assistenziale** al paziente e ai familiari e con gli altri medici **condivide le informazioni cliniche** raccolte nelle interazioni giornaliere per facilitare l'intervento di ciascuno quando necessario, tramite una **medicina collaborativa**.

Sitografia:

CareApt: Curare le malattie neurodegenerative con il supporto della tecnologia. (n.d.). Salesforce. https://www.salesforce.com/it/resources/customer-stories/careapt/

Careapt | Zambon. (n.d.). https://www.zambon.com/it/innovazione/zcube/careapt

Équipe | ParkinsonCare. (n.d.). https://parkinsoncare.com/equipe/

Il modello Careapt. (n.d.). https://www.careaptitude.com/modello.html

Anagrafica:

Città o quartiere
Bresso - Milano
Nazione
Italia
Anno o periodo
2020-oggi
Beneficiari
Malati di Parkinson e caregivers

Ambito d'azione:

- Domestico
- Locale
- Regionale
- Nazionale
- Internazionale

Il focus dell'iniziativa:

- **Cura e benessere**
- **Lavoro di comunità**
- **Sviluppo territoriale e ambientale**

I principali promotori:

- **Singoli cittadini o familiari**
- **Politici**
- **Professionisti**
- **Società civile**

Risorse a disposizione:

- **Risorse economiche e finanziarie**
- **Potenziale innovativo**
- **Alleanze e partnership**

Risultati del progetto:

- **Sanitari**
- **Preventivi**
- **Qualità di vita**
- **Relazionali e sociali**
- **Qualità ambientale**

Contesto

La sperimentazione del servizio è stata avviata nel 2018 da CareApt - Aptitude for Care, una startup fondata da ZCube, il Research Venture del gruppo farmaceutico Zambon. Hanno voluto **affrontare la sfida dell'invecchiamento e della cronicità**, garantendo benessere per malati e familiari, e supporto nella loro incertezza e vulnerabilità emotiva quotidiana. Questa prima soluzione di CareApt è orientata nello specifico a malati di Parkinson ed è stata resa disponibile all'inizio della pandemia di Covid-19, gratuitamente per tutto il 2020, e a pagamento dopo, per assicurare continuità assistenziale ai malati isolati.

Missione

Ridefinire il concetto di "casa come primo luogo di cura" in linea con il PNRR, trasformando l'assistenza alle malattie croniche in un'**esperienza basata sulla relazione e sull'attenzione personalizzata** attraverso l'adozione di tecnologie e nuovi modelli di cura. L'obiettivo è garantire una continuità assistenziale che possa **attenuare l'impatto delle malattie sulla qualità della vita** dei pazienti e delle loro famiglie, contribuendo al contempo a rendere sostenibili i costi di gestione associate a tali patologie.

Attori coinvolti

L'**équipe specialistica e multidisciplinare** operante è formata da medici di base, da professionisti della riabilitazione, tra cui infermieri, terapisti occupazionali e in casi più specifici anche logopedisti, fisioterapisti e psicologi, coordinati e supervisionati da neurologi. Per accedere al servizio sono stipulate delle convenzioni con associazioni dei pazienti, fondi sanitari e assicurativi, e aziende.

Approccio

Considerando la complessità della malattia del Parkinson, l'insorgenza di fasi e bisogni diversi per ciascuno, e la necessità di diversi tipi di sostegno, viene offerta una s**oluzione di care & case management**, capace di combinare in un'unica interfaccia un'anima clinica e una empatica. Si uniscono i contributi di piattaforma digitale e personale specializzato, sulla base della medicina collaborativa, personalizzata ed evidence-based. Si tratta, di un **approccio innovativo di Behavioral Health**, che trasforma gli operatori sanitari in coach, i piani di assistenza in programmi di empowerment, e pazienti e caregiver in protagonisti attivi della propria vita, mettendo in primo piano le loro scelte di salute. Un **infermiere di riferimento** incontra il paziente, ne monitora i sintomi, offre un piano di assistenza e supporto clinico personalizzato, e risponde a dubbi ed incertezze derivanti da situazioni di peggioramento. Ad esempio, quando sono ridotte le capacità di movimento, l'infermiere coinvolge il terapista occupazionale per individuare insieme nuovi modi per **svolgere le azioni quotidiane**. Rilevante è anche la figura dello psicologo che offre un sostegno a pazienti e caregiver, al fine di **alleviare situazioni complesse emotivamente**. Tutti gli interventi sanitari proposti sono vagliati dal neurologo specializzato in disordini del movimento, per accertarne la correttezza e il valore. Inoltre, attraverso la piattaforma di "Patient Relationship Management", l'operatività dell'infermiere è regolata **sulla base di algoritmi**. Ciascuno di questi, corrispondente a ogni sintomo caratteristico della malattia, è stato identificato dai neurologi, integrando **scale cliniche validate per il Parkinson**, al fine di valutare ogni sintomo in modo standardizzato. Invece, i dati clinici raccolti e archiviati sono **sempre accessibili all'équipe multidisciplinare**, attraverso la piattaforma, e possono essere condivisi con specialisti e medici di medicina generale che seguono esternamente il paziente. Un **monitoraggio completo e puntuale della malattia**, in relazione alla quotidianità del paziente, permette di cogliere i reali bisogni individuali e conseguentemente, quando la sintomatologia è meno controllabile farmacologicamente, attivare interventi non farmacologici e riabilitativi, appropriati a favorire il "coping", ossia lo svolgimento delle attività, nonostante le difficoltà e la fatica, il sentirsi vivo e il non arrendersi alla disabilità.

Benefici

I benefici si basano su **tre evoluzioni fondamentali**. A livello di **spazio**, i pazienti possono accedere alle cure da casa e beneficiare di maggiore continuità assistenziale, riducendo gli spostamenti e gli accessi inappropriati a strutture sanitarie, ospedali e ambulatori. I vantaggi nel **tempo** si riferiscono al passaggio da un'assistenza sanitaria "discreta", con due o tre visite di controllo all'anno con lo specialista, ad una "continua", grazie al care manager (l'infermiere) e alla telemedicina. Infine, vi è il passaggio dalla **terapie** farmacologiche, come unica risorsa di cura, all'integrazione di quelle non farmacologiche per preservare l'autonomia della persona più a lungo. Viene **alleggerito il carico di lavoro** di infermieri e medici, dedicando più tempo a più pazienti, con un **monitoraggio accurato** di ciascuno e la possibilità di intervenire più tempestivamente se necessario. La **piattaforma interoperabile** assicura la giusta comunicazione tra i sistemi sanitari, integrando e coordinando i processi, semplificando le interazioni e l'accesso a una visione unica e aggiornata del paziente, con un crescente numero di informazioni disponibili per le visite di controllo dei neurologi. Anche la percezione dei pazienti che hanno usufruito del servizio è positiva in quanto comporta il **miglioramento del controllo e della conoscenza dei sintomi della malattia**.

Lami

(immagine 7.10)

Breve descrizione

Lami si propone come **servizio sanitario di assistenza primaria** che, in modo semplice, veloce e affidabile, fornisce risposte su sintomi, condizioni di salute, cause e comportamenti da adottare, cure primarie e prevenzione psico-fisica. Prende realmente in carico **il paziente che non ha bisogno di essere ospedalizzato**, lo guida e supporta nel percorso di cura più adeguato, dalla scelta e prenotazione, alla prestazione in telemedicina o domiciliare. Si occupa, quindi, di **salute a 360 gradi**: dall'assistenza istantanea per quesiti legati alla salute agli esami del sangue, dalle visite a domicilio ai consulti in telemedicina, sia per adulti che per bambini e ragazzi. Grazie ad una **piattaforma digitale di facile accesso e su abbonamento**, mette a disposizione un medico di base 2.0 di riferimento, che ascolta e accompagna i pazienti.

Sitografia:

Chi siamo: La nostra storia | Lami. (n.d.). https://www.lamimed.it/chi-siamo

Cusano Italia Tv (Regista). (2021, ottobre 29). *Una Mela al Giorno: Lami, la salute a portata di mano*. https://www.youtube.com/watch?v=an9KB1hdImc

Redazione BitMAT. (2021, ottobre 18). *Lami: Il tuo medico di fiducia, ovunque tu sia*. Sanità Digitale. https://www.sanita-digitale.com/cura/lami-il-tuo-medico-di-fiducia-ovunque-tu-sia/

UNGUESS e Lami per rendere le cure mediche più accessibili. (2023, febbraio 15). *Altraeta*. https://altraeta.it/unguess-al-fianco-di-lami-per-rendere-le-cure-mediche-piu-accessibili-a-tutti/

Anagrafica:

Città o quartiere
Milano
Nazione
Italia
Anno o periodo
2022-oggi
Beneficiari
Cittadini

Ambito d'azione:

Domestico
Locale
Regionale
Nazionale
Internazionale

Il focus dell'iniziativa:

Cura e benessere
Lavoro di comunità
Sviluppo territoriale e ambientale

I principali promotori:

Singoli cittadini o familiari
Politici
Professionisti
Società civile

Risorse a disposizione:

Risorse economiche e finanziarie
Potenziale innovativo
Alleanze e partnership

Risultati del progetto:

Sanitari
Preventivi
Qualità di vita
Relazionali e sociali
Qualità ambientale

Contesto

Lami è una start-up nata con l'obiettivo di **assistere i malati di Covid-19 al proprio domicilio**, quando l'emergenza sanitaria aveva esasperato criticità importanti, riguardanti sia i calanti numeri di medici di base, infermieri e risorse a disposizione, squilibrati rispetto all'alto bisogno della popolazione, che i tempi di attesa per visite ed esami, di conseguenza più lunghi. Quindi, Lami ha lavorato nella direzione del settore health tech ed eHealth in crescita, per **colmare le inefficienze dei sistemi sanitari tradizionali pubblici**, affiancandosi come privato. Dopo essersi affidata alla piattaforma di crowdsourcing UNGUESS per testare la percezione e l'esperienza di utilizzo della piattaforma, è stato lanciato il progetto ed è cresciuto rapidamente, **sviluppando servizi diversificati e diffondendosi in diverse città** lombarde e in alcuni capoluoghi italiani.

Missione

Rendere **più semplice l'accesso alle prestazioni sanitarie**, senza sostituire il SSN, ma sollevandolo da alcune problematiche, tra cui il sovraffollamento, e **spostando il focus dalla cura alla prevenzione**. Essere **di riferimento per tutte le esigenze sanitarie**, offrendo servizi medici o aiutando a identificare i propri bisogni e il percorso di salute più adeguato. **Evitare le autodiagnosi** dei pazienti, spesso inesatte, parziali o fuorvianti, condotte sulla base di ricerche online per chiarire propri dubbi, in presenza di piccoli disturbi. Offrire un **supporto integrato e olistico attraverso una comunicazione e assistenza istantanea** grazie a chat, video-consulti medici, esami e visite a domicilio.

Attori coinvolti

Oltre ai tre fondatori e ai professionisti che fanno funzionare la tecnologia, c'è un comitato scientifico composto da un'**equipe multidisciplinare** che guida e supervisiona nella scelta dei professionisti, nella validazione dei servizi, dei protocolli medico-scientifici e delle soluzioni più innovative. Per gestire le varie attività e le richieste dei pazienti, ci si avvale invece di un **gruppo di infermieri esperti e del customer care**, che, utilizzando un **sistema integrato di presa in carico e assistenza clienti**, si occupano di seguire gradualmente gli utenti. Si offrono delle soluzioni che assecondano le esigenze delle diverse figure in gioco, dalle aziende nell'ambito del corporate wellbeing alle strutture sanitarie, dal mondo assicurativo ai pazienti e ai professionisti.

Approccio

Semplicità, velocità, affidabilità, trasparenza, innovazione e tecnologia sono i valori dell'approccio scelto da Lami per rispondere ai dubbi del paziente, semplificare la prenotazione di un appuntamento, sfruttando una tecnologia e una UX del sito facile e intuitiva. Inoltre, il team è composto da **professionisti qualificati e affidabili**, che fanno da guida e supportano nel percorso di scelta del servizio. Sulla piattaforma online si può trovare una risposta scientificamente corretta e in tempi brevi alla domanda di informazioni sulla salute da parte del pubblico. Infatti, **utilizzando l'intelligenza artificiale, il sistema di triage automatizzato, l'algoritmo, e la mappatura di un numero elevato di condizioni cliniche**, a partire da protocolli medici internazionali raccolti in 25 anni di ricerca, è possibile analizzare i sintomi dei pazienti e ottenere una risposta che li indirizzi ad intraprendere determinate azioni o a svolgere determinati esami. Se i dati mettono poi in evidenza la necessità di mettere i pazienti in contatto con un medico, che ne soddisfi i bisogni "primari" di salute, sono **disponibili video-consulenze o visite domiciliari** per indirizzare correttamente l'utente verso un **percorso diagnostico o, se necessario, terapeutico**. Nei casi di certezza del percorso da seguire, prenotano direttamente il servizio che necessitano. Questi servizi possono essere offerti direttamente al consumatore, online o al domicilio, su prenotazione tramite la piattaforma stessa, secondo proprie disponibilità, oppure affiancati alle assicurazioni senza costi aggiuntivi (questo è ancora in una fase di test). Tra i servizi offerti ci sono incontri con medici di medicina generale o personale per bambini e ragazzi – pediatra, psicologo, logopedista – ma anche esami medici specifici, infermieristica, prelievi, e test Covid. Successivamente, i referti degli esami o dei consulti sono **archiviati in una cartella clinica digitale**, a cui possono accedere, nel rispetto della privacy e della sicurezza, sia il paziente, sia il professionista che lo ha in carico.

Benefici

La possibilità di ricorrere da remoto a consulti medici, risolvibili non solo in presenza, snellisce code, accorcia e **ottimizza i tempi** per visite ed esami, **fa risparmiare denaro**. Assicura il contatto con un professionista anche nei casi in cui il proprio medico generale sia irreperibile e include chiunque della popolazione. I servizi sono di ottima qualità grazie alla tecnologia e le esperienze cliniche del personale medico, e la **relazione medico-paziente diventa più efficiente**. Si evita che il paziente abbia il libero accesso ai servizi e, quindi, la scelta autonoma del proprio percorso, perché spesso risulta incoerente e frustrante, anche per chi deve sopportarne il costo.

Help to Care

(immagine 7.11)

Breve descrizione

L'applicazione, lanciata con il sistema sanitario nazionale del Regno Unito (NHS), si impegna per **aumentare la produttività del sistema sanitario e dell'assistenza sociale**. Rappresenta uno strumento che **guida attraverso informazioni e articoli** le famiglie, gli assistenti personali e gli operatori sanitari, supportandoli per **offrire le cure e i piani di assistenza agli altri con sicurezza e preparazione**. Permette ai professionisti anche di monitorare le condizioni di salute dei cittadini e di riconoscere in tempo i segni di mancato benessere di una persona.

Sitografia:

Help to Care Mobile App: Supporting care workers and carers to identify and prevent deterioration. (2020). [SharedLearningArticle]. NICE. https://www.nice.org.uk/sharedlearning/help-to-care-mobile-app-supporting-care-workers-and-carers-to-identify-and-prevent-deterioration

Lancio dell'app NHS e assistenza sociale per supportare le persone che si prendono cura degli altri: NHS Kent e Medway. (2020). https://www.kentandmedway.icb.nhs.uk/news-and-events/news/nhs-and-social-care-launch-app-support-people-who-care-others

Anagrafica:

Città o quartiere
Kent and Medway
Nazione
Regno Unito
Anno o periodo
2020-oggi
Beneficiari
Caregivers

Ambito d'azione:

- Domestico
- Locale
- **Regionale**
- Nazionale
- Internazionale

Il focus dell'iniziativa:

- **Cura e benessere**
- Lavoro di comunità
- Sviluppo territoriale e ambientale

I principali promotori:

- **Singoli cittadini o familiari**
- **Politici**
- **Professionisti**
- **Società civile**

Risorse a disposizione:

- **Risorse economiche e finanziarie**
- **Potenziale innovativo**
- **Alleanze e partnership**

Risultati del progetto:

- **Sanitari**
- **Preventivi**
- **Qualità di vita**
- **Relazionali e sociali**
- **Qualità ambientale**

Contesto

Il Sustainability and Transformation Partnership (STP) del Kent e Medway riunisce i principali attori locali impegnati nell'assistenza sanitaria e sociale, e tutte le organizzazioni del NHS, al fine di migliorare insieme i servizi sanitari e sociali per la popolazione. Durante la pandemia da Covid-19, hanno lanciano un'**applicazione per cellulari per supportare i caregivers**, riconoscendo il contributo fondamentale e inestimabile, sia degli operatori sanitari, che si occupano di assistenza professionale, sia di coloro i quali si prendono cura di un paziente, che sia parente o una persona a loro cara. Questi soggetti sono **essenziali nella comunità e nelle case di cura, ma sono sottoposti a una forte pressione** per fornire, spesso in circostanze difficili, aiuto, anche a lungo termine, a persone con condizioni di salute difficili.

Missione

Per offrire ai pazienti più fragili un ausilio di qualità e una vita più indipendente e sana a casa, serve anche **alleviare alcune pressioni che subiscono gli assistenti**. Ci si pone quindi l'obiettivo di fornire loro una guida che insegni a riconoscere prontamente i segnali di un problema che possa riguardare la salute o il benessere di qualcuno, per individuare subito le informazioni e i **consigli utili sul modo di agire**. Si vuole dunque permettere agli assistenti di scegliere in modo corretto come comportarsi in merito al fornire assistenza e di sapere a chi rivolgersi in caso di bisogno di ulteriore supporto. A causa dell'insufficienza di operatori sanitari a cui si contrappone una sempre crescente domanda di servizi, l'app si occupa anche di **supportare nuovi professionisti** per permettere loro di apprendere rapidamente le basi e di sentirsi competenti nel fornire assistenza.

Attori coinvolti

I caregivers si interfacciano con NHS ed entrano in relazione con chi si occupa di assistenza sociale, servizi del settore del volontariato, e organizzazioni, a livello locale o nazionale.

Attenzione economica

L'app mobile si può **scaricare e utilizzare gratuitamente**, evitando disuguaglianze di budget e gli eventuali costi di distribuzione ed emissione di opuscoli e nuove versioni aggiornate. Il progetto vanta **diversi finanziamenti** da parte di Encompass Vanguard nel Kent orientale nel 2017 e da NHS Digital nel 2019.

Approccio

L'approccio è sicuramente basato su un **apprendimento condiviso**, tramite un database di informazioni utili e accessibili con facilità. Si tratta di una **guida di riferimento, rapida e portatile**, per aiutare chi si prende cura regolarmente di qualcuno, se dovesse riscontare segni di deterioramento e piccoli cambiamenti di allarme per un problema, affinché sappia cosa fare, in modo appropriato e tempestivo, e a chi far riferimento. Rappresenta un modo di **implementare la formazione professionale** senza sostituirla, perché permette l'accesso ad opinioni, suggerimenti, articoli di consulenza e di orientamento, video informativi su componenti essenziali dell'assistenza, ad esempio sui comportamenti da adottare nel caso di cadute da parte di persone fragili e sulla gestione della terapia farmacologica. Ciascun articolo segue ed è allineato e aggiornato a seconda di linee guida, risorse e standard del NICE, garantendo **informazioni giuste al momento giusto**, senza dover accedere a Internet. È inoltre presente una sezione che permette di valutare l'utilità di ogni guida consultata e una per capire se la persona assistita sta sviluppando una problematica di salute per cui sia necessaria assistenza medica. L'app Help to Care è ispirata all'**opuscolo per gli accompagnatori "Stop Look Care"**, progettato da Brighton e Hove CCG. Questo opuscolo viene poi fornito come e-book tra le risorse che si possono utilizzare nell'applicazione. Per permettere di utilizzare l'app anche a chi è ostacolato nella navigazione per insufficienti **competenze digitali**, sono state aggiunti contenuti e video di supporto; e si prevede di collegarsi ad altri progetti per farle acquisire.

Benefici

Che sia un responsabile della formazione per operatori sanitari, oppure un assistente sociale o volontario, il risultato positivo comune riguarda la **facilità d'uso di navigazione e lettura**, la disponibilità di articoli e corsi di formazione utili, e la comodità di collegamenti ipertestuali ai servizi specialistici. Ne è conseguita una **riduzione di trattamenti e ricoveri non necessari**, alcune diagnosi precoci senza complicazioni e infezioni a casa, **prevenzione, personalizzazione, prolungata indipendenza**, migliore conoscenza della salute mentale, comunicazione e umore per i pazienti. Questo supporto informativo fa sentire il personale, già esperto, ulteriormente sicuro, non solo, e rassicurato nel star fornendo cure di qualità. L'app è servita anche per l'autogestione di personale con condizioni a lungo termine.

Easy Hospital

(immagine 7.12)

Breve descrizione

L'applicazione per dispositivi mobili Easy Hospital è stata progettata su iniziativa della Regione Emilia-Romagna per integrarsi con i servizi informativi già esistenti. Il suo scopo è **agevolare in modo semplice e intuitivo i cittadini che si spostano all'interno della cittadella universitaria** del Policlinico di S. Orsola di Bologna. Attraverso due funzioni principali è possibile ricercare specifici punti di interesse ed essere guidati verso questi con una navigazione pedonale.

Sitografia:

Easy Hospital, l'app per l'accesso facile ai servizi sanitari del Sant'Orsola di Bologna. (2023, gennaio 12). Agenda Digitale. https://www.agendadigitale.eu/sanita/easy-hospital-app-servizi-sanitari/

Easy Hospital. (n.d.). Salute. https://salute.regione.emilia-romagna.it/easy-hospital

Anagrafica:

Città o quartiere
Bologna
Nazione
Italia
Anno o periodo
2023-oggi
Beneficiari
Pazienti

Ambito d'azione:

- Domestico
- **Locale**
- Regionale
- Nazionale
- Internazionale

Il focus dell'iniziativa:

- **Cura e benessere**
- Lavoro di comunità
- Sviluppo territoriale e ambientale

I principali promotori:

- **Singoli cittadini o familiari**
- **Politici**
- **Professionisti**
- Società civile

Risorse a disposizione:

- Risorse economiche e finanziarie
- **Potenziale innovativo**
- Alleanze e partnership

Risultati del progetto:

- **Sanitari**
- Preventivi
- **Qualità di vita**
- **Relazionali e sociali**
- Qualità ambientale

Contesto

Nonostante la presenza di segnaletica e indicazioni varie, muoversi tra i numerosi edifici, che compongono il campus ospedaliero, è complicato a causa della **sua area molto estesa e delle circostanze di agitazione o preoccupazioni** spesso associate a questo contesto. In risposta al bisogno di far orientare i cittadini, è stata realizzata un'applicazione mobile che informa e guida correttamente verso i servizi richiesti. Questa rappresenta uno dei servizi aumentati previsti dall'Agenda Digitale della Regione per il 2020-2025.

Missione

L'obiettivo principale della Regione e dell'Ospedale S.Orsola è quello di **accrescere la qualità dei suoi servizi** e facilitare l'accesso dei pazienti a tutti i suoi spazi nelle ampie strutture, **semplificando i loro spostamenti e la ricezione delle informazioni** fondamentali in modo veloce e aggiornato.

Attori coinvolti

La sperimentazione per strutturare l'applicazione ha visto **impegnate diverse figure multidisciplinari**, includendo fornitore e alcuni esperti dell'Azienda Ospedaliera e dell'Amministrazione regionale. Il servizio inoltre coinvolge ovviamente **i pazienti e i medici che ne usufruiscono**, ma anche del **personale che si dedica ad aggiornare le informazioni** continuamente, per evitare che la chiusura, ad esempio, di un ambulatorio o di un percorso causi disagi, se non sono segnalate e corrette.

Approccio

Per la sperimentazione e lo sviluppo di una digitalizzazione del servizio è stata scelta la **metodologia del Service Design**, a cui si associa l'analisi centrata sulle **esigenze dell'utente**, nella navigazione e nell'orientamento, e sulle **necessità dell'ospedale**, con i servizi di accoglienza fisici o digitali già attivi e la gestione dei nuovi. Dunque, per una "sanità digitale più a misura d'uomo" che dia serenità ai pazienti sono state **sperimentate funzioni diverse**. Considerando però la complessità del progetto, si sono seguite diverse fasi, introducendo in principio i servizi di base e **incrementando funzionalità con il tempo**.
Al momento quindi l'applicazione consente una **ricerca libera per localizzare i punti di interesse**, come reparti, distribuzione farmaci e parcheggi, attraverso la digitazione di parole chiave o la ricerca tra alcune tipologie predefinite. Viene quindi **indicato sulla mappa digitale** la selezione fatta, per muoversi in autonomia in quella direzione oppure essere guidati dalla visualizzazione del tragitto migliore. Questa **guida alla navigazione pedonale** è la sezione più innovativa, perché aiuta il paziente **sia all'esterno dei padiglioni (outdoor) che all'interno (indoor)**, attualmente in soli due padiglioni, ma sarà estesa in futuro a tutti gli altri dell'ospedale.
Nel caso di una **prenotazione di una prestazione nell'ospedale**, si riceve un SMS, con promemoria e un link indirizzato all'app, da cui è visibile la propria posizione e quella dell'ambulatorio dove recarsi, grazie al GPS dello smartphone e alla tecnologia bluetooth nei due padiglioni forniti. Easy Hospital può indicare in questo caso anche la posizione delle casse automatiche dove pagare il ticket. In seguito, fornisce un numero di accesso progressivo per la sala d'attesa dell'ambulatorio dove recarsi consultando l'app stessa, fino al suo turno, comunicato sullo smartphone, e attivato dal medico che riceve precedentemente la conferma dell'accettazione del paziente.

Benefici

Nelle fasi di sperimentazione è stato più volte approfondito il **gradimento degli utenti**, con interviste, questionari e osservazioni per capire e migliorare la fruibilità dello strumento. Ne risulta che la guida crea dei vantaggi perché è **gratuita, sicura** senza dati personali o sanitari registrati, **sempre aggiornata, facilmente accessibile** sia a livello visivo con una mappa interattiva che attraverso una guida vocale. Il servizio è utile perché **genera proattività nel paziente e sicurezza** nella permanenza ed orientamento in ospedale. In futuro si prevede di ampliare la navigazione indoor e di aggiungere nuove funzionalità, tra cui una chatbot e l'integrazione con il FSE. Inoltre, l'intenzione della Regione, grazie alle competenze acquisite, è quella di poter **replicare questo modello** in altre strutture del territorio, e possibilmente anche in ambiti pubblici diversi come la cultura e il turismo, ad esempio come mezzo di scoperta in un museo o in un centro storico regionale.

Community Care Living Lab

(immagine 7.13)

Breve descrizione

Il progetto sviluppa un Living Lab come un'infrastruttura di comunità con lo scopo di **esplorare le tecnologie, le buone pratiche e i servizi** orientati a migliorare la qualità di vita dei pazienti e la cura della comunità. Grazie al coinvolgimento degli utenti finali e alla sinergia di attori pubblici e privati, è programmato il **test dei percorsi assistenziali innovativi** in condizioni reali e limitate a un contesto geografico circoscritto e a un certo periodo di tempo. Infine, è prevista la condivisione del **modello di cura integrato e di prossimità della cronicità** e la definizione di **percorsi formativi da replicare**.

Sitografia:

A chi si rivolge. (n.d.). *Community Care Living Lab*. https://communitycarelivinglab.it/a-chi-si-rivolge/

Community Care Living Lab. (n.d.). *Poliambulatorio Polis - Torino*. https://www.polistorino.it/community-care-living-lab/

Progetto. (n.d.). *Community Care Living Lab*. https://communitycarelivinglab.it/progetto/

Anagrafica:

Città o quartiere
Torino
Nazione
Italia
Anno o periodo
2021-oggi
Beneficiari
Anziani

Ambito d'azione:

- Domestico
- **Locale**
- Regionale
- Nazionale
- Internazionale

Il focus dell'iniziativa:

- **Cura e benessere**
- **Lavoro di comunità**
- **Sviluppo territoriale e ambientale**

I principali promotori:

- **Singoli cittadini o familiari**
- **Politici**
- **Professionisti**
- **Società civile**

Risorse a disposizione:

- **Risorse economiche e finanziarie**
- **Potenziale innovativo**
- **Alleanze e partnership**

Risultati del progetto:

- **Sanitari**
- **Preventivi**
- **Qualità di vita**
- **Relazionali e sociali**
- **Qualità ambientale**

Contesto

Il progetto è promosso da Cooperativa sociale Gruppo Arco, occupata a **creare nuove reti territoriali e partnership** per realizzare e implementare **servizi in ambito sociale e socio-sanitario**. Un altro riferimento importante per il Community Care Living Lab è il Poliambulatorio POLIS, nato su iniziativa del Gruppo Arco, con il supporto di Fondazione CRT e Compagnia di San Paolo. Si tratta di un attore di **innovazione socio-sanitaria di comunità**, in grado di offrire cure sanitarie di qualità e a prezzi calmierati, e di sostenere **progetti sperimentali integrati**. Altri sono i promotori del progetto, finanziato grazie al contributo della Fondazione CRT.

Missione

Il settore della salute deve fronteggiare nuove sfide nell'ambito della cura, per dare una risposta ai bisogni di cura della comunità. Pertanto, il progetto nasce per sviluppare un **modello di cura e intervento di prossimità per la cronicità**. Per poi testare e misurare quanto le soluzioni assistenziali progettate siano realizzabili, utili, efficaci a livello territoriale e domiciliare, e coinvolgenti per i beneficiari. Lo scopo ultimo è creare un punto di partenza da cui poi **innovare nei settori sanitari** sia pubblici sia privati e **stimolare conoscenza e meccanismi di cura community-based**, grazie alla co-progettazione e collaborazione tra attori diversi per di tipologia, settori e professioni.

Attori coinvolti

Per la realizzazione del Community Care Living Lab è necessario il coinvolgimento e la partecipazione di **figure pubbliche o private di diverse reti di sostegno formali e informali**. La pubblica amministrazione è rappresentata dal distretto sanitario e da quello di inclusione dell'ASL Città di Torino e la Circoscrizione 3 di Torino. A seguire ci sono due ospedali, attori del terzo settore, altri studi o imprese, e il Politecnico di Torino. Le diverse figure professionali invece sono MMG e specialisti, psicologi, IFeC e altri professionisti per la cura community-based, impegnati ad **acquisire nuove competenze** e a **rafforzare la rete territoriale e la domiciliarità**. Questo sistema integrato nasce per supportare e assistere i numerosi **anziani della comunità del distretto**, anche in condizioni di fragilità sociale, economica o familiare. In particolar modo si rivolge a quelli che, da un'analisi dei bisogni socio-sanitari, si trovano in una fase di insorgenza della **demenza o di altre patologie croniche**. **Familiari e caregiver** di coloro che tra questi pazienti sono disposti a partecipare alla sperimentazione, sono altrettanto coinvolti per acquisire competenze personali e fornire supporto e facilitazione nelle fasi previste.

Approccio

L'approccio del progetto **si basa sull'Open Innovation e sull'Human-centred design**. Si sceglie quindi di far scaturire **l'innovazione dal confronto tra attori diversi e dalla partecipazione attiva** della comunità, soprattutto utenti finali della sperimentazione. Inoltre, questo avviene grazie alla **progettazione basata sulle necessità** dell'utente e dei suoi comportamenti, ma anche sulle esigenze di cura emerse nel territorio. Tutto ciò viene verificato durante il percorso coinvolgendo direttamente pubblico, privato e comunità.
Per lo sviluppo del **modello innovativo di cura collaborativo**, si segue un processo fatto di quattro step fondamentali. Il primo, detto Think Tank, serve a definire il modello, secondo una **ricerca di esperienze esterne da testare**, riconducendo le caratteristiche al contesto italiano e alle esigenze locali. Inoltre, identificando gli attori e l'ambito di azione iniziale **si costruisce la rete del Living Lab**. Nella seconda fase di Knowledge Acceleration, invece, sono **strutturati tre percorsi di formazione differenziati** e dedicati al personale medico, agli operatori/caregiver, e ai pazienti, con lo scopo di rafforzare le competenze per il funzionamento del progetto. A seguire vi è Prototype&Test in cui ciò che è stato definito precedentemente viene **testato per verificarne l'efficacia** in condizioni reali e per **migliorarne le caratteristiche** a seconda dei feedback ottenuti. Infine, lo step dell'Implementation serve a **combinare i risultati** della formazione e sperimentazione con le riflessioni maturate, realizzando delle **linee guida utili alla scalabilità e replicabilità** del percorso in un ambito più ampio.

Benefici

Il progetto ha registrato notevoli **successi in termini di coinvolgimento, collaborazione e scambio** tra enti pubblici e privati, organizzazioni non profit e profit, e attori della ricerca e divulgazione. Attualmente, **il percorso non è ancora completo**; la prima fase è stata conclusa, la seconda è a metà, mentre la terza e la quarta si attestano intorno al 25-30% rispetto a quanto si era previsto. Le **ultime due fasi sono state ampliate e potenziate**, allargando il progetto iniziale. Infatti, questo viene supportato e integrato dal **Community Care Living Lab. Extended (CCLL.E)**, nato dal secondo finanziamento di CRT, per valorizzare l'espansione della rete di partner, fornendo una **maggiore formazione, opportunità di sperimentazione e attività di divulgazione**.

Open-es

(immagine 7.14)

Breve descrizione

È uno **strumento innovativo di connessione** tra aziende, persone e organizzazioni, impegnate per un futuro sostenibile del pianeta e delle nuove generazioni, che collaborano per migliorare nella sostenibilità, generare valore e affrontare la transizione energetica. Rappresenta un **supporto concreto per le imprese** per raccogliere insieme e condividere di **buone pratiche, esperienze sostenibili, informazioni e soluzioni innovative** da mettere in pratica, nel rispetto delle normative.

Sitografia:

Eni promuove Open-es per la sostenibilità. (2021, gennaio 21). *ESG360*. https://www.esg360.it/environmental/eni-promuove-open-es-per-la-sostenibilita/

Open-es | Imprese, Procurement e Banche insieme per la sostenibilità. (n.d.). https://www.openes.io/it

Open-es: Informazioni | LinkedIn. (n.d.). https://www.linkedin.com/showcase/openes/about/

Open-es: Reporting automatico ESG per favorire la rendicontazione non finanziaria. (2021, novembre 4). *ESG360*. https://www.esg360.it/digital-for-esg/open-es-reporting-automatico-esg-per-favorire-la-rendicontazione-non-finanziaria/

Anagrafica:

Città o quartiere
San Donato Milanese

Nazione
Italia

Anno o periodo
2020-oggi

Beneficiari
Piccole e medie imprese

Ambito d'azione:

- Domestico
- Locale
- Regionale
- **Nazionale**
- Internazionale

Il focus dell'iniziativa:

- Cura e benessere
- **Lavoro di comunità**
- Sviluppo territoriale e ambientale

I principali promotori:

- Singoli cittadini o familiari
- Politici
- Professionisti
- Società civile

Risorse a disposizione:

- Risorse economiche e finanziarie
- Potenziale innovativo
- Alleanze e partnership

Risultati del progetto:

- Sanitari
- Preventivi
- Qualità di vita
- Relazionali e sociali
- Qualità ambientale

Contesto
Considerando l'impegno comune **verso la transizione energetica e la decarbonizzazione**, la piattaforma digitale Open-es nasce, per creare una collaborazione tra le **imprese di tutte le filiere produttive**. È stata creata da Eni, Boston Consulting Group (BCG) e Google Cloud che hanno messo in gioco le proprie competenze, rispettivamente industriali, strategiche sugli obiettivi ESG e tecnologiche.

Missione
L'obiettivo principale è il **miglioramento comune delle performance ESG** grazie a modelli di economia circolare lungo tutte le filiere, ispirati da esperienze e offerte condivise dagli attori stessi sulla piattaforma.

Attori coinvolti
Come suggerisce il nome, nella **community aperta e collaborativa di Open-es** sono riunite più realtà: piccole e medie imprese, grandi aziende, startup, procurement divisions, banche, investitori e istituzioni. Sono oltre 13.200 le aziende, di 66 filiere industriali, distribuite in 90 Paesi, tutte con l'obiettivo di **promuovere lo sviluppo sostenibile** dell'ecosistema industriale, sia in Italia che nel mondo. In questo ecosistema sono **connesse persone, organizzazioni e risorse**, collegati come nodi di una rete, contribuendo a un cambiamento condiviso.

Attenzione sociale
Ogni organizzazione viene **guidata dalla piattaforma** nel dedicarsi alla tutela della salute, della sicurezza e dei diritti dei lavoratori e alla garanzia di condizioni di lavoro dignitose per tutti e di parità salariale per mansioni equivalenti.

Attenzione ambientale
Open-es assicura che **l'effetto delle aziende sull'ambiente** siano regolati, controllando ad esempio le loro attività commerciali, le catene di produzione, le risorse impiegate e l'uso che i clienti fanno dei loro prodotti e servizi.

Attenzione economica
La **prosperità economica delle aziende** è fondamentale per realizzare gli obiettivi di sviluppo sostenibile e per favorire l'instaurarsi di un'economia robusta, inclusiva e innovativa. Tale crescita economica dovrebbe poggiate su un'occupazione dignitosa e uno sviluppo equo, basati su una produzione e un consumo sostenibili.

Approccio
Il modello si basa su **quattro metriche chiare e versatili** (le Stakeholder Capitalism Metrics rilasciate dal World Economic Forum) che ruotano **attorno al pianeta, alle persone, alla prosperità economica e ai principi di governance aziendale**. Su ciascuna di queste, l'azienda che usufruisce dello strumento può seguire un percorso di crescita flessibile guidato da specifiche azioni di miglioramento. Dopo la registrazione, infatti, può **misurare la propria performance di sostenibilità**, attraverso meccanismi di validazione, e creare il proprio profilo ESG, riconoscendo quindi le sue mancanze da cui viene **suggerito un piano di sviluppo dedicato** basato su standard internazionali. Riceve il report aziendale e una prima versione gratuita del **rapporto di sostenibilità**, basata sul consolidamento delle informazioni inserite dalle stesse in piattaforma. Da questi è possibile confrontare il proprio posizionamento in confronto parametri di riferimento del settore e di altre aziende simili, e **individuare punti di forza, idee di miglioramento e azioni prioritarie** da attuare per crescere. Infine, può seguire **iniziative formative** mirate alle esigenze aziendali e condividere preoccupazioni e soluzioni in sezioni dedicate della piattaforma, oppure renderle **disponibili agli altri stakeholder le proprie esperienze e best practice di sostenibilità**. A seconda dei risultati ottenuti nei quattro pilastri della sostenibilità, della partecipazione attiva sulla piattaforma e della condivisione di esperienze e storie di successo, l'azienda può migliorare il suo posizionamento, avanzando progressivamente i 12 livelli in cui si articola il percorso di sostenibilità di Open-es.

Benefici
Open-es si adatta alle necessità delle piccole imprese così come delle aziende di dimensioni maggiori. La possibilità di esportare i dati raccolti dal proprio sistema agevola **l'integrazione delle informazioni legate all'ESG** nei processi aziendali e nell'approvvigionamento sostenibile. La sinergia tra le imprese favorisce la condivisione di esperienze e casi di successo, in **un'ottica di cooperazione e non di competizione**, creando così una community in cui è possibile richiedere consigli, discutere dubbi e cercare soluzioni.

Centro di Riuso Creativo Remida

(immagine 7.15)

Breve descrizione

Il Centro Remida è un luogo dove la cittadinanza può **riutilizzare in modo creativo materiali di scarto** di produzioni, assicurando **l'educazione alla sostenibilità e la creazione di relazioni**.

Anagrafica:

Città o quartiere
Torino
Nazione
Italia
Anno o periodo
2006-oggi
Beneficiari
Cittadini

Ambito d'azione:

- Domestico
- **Locale**
- Regionale
- Nazionale
- Internazionale

Il focus dell'iniziativa:

- **Cura e benessere**
- **Lavoro di comunità**
- **Sviluppo territoriale e ambientale**

I principali promotori:

- **Singoli cittadini o familiari**
- **Politici**
- **Professionisti**
- **Società civile**

Risorse a disposizione:

- **Risorse economiche e finanziarie**
- **Potenziale innovativo**
- **Alleanze e partnership**

Risultati del progetto:

- **Sanitari**
- **Preventivi**
- **Qualità di vita**
- **Relazionali e sociali**
- **Qualità ambientale**

Sitografia:

Remida—Centro di riuso creativo. (n.d.). ITER – Istituzione Torinese per una Educazione Responsabile. http://www.comune.torino.it/iter/centri/remida-centro-di-riuso-creativo/

Remida, il centro di riciclaggio creativo. (n.d.). Remida. https://www.remida.org/

Contesto
Il centro nasce a Torino nel 2006, inserendosi nella rete dei 12 centri Remida, di cui 8 in Italia e 4 all'estero, che ha origine nel 1996 a Reggio Emilia, come **progetto culturale di sostenibilità e ricerca** sui materiali di scarto. Questo modello e i suoi valori sono stati portati nel territorio torinese dall'Istituzione Torinese per una Educazione Responsabile (ITER) e il Dipartimento di Educazione del Castello di Rivoli.

Missione
Il suo scopo è la **sensibilizzazione** riguardante il consumo consapevole, l'economia circolare, la sostenibilità dell'ambiente, **tramite la scoperta, la sperimentazione e la creatività** su un materiale, prodotto o scarto che diventa uno strumento didattico.

Attori coinvolti
Diverse associazioni, servizi socio-educativi o culturali, volontariato, scuole di ogni ordine e grado, ludoteche ed enti del terzo settore del territorio torinese **collaborano alle attività del centro**, sulla base di un bando di co-progettazione promosso da ITER. Le aziende conferiscono i materiali, e ne usufruiscono invece occasionalmente alunni, insegnanti, famiglie e cittadinanza.

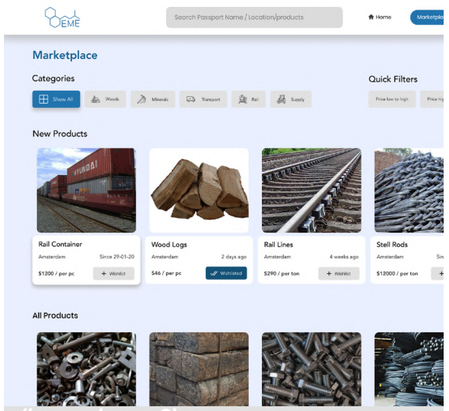
Attenzione sociale
Si creano degli **spazi sul territorio** dove si realizzano attività ed eventi a cui la cittadinanza può partecipare, tra cui **laboratori e corsi di formazione** dove sono utilizzati i materiali del magazzino.

Attenzione ambientale
Gli **scarti recuperati** dalla produzione industriale o artigianale territoriale sono **di diverso genere**, puliti e non pericolosi e vengono riutilizzati e rimessi in circolo superando quindi l'idea della loro inutilità e imperfezione. Portano piuttosto **riflessioni, valore, ed etica** su questioni ambientali, sociali, economiche e educative, indagando le loro potenzialità attraverso un processo creativo e un approccio polisensoriale, **sulla base dell'economia circolare**.

Approccio
Numerose aziende, negozi e attività forniscono **scarti e sfridi** dei loro processi produttivi, come materiali **difettosi, invenduti o eccedenze** di produzione destinati allo smaltimento. Questi comprendono rifiuti speciali **assimilabili a quelli urbani** e di diverse tipologie, tra cui gomma, spugna, materiali plastici, plexiglass, corde, superfici texturizzate, tessuti, feltro, passamanerie, carta, cartone, cartoncino, carta da parati, metalli, molle, legno.
È possibile poi prelevare quelli desiderati, grazie ad una tessera associativa di durata annuale, oppure utilizzarli in sale apposite per propri progetti in cui viene **data loro una nuova forma e finalità**.
Le **attività educative e formative** sono raccolte nel Catalogo Crescere in Città curato da ITER, rivolte ad alunni e insegnanti delle scuole oppure alle famiglie del territorio, e variano ad esempio dalla sartoria alla vetreria e all'artigianato, attraverso workshop o visite.

Benefici
Gli scarti, oltre a percorrere un processo verso il riutilizzo creativo e artistico, assumono un nuovo valore a livello sostenibile poiché si verifica la **trasformazione in risorsa, educando alla rigenerazione ecologica**. Inoltre, ciascuna attività permette l'intreccio di **nuove relazioni tra le realtà del territorio e i partecipanti** ai laboratori, creando aggregazione. Infine, stimola competenze di risoluzione dei problemi, strategie collaborative e cooperative, incoraggia il pensiero critico e dà spazio a ricordi, emozioni e narrazioni.

Excess Materials Exchange



(immagine 7.16)

Breve descrizione

Excess Materials Exchange (EME) è una **piattaforma di corrispondenza digitale** dove avviene **l'incontro tra la fornitura di materiali** o sottoprodotti che sono dei rifiuti per le aziende che li generano nei propri processi, e la loro trasformazione attraverso **nuove opzioni di riutilizzo** di alta qualità per altre società, che ne fanno domanda.

Sitografia:

About Us – Excess Materials Exchange. (n.d.). https://excessmaterialsexchange.com/en_us/about-us/

Excess Materials Exchange: Informazioni | LinkedIn. (n.d.). https://www.linkedin.com/company/excess-materials-exchange/about/

Excess Materials Exchange—Membro dell'Alleanza mondiale. (n.d.). Solar Impulse Foundation. https://solarimpulse.com/aziende/excess-materials-exchange

Anagrafica:

Città o quartiere
Amsterdam
Nazione
Paesi Bassi
Anno o periodo
2017-oggi
Beneficiari
Startup o lavoratori autonomi

Ambito d'azione:

Domestico
Locale
Regionale
Nazionale
Internazionale

Il focus dell'iniziativa:

Cura e benessere
Lavoro di comunità
Sviluppo territoriale e ambientale

I principali promotori:

Singoli cittadini o familiari
Politici
Professionisti
Società civile

Risorse a disposizione:

Risorse economiche e finanziarie
Potenziale innovativo
Alleanze e partnership

Risultati del progetto:

Sanitari
Preventivi
Qualità di vita
Relazionali e sociali
Qualità ambientale

Contesto È un'azienda tecnologica giovane e innovativa fondata da Christian van Maaren e Maayke-Aimée Damen nel 2017 ad Amsterdam, per realizzare importanti ambizioni circolari.

Missione EME è determinata a superare e rivoluzionare le convenzioni e le pratiche esistenti secondo cui troppe risorse, materiali e prodotti vengono **sprecati o mal progettati**, e dove anche la gestione tradizionale dei flussi dei rifiuti determina un **caro prezzo per il pianeta**. Vuole piuttosto accelerare la transizione globale verso un'economia circolare, un pianeta più pulito e vivibile e un impatto forte e positivo sulle imprese che si sono unite al progetto, sulle persone con cui lavorano, e sul pianeta.

Attori coinvolti Dalla fondazione sono state strette numerose alleanze con partner internazionali che condividono gli stessi ideali e cooperano nella medesima direzione, inserendosi in una **rete di conoscenze globale** composta da esperti nell'economia circolare.

Attenzione sociale Anche l'aspetto sociale è fondamentale per dare alto valore al nuovo riutilizzo del prodotto o del materiale. Infatti, devono essere evitate soluzioni che sfruttino in qualche modo i lavorati lungo la catena, e al contrario è auspicabile che **nel riciclo o nel riutilizzo si creino posti di lavoro nuovi**.

Attenzione ambientale Cambiare il modo in cui si gestiscono i rifiuti, può portare a una **riduzione dell'impronta ecologica del prodotto**, progettando e producendo beni con modalità più efficienti e circolari.

Attenzione economica Un'innovazione circolare può favorire un ridotto impatto ambientale a pari passo con un **migliore quadro finanziario** e una nuova possibilità di fare affari.

Approccio La piattaforma digitale **sblocca il massimo potenziale** dei materiali, dei prodotti e dei flussi di rifiuti dell'azienda, considerati privi di valore, destinandoli a **utilizzi di maggior valore**, dal punto di vista ambientale, finanziario e sociale. Per fare un esempio, in una scala di valore il primo posto in cima è occupato dal riutilizzo di un prodotto, seguito dal riciclaggio e ancora più in basso dalla combustione.
Il progetto prevede **quattro strumenti diversi** utili per gli utenti e l'assegnazione della **migliore combinazione tra materiale e nuovo riutilizzo**. Il primo è il Passaporto delle Risorse, vale a dire un formato digitale con degli standard per **raccogliere tutte le caratteristiche** che individuano un materiale o prodotto qualsiasi, come composizione, origine, tossicità o decostruibilità. Il Modulo di Tracking & Tracing (TT) invece serve ad associare, tramite indicatori come QR code, chip, o codici a barre, a ciascun materiale fisico il corrispettivo digitale, garantendone **tracciabilità e rintracciabilità lungo il ciclo di vita**. Il Modulo di Valutazione (VM), permette di **valutare le diverse opzioni di nuovo utilizzo** sulla base di dati quantitativi e qualitativi relativi a impatto finanziario, ambientale e sociale per poter effettuare una scelta. Infine, la Piattaforma di Matchmaking (MM), combinando **intelligenza artificiale e competenza umana** per la definizione delle conseguenze finanziarie, sociali e ambientali, abbina allo scarto la migliore opzione ad alto valore, che può essere **in qualsiasi settore**, indipendentemente da quello di provenienza.
Per la riuscita di questo processo EME sceglie quindi un approccio aperto all'innovazione e alla tecnologia intelligente, per cambiare il modo con cui sono affrontate attualmente risorse, materiali e prodotti.

Benefici Ricercare nuove modalità di riutilizzo e di flusso dei materiali porta **vantaggi per i profitti delle aziende**, fino a raggiungere un valore finanziario in media del 110%, **e per il pianeta**, con un'impronta ecologica ridotta mediamente del 60%.

Progetto Sistemico

Sulla base del percorso di analisi compiuto, si è proceduto alla **progettazione degli elementi sistemici aggiuntivi** rispetto al sistema sanitario attuale dell'ASL TO3 di Collegno e Pinerolo. Sono state **raggruppate le opportunità selezionate per ambiti**, riferendosi in particolar modo a quelle iniziative che l'azienda può introdurre nel breve-medio termine e a seguire nel lungo, da implementare rispetto all'organigramma aziendale attuale.

(vedi tavola n.5)

8.1 | *Il consultorio geriatrico territoriale*

Si è più volte affermato l'aumento della speranza di vita, la concomitante comparsa di malattie croniche e la conseguente necessità di assistenza a lungo termine. Dunque, per **migliorare la qualità di vita degli anziani, delle famiglie e delle comunità**, è essenziale **promuovere un invecchiamento sano**. Questo significa non solo l'assenza di malattie, ma anche la promozione dell'abilità funzionale che consente agli anziani di essere autonomi e di fare ciò che apprezzano.

Gli anziani e i pazienti cronici saranno al centro di questo punto chiave del progetto, agendo su diversi fronti. Saranno **necessarie diverse azioni** per la prevenzione delle malattie, il mantenimento delle capacità intrinseche, e la promozione della salute, dell'abilità funzionale e dell'empowerment dei pazienti, al fine di poter svolgere un ruolo attivo nella cura di sé come caregiver attivi per la propria salute.

Pertanto, si propone di introdurre tra i servizi distrettuali offerti dall'ASL TO3 **la struttura del consultorio geriatrico**, che attualmente non è istituzionalizzato rispetto a quello pediatrico e familiare, attivi invece da tempo in tutto il territorio nazionale. Il consultorio per i pazienti anziani e caregiver, con una caratterizzazione simile, sarebbe un supporto importante per l'altra sponda del ciclo di vita andando incontro alla ricerca attuale di una **migliore presa in carico del paziente anziano**.

Diverse strutture di questo tipo dovrebbero essere distribuite in varie aree del territorio di competenza dell'azienda e avviate per offrire **attività e interventi di sostegno e guida, in un'ottica preventiva, informativa e formativa**. Per questo potrebbe essere utile includere il contributo di cooperative convenzionate con l'ASL, grazie alle procedure di appalto avviate periodicamente, e la partecipazione dell'associazionismo, organizzazioni di volontariato e gruppi di auto mutuo aiuto. Il suo funzionamento si baserebbe anche sul **lavoro di un équipe multidisciplinare** composta da diversi professionisti: MMG, medici specialisti in geriatria, infermieri, psicologi, psichiatri, fisiatri, fisioterapisti, assistenti sanitari, assistenti sociali, educatori professionali, mediatori, terapisti occupazionali, terapisti della neuro e psicomotricità, logopedisti, musicoterapeuti, volontari.

Dovrebbe essere un intervento da **attivare nel medio termine** da parte dell'ASL, implementando nel tempo diverse funzioni che vengono elencate e suggerite a seguire.

In primo luogo, per quanto riguarda l'informazione, nel consultorio geriatrico si potrebbero **condividere con i pazienti dati, evidenze scientifiche, normative, modelli, strumenti e buone pratiche**, già raccolti dal DoRS, Pro.sa. e i RePES **per la promozione della salute**. In questo modo si favorirebbe una **migliore comunicazione e la diffusione di indicazioni sanitarie e sociali verificate e attendibili**, contrastando le tendenze che dimostrano comunicazione discontinua, informazioni frammentate, e rischio di disinformazione rischiosa per il benessere cittadino.

Un'altra sua funzione è quella di **orientamento riguardo ai servizi sanitari, sociali e socio-sanitari offerti sul territorio** per ogni esigenza socioassistenziale, raggruppate da volontari e associazioni benefiche. I pazienti possono così partecipare ai progetti indicati dal personale,

che si tengono all'esterno del consultorio, nelle sedi già predisposte per ciascuno, oppure, in occasioni particolari, assistere alla loro presentazione nel consultorio stesso. Quindi in generale serve a far **conoscere i servizi di vario genere già attivi** presenti localmente a cui poter prendere parte: servizi di accompagnamento, di commissione e compagnia, occasioni di socializzazione, integrazione e prevenzione delle fragilità, scambio intergenerazionale, soluzioni di coabitazione solidale, di disciplina educativa e riabilitativa o di educazione alla salute digitale.

Consultori geriatrici

Attività e interventi di sostegno e guida, svolti in un'ottica preventiva, informativa e formativa (rivolte ad anziani e caregiver)

Distribuiti nel territorio, in media tre per distretto sanitario (potrebbero coincidere con le sedi dei consultori pediatrici e familiari)

INFORMAZIONE

Condivisione di dati, evidenze scientifiche, normative, modelli, strumenti, buone pratiche per la promozione della salute e la diffusione di indicazioni verificate e attendibili

ATTIVITÀ E INCONTRI EDUCATIVI

Interventi educativi sanitari (anche con enti del territorio e la scuola) legati a:

- prevenzione collettiva (tutti i livelli)
- promozione della salute e di stili di vita sani
- salvaguardia del benessere psico-fisico
- rafforzamento delle abilità di self-care, autogestione e autonomia
- mantenimento o miglioramento delle capacità intrinseche residue funzionali
- sviluppo di competenze ed empowerment

SOSTEGNO SANITARIO

Valutazione con UVG per diagnosi precoce e individuazione della soluzione sociosanitaria appropriata, in base a condizioni fisiche e mentali, autonomia e patologie

Informazioni utili e semplici come guida per le modalità di accesso, utilizzo e continuità dei servizi

ORIENTAMENTO

Informazioni riguardo ai servizi offerti sul territorio esterni all'ASL TO3

Ospitati occasionalmente alcuni progetti esistenti tra le realtà locali di diverso tipo:

- servizi di accompagnamento, commisioni e compagnia
- occasioni di socializzazione, integrazione e prevenzione delle fragilità
- scambio intergenerazionale
- soluzioni di coabitazione solidale
- disciplina educativa e riabilitativa
- educazione e formazione alla digital health

MOMENTI DI AGGREGAZIONE E CONFRONTO

Costruire una rete di supporto che eviti situazioni di solitudine e migliori competenze relazionali e comunicative

Partecipare a progetti di sostegno sociale in collaborazione con enti regionali

Attivare potenziali servizi assistenziali basati su risorse nascoste, formali o informali, che diventano parte integrante della presa in carico dei pazienti

AIUTO E CONSULENZA PSICOLOGICA

Attività di ascolto, condivisione e supporto psicologico (anche da remoto) singolarmente o in gruppo

Confronto su temi e difficoltà comuni

Intervento psicologo nei servizi di cura

Supporto e informazione ai caregiver

Tuttavia, far conoscere quelli attivati da altri organismi locali, ospitandoli occasionalmente nella sede del consultorio, è adatto soprattutto nel breve termine, considerando le **difficoltà di un'azienda sanitaria nell'attivare da sé dei servizi simili**, utili per la comunità, per via delle scarse forze e risorse necessarie per riuscirci. Non si esclude però che nel lungo termine questo non sia possibile e che quindi l'ASL stessa possa **collaborare ad altri progetti regionali o strutturare dei programmi collaborativi**, specialmente sanitari e preventivi, **con le istituzioni** pubbliche e scolastiche territoriali.

In attesa che questo diventi possibile, è interessante che l'ASL riesca a **fare rete con le realtà locali**, creando la giusta consapevolezza per prepararsi allo sviluppo di azioni simili a quelle esistenti, a partire da questo nuovo contesto assistenziale. Allo stesso tempo però, l'azienda sanitaria nel consultorio potrà **offrire momenti di aggregazione** che aiutino le persone anziane a ricostruire dei legami nella rete sociale, a scambiarsi supporto morale, a migliorare le competenze relazionali e comunicative, e a evitare situazioni di solitudine.

Infatti, un ulteriore funzione possibile del consultorio riguarda l'organizzazione di attività per i pazienti e le loro famiglie che mirano a **favorire la prevenzione**, e soprattutto a **salvaguardare l'autonomia funzionale** e **generare l'empowerment.** Così si potrà sviluppare in gruppo un'abilità e una consapevolezza **per affrontare i cambiamenti e gestire attivamente la propria salute**. Inoltre, andrebbero previsti incontri di sensibilizzazione, prevenzione, promozione di stili di vita sani, e salvaguardia del benessere psico-fisico e relazionale.

A proposito del benessere psicologico, un'altra parte del consultorio importante potrebbe essere **l'intervento di uno psicologo** attraverso delle **attività di ascolto e di condivisione**, anche da remoto, rivolte sia al paziente che ai suoi caregiver. Ciò dovrebbe aiutare a **adattarsi**

insieme ai cambiamenti che a volte risultano complicati durante l'invecchiamento, riducendo il **disagio emotivo personale e relazionale** provato dal paziente anziano, soprattutto se affetto anche da patologie croniche, e dai i vari componenti della sua famiglia. Tuttavia, spesso si verifica un rifiuto nei confronti dei **servizi per il benessere psicologico**, per via di un retaggio culturale ancora sentito soprattutto per i cittadini di età avanzata, nonostante l'importanza che questo assume. Pertanto, si ritiene che questo pregiudizio possa essere arginato, se nella realizzazione del servizio esso assuma una denominazione diversa, scegliendo una tra le tante modalità possibili di supporto, che non preveda necessariamente un incontro faccia a faccia tra paziente e psicologo; piuttosto, si potrebbero **svolgere in gruppo dei momenti durante i quali confrontarsi su temi comuni**, in presenza di personale specializzato, e insieme, ad esempio, bere del tè o condividere del cibo. In aggiunta, è auspicabile che **l'intervento dello psicologo aiuti nei servizi di cura** per garantire la serenità del paziente nell'affrontare la terapia assegnata, dando supporto e informazione anche ai caregivers.

Anche **l'ambito sanitario** è essenziale tra le funzioni proposte per il consultorio, rendendo questo un contesto nel quale sviluppare una guida per una maggiore **accessibilità ai servizi**, **aiutando sul come muoversi** e come favorire la **continuità** della cura. Inoltre, il consultorio potrebbe includere il servizio delle **unità di valutazione geriatrica** (UVG) per valutare, a livello multidimensionale, le condizioni fisiche e mentali, l'autonomia e le patologie o polipatologie, in base alle quali dare quindi una **diagnosi precoce**. Infatti, grazie alle competenze dell'équipe multidisciplinare al suo interno, si può individuare in modo integrato quali sono le **soluzioni sociosanitarie più appropriate** per il paziente in questione, in base alle sue esigenze. Ne deriverebbero precise indicazioni su quali visite preventive e di controllo avviare, oppure quali servizi di assistenza domiciliare, di ricovero in caso di riposo, o simili scegliere.

8.2 | *L'infermiere di famiglia e comunità*

Al modello del consultorio può essere integrata e collegata la figura dell'**Infermiere di Famiglia e di Comunità (IFeC)** e le sue attività **all'interno della struttura geriatrica** e tramite un **servizio di teleassistenza infermieristica specialistica**.

Gli infermieri già attivi nei progetti per i pazienti affetti da BPCO e per i cittadini dei comuni montani potrebbero **ampliare gradualmente le loro funzioni** a tutto il territorio di competenza dell'ASL TO3 per migliorare la salute generale delle persone nelle comunità. Inoltre, essendo professionisti fondamentali per l'implementazione della Missione 6 sulla Salute del PNRR, bisognerà considerare anche le loro future mansioni quando saranno **effettivamente operativi nella rete sanitaria territoriale**, all'interno di Case della Comunità, Centrali Operative Territoriali, Ospedali di Comunità e Unità di Continuità Assistenziale.

La declinazione del **ruolo dell'infermiere di comunità** viene descritta a seguire, sulla base delle "Linee di indirizzo Infermiere di Famiglia o Comunità", riportate da Agenas (2023). Secondo questo documento, si prevede che l'IFeC dovrebbe operare in un singolo distretto prendendo in carico circa 3.000 abitanti, in particolare coloro che dimostrano delle situazioni di maggiore fragilità. Tuttavia, trattandosi di pazienti con bisogni molto diversificati, sani e malati, sarebbe più opportuno identificare un target prioritario e specifico per avviare gli interventi, da ampliare nel tempo. Con questo progetto sistemico quindi ci si occupa in primo luogo dei **soggetti anziani affetti da patologie croniche o multi-morbidità**. Lo scopo è che gli IFeC diventino dei punti di riferimento costanti per loro, e progressivamente per la comunità intera, nell'ambito di un'**assistenza di prossimità e di iniziativa, integrata con i servizi sociali**, agendo direttamente sul territorio e nell'ambiente intorno ai cittadini.

Il loro interesse principale è solitamente rivolto all'individuo, alla famiglia, alla comunità e alla casa, concepita come il contesto di vita quotidiana della persona da cui cominciare per l'applicazione di un **approccio centrato e personalizzato sui bisogni** esistenziali intercettati. Si dedicano quindi ad incrementare la **presa in carico della popolazione in modo proattivo**, mirando a garantire maggiore accessibilità all'assistenza sanitaria e sociosanitaria, e migliore continuità tra i diversi contesti di cura. Inoltre, cercano di ridurre l'impatto della malattia sulla qualità di vita individuale e familiare, fornendo gli **strumenti necessari per affrontare le sfide legate a malattie o disabilità**. L'obiettivo include anche una efficace gestione delle

patologie croniche, la riduzione dei tassi di ospedalizzazione, il miglioramento dei parametri clinici e della soddisfazione dei pazienti (Agenas, 2023).

In generale, l'infermiere assume **funzioni diverse in base al contesto** in cui agisce e quindi ha un ruolo complesso che necessita di formazione e competenze specifiche. Solitamente è una figura professionale che **collabora con l'azienda sanitaria** come libero professionista oppure è assunta a tempo indeterminato se la stessa azienda ha predisposto un servizio dedicato (Tobruk, 2022). Il suo intervento si articola principalmente in **tre ambiti: ambulatoriale, domiciliare e comunitario** (Agenas, 2023).

Guida ed erogazione di attività nel consultorio geriatrico

Nel progetto intorno all'ASL TO3, tra questi tre livelli si prediligono le caratteristiche dell'**intervento comunitario** poiché l'infermiere assume un ruolo cruciale nell'orientare l'utente riguardo l'offerta sanitaria, dando **informazioni utili sulle modalità di accesso e di utilizzo dei servizi**. La sua attenzione si focalizzerà molto su interventi educativi legati alla prevenzione collettiva e alla promozione della salute, per il **rafforzamento delle abilità di self-care e autogestione, nell'ottica dell'empowerment**. Per i progetti specifici saranno coinvolti professionisti sanitari e sociali, nonché risorse locali potenziali, tra cui enti del territorio e la scuola, per cercare e offrire soluzioni aderenti alle necessità e aspettative per ciascuna situazione, ad esempio forme di auto-mutuo aiuto.

Nell'ASL TO3 l'infermiere di comunità dovrebbe assicurare **assistenza infermieristica decentrata**, con gradi di complessità variabili, e partecipare alla **progettazione degli interventi personalizzati di promozione della salute, prevenzione e cura**. Le **attività indirizzate ai singoli o ai gruppi** possono promuovere idonei stili di vita e comportamenti adeguati che non peggiorino le condizioni psicofisiche, e offrire informazioni, comunicazione e consulenza. Il fine comune è quello di favorire la partecipazione e il **coinvolgimento attivo e consapevole** della persona, del suo caregiver e della comunità per una **maggiore responsabilizzazione e promozione dell'empowerment**. Ciò può aiutare i cittadini nell'autogestire la salute personale (self-care) e nel mantenimento o miglioramento delle capacità residue funzionali e delle competenze. Inoltre, ha un **ruolo proattivo in tutte le fasi della prevenzione**: da quella primaria per la riduzione dei fattori di rischio per il benessere, passando per quella secondaria sulla promozione di screening ed esami, fino a quella terziaria per evitare la riacutizzazione e le complicanze delle malattie croniche (Agenas, 2023; Tobruk, 2022).

Pertanto, l'IFeC può diventare un **punto di riferimento per le diverse attività che avverranno nel consultorio geriatrico**, descritte nella strategia precedente, essendo particolarmente affini alle funzioni delineate per questo professionista. Ad esempio, potrà organizzare momenti di educazione sanitaria di gruppo, sia di persona che a distanza, collaborando con diversi attori, sia sanitari che extra-sanitari.

Infatti, un altro aspetto che si coniuga bene con le caratteristiche del consultorio riguarda l'agire di questa figura professionale **in collaborazione con tutti i membri dell'equipe territoriale interdisciplinare** presenti nella comunità: MMG, PLS, assistenti sociali, professionisti sanitari della riabilitazione e della prevenzione, infermieri di ADI e altri. Questi interventi multiprofessionali integrati mirano a creare una rete sociosanitaria assistenziale, tra i servizi infermieristici, sanitari e sociali locali, sviluppando nuove relazioni tra i professionisti e le persone della comunità (Agenas, 2023).

Dunque, l'IFeC può essere fondamentale anche nella **creazione e condivisione di quella rete di servizi territoriali** sanitari, sociali o sociosanitari verso cui orientare i cittadini anziani e i caregiver che giungono al consultorio geriatrico. In effetti, l'infermiere di comunità è in grado di erogare assistenza sanitaria e, in aggiunta, di attivare potenziali **servizi assistenziali che si basano su risorse nascoste, formali o informali**, proveniente da pazienti, caregiver, privato sociale, volontariato, associazioni, parrocchie, vicinato, famiglie disponibili a dare aiuto, in generale dalla comunità. Se queste risorse vengono dunque identificate e attivate, diventano **parte integrante della presa in carico** e possono dare supporto e risposte personalizzate alla persona e alla famiglia, apportando nuove energie, potenzialità, e benefici affettivi e relazionali nel sistema (Agenas, 2023).

Teleassistenza specialistica infermieristica per la cronicità

Oltre agli impegni principali nel consultorio geriatrico, l'IFeC potrebbe essere una figura importante per l'offerta di **assistenza agli anziani e ai malati cronici a distanza**, attraverso strumenti digitali, di monitoraggio, telemedicina e teleassistenza per favorire l'accessibilità alle cure e la prevenzione. Tra l'altro il bisogno di servizi di telemedicina è stato confermato dal confronto con i referenti dell'ASL TO3 e dalla loro sperimentazione già in corso.

Nello specifico, la telemedicina può essere favorevole **per l'offerta di prestazioni, il consulto e il monitoraggio** in remoto delle condizioni dei cittadini con patologie croniche degenerative. Queste causano infatti la frequente comparsa di nuovi sintomi e quindi la **necessità di confronto sanitario frequente**. Tuttavia, crescono così gli interventi e gli accessi al pronto soccorso, sovraccaricando il sistema con ulteriori disagi, perché si cerca di ovviare sia alle difficoltà di comunicazione diretta tra il paziente e il suo medico di famiglia, che alle lunghe liste di attesa dei medici specialisti.

Invece la telemedicina potrebbe portare a una vita serena al domicilio il più a lungo possibile, grazie a un'**assistenza costante nel tempo**. Ciò alleggerirebbe il sistema sanitario con la riduzione di accessi inappropriati e frequenti al pronto soccorso, ricoveri e trasferimenti in RSA e case di riposo. Infine, il modello di sanità connessa da remoto **può facilitare le cure e rendere più frequenti i controlli**, affiancandosi alla cura farmacologica per la cronicità. L'ASL TO3 potrebbe quindi implementare **modelli di cura digitali e integrati**, rivolto al paziente e ai familiari che se ne prendono cura, per gestire la cronicità e modernizzare l'assistenza. Bisognerebbe però procedere per gradi per introdurre nel sistema aziendale piccole modifiche in un **processo complesso e di lunga durata** (Agenas, 2023).

Innanzitutto, l'IFeC dovrebbe poter svolgere il suo **ruolo di cura, prevenzione e educazione da remoto**. Potrebbe essere quindi utile che il cittadino su una piattaforma digitale possa **individuare il tipo di prestazione di cui ha bisogno**, ad esempio prestazioni prettamente infermieristiche come prelievi, medicazioni, iniezioni a domicilio, oppure interventi di promozione della salute e di educazione sanitaria. Così facendo il soggetto da assistere individuerebbe la categoria e il professionista che lo potrà affiancare.

A seguire l'infermiere può dare un sostegno morale e guidare nel miglioramento della vita quotidiana del paziente e di tutta la famiglia, grazie **ad attività di vario genere condotte online e strumenti terapeutici, riabilitativi e educativi**. Inoltre, può motivare la comparsa di nuovi sintomi e il cambiamento di salute, e rispondervi **direzionando verso le prestazioni sociosanitarie e il percorso di cura più adeguato**.

Col tempo, servizio di teleassistenza potrà essere ampliato includendo, tramite la tecnologia, anche altre competenze, oltre quelle infermieristiche. Quindi diversi medici di base e professionisti specialistici, tra cui, per fare un esempio, terapisti e psicologi, potranno offrire insieme un **modello di medicina della cronicità collaborativa, multidisciplinare e personalizzata**. Sarà quindi necessario in seguito coordinare tramite la piattaforma tutti gli operatori sanitari e favorirne la comunicazione interna per garantire la migliore continuità e qualità delle cure fisiche e psicologiche possibile.

Inoltre, per tutto l'équipe sarà necessaria **l'accessibilità delle informazioni cliniche del paziente**, raccolte e archiviate digitalmente. Nel caso di comparsa di sintomi da attenzionare, sarà richiamato il medico specialista per intervenire.

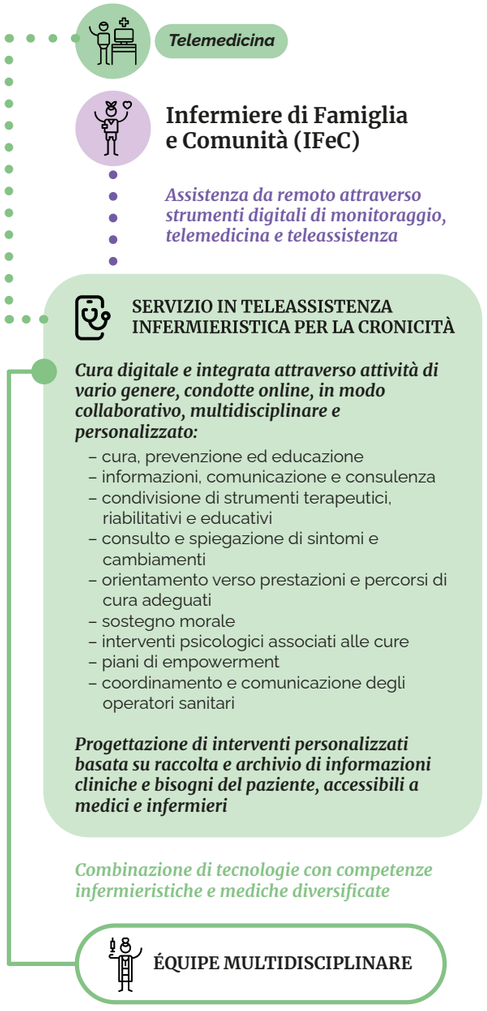
Fondamentale fin da principio sarà invece il contatto costante con il paziente, quotidiano o occasionale in base alle situazioni specifiche, per ottenere **una visione completa personale e clinica delle esperienze di salute e malattia**. A seconda dei risultati saranno di volta in volta pianificati gli interventi, e successivamente attuati e monitorati per valutarne l'efficacia e apportare modifiche se necessarie.

In generale quindi l'approccio potrà includere sia **piani di empowerment**, promuovendo l'invecchiamento sano e attivo e la conservazione dell'autonomia per pazienti e caregiver, che **interventi psicologici** per migliorare l'adattamento di fronte alla comparsa di nuovi sintomi e disagi.

EMPOWERMENT DEL PAZIENTE

Anche il processo di informazione, formazione ed empowerment del paziente può essere un **ambito di grande sviluppo dell'Elderly Care**, nel senso che, se il paziente cronico ricevesse davvero delle opportunità di empowerment, si occuperebbe autonomamente di alcune cose, **curerebbe sé stesso, perché ha acquisito degli strumenti necessari**. Ne beneficerebbe ovviamente il paziente, e probabilmente la sostenibilità del sistema sanitario. Va inteso l'empowerment in senso olistico, non solo nella gestione della terapia e della patologia ma anche nella **capacità di vivere la patologia nell'ambito di una vita che non è patologia**.

(Intervista ai referenti dell'ASL TO3)



8.3 | *L'interoperabilità tra i servizi e i sistemi sanitari*

Nel settore sanitario si sta assistendo a un **processo di dematerializzazione dei documenti e di una contemporanea digitalizzazione del sistema**, al fine di migliorare le prestazioni erogate e l'assistenza ai cittadini, riducendo i tempi di attesa, i costi di stampa e i rischi di un'archiviazione poco efficace.

Infatti, il SSN risulta caratterizzato dall'impiego, ancora considerevole, di carte per la raccolta di informazioni sanitarie, e da sistemi e applicazioni eterogenei, con **dati clinici frammentati e non integrati**. Ciò, come ha dimostrato la pandemia, ha causato complicazione nei processi sanitari e decisionali. Inoltre, risulta mancante **l'interoperabilità delle informazioni digitali** tra software, applicazioni e dispositivi sanitari, per via di linguaggi, codifiche e valori numerici differenti. Per fare in modo che questa comunicazione funzioni è necessario un processo condiviso, complesso e informatico, da incentivare per l'implementazione di un **linguaggio univoco comune** (Galfione, 2021).

Il PNRR, perciò, ha dedicato particolare attenzione nella Missione Salute nella **promozione dell'innovazione e dell'evoluzione digitale del settore**. Una delle sfide è rappresentata dal potenziamento del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE 2.0) e dei sistemi di Cartella Clinica Elettronica (CCE o EHR), affinché si trasformino in ecosistemi completi di dati e servizi sanitari per cittadini, operatori sanitari, enti pubblici e la comunità della ricerca (Confindustria Digitale & Anitec-Assinform, 2022). Entrambi, sebbene distinti, sono strumenti essenziali per **mantenere aggiornata la storia clinica del paziente**, controllandone le condizioni di salute e riducendo i tempi tra gli esami e le loro duplicazioni. Inoltre, favoriscono una maggiore efficienza per il SSN, continuità nel percorso di cura, comodità per pazienti e medici nelle diagnosi e nel monitoraggio dell'andamento delle terapie. Questo varrà anche per i pazienti che si faranno assistere in una nuova Regione, grazie a una **connessione e attivazione automatica del FSE**, tramite l'Infrastruttura Nazionale di Interoperabilità (INI).

Affinché questi due siano potenziati, si sta procedendo ad ammodernare, estendere ed integrare i sistemi sanitari informatici per rendere **disponibili le informazioni e i dati biomedici ovunque oltre che in ogni momento**, adottando uno **standard comune denominato FHIR** (Fast Healthcare Interoperability Resources). Questo è l'ultimo standard di riferimento, **proposto dal Health Level 7 (HL7)**, un'organizzazione internazionale no-profit impegnata nello sviluppo di standard sanitari globali. Nata negli anni '70, HL7 si propone di creare un modello in cui si utilizzi **un formato standardizzato per tutte le risorse** (i documenti relativi a pazienti, operatori sanitari, organizzazioni, diagnosi, terapie, piani di cura e altro), oltre che i **procedimenti uniformati di inserimento, modifica e ricerca dei documenti** (*Che cos'è FHIR di HL7?*, n.d.).

Tornando quindi alla digitalizzazione prevista nel PNRR si è stabilito che il FSE sia adottato e utilizzato da tutte le Regioni e le Province autonome. Inoltre, si stabilisce "la realizzazione, implementazione e messa in funzione di un **registro centrale per i documenti digitali e di una piattaforma di interoperabilità e servizi**, secondo lo standard Fast Healthcare Interoperability Resources (FHIR)" (Ministero della Salute & Regione Piemonte, 2022). Infine, il Piano pone l'obiettivo di creare, fin da principio, nelle strutture sanitarie documenti nativi digitali coerenti con i recenti standard FHIR.

Se adottato da tutti i sistemi digitali nazionali del settore sanitario, sarà **semplificato lo scambio dei dati sanitari in formato elettronico**, senza sacrificarne l'integrità. Questo approccio è fondamentale per migliorare l'efficienza e l'efficacia del sistema sanitario. Infatti, il FHIR serve a **soddisfare le esigenze di digitalizzazione del settore** e di comunicazione tra i diversi componenti, affrontando la crescente complessità dei dati sanitari. Ha anche lo scopo di rendere le CCE facilmente accessibili, identificabili e comprensibili per le parti interessate, di semplificare il resoconto dello stato di salute del paziente e di automatizzare il supporto decisionale clinico, inclusi i processi basati su intelligenza artificiale. Inoltre, il FHIR è **open source e gratuito**, perciò ogni fornitore di servizi sanitari può usarlo, favorendo l'unificazione del sistema sanitario intero. Le risorse FHIR sono pensate proprio per essere **facili e veloci da incorporare nei sistemi esistenti** da parte degli sviluppatori di applicazioni sanitarie, senza necessariamente svilupparne di nuove o riprogettarle (*Che cos'è FHIR di HL7?*, n.d.).

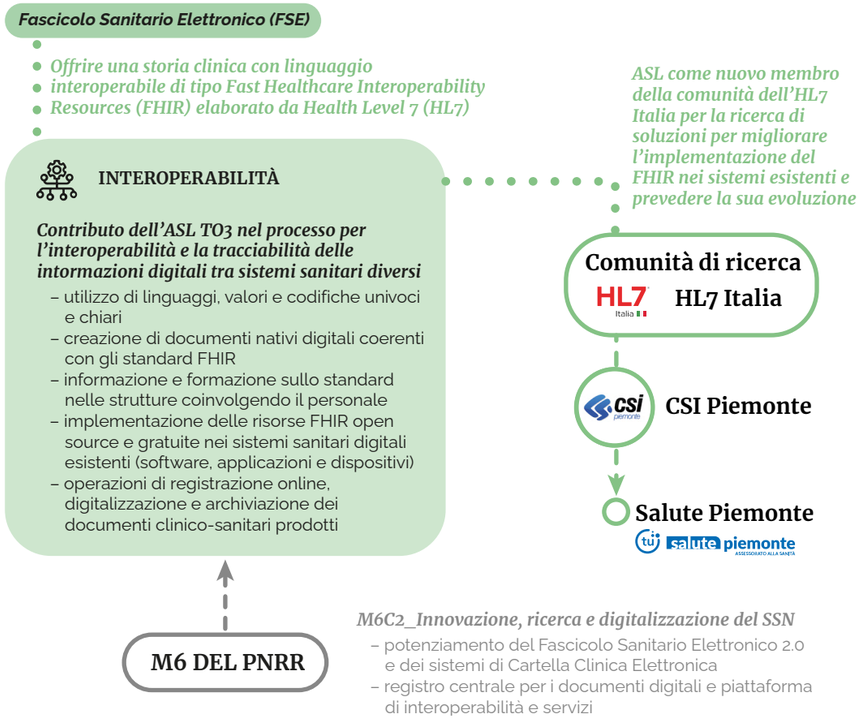
Pertanto, la sezione italiana HL7 Italia ha attivato con il Dipartimento per la Trasformazione Digitale alcuni **gruppi di lavoro per delineare congiuntamente delle guide all'implementazione**, in linea con lo standard HL7 FHIR, per supportare i documenti sanitari e socio-sanitari previsti nel potenziamento del FSE 2.0 (*Manifest IG FHIR HL7 Italia*, 2023).

Un socio di questa comunità di ricerca è l'istituzione **CSI Piemonte**, che si occupa del funzionamento informatico del servizio Tu Salute Piemonte, corrispondente al FSE della regione. Quindi il CSI interagisce con gli altri componenti del gruppo, partecipando alla creazione di soluzioni per **migliorarne l'implementazione del FHIR nei sistemi esistenti e prendere decisioni sulla sua evoluzione futura**.

Sarebbe opportuno che, come altre Aziende Sanitarie italiane, anche **l'ASL TO3 diventi membro di HL7 Italia** per sostenerne il lavoro e i suoi obiettivi. Inoltre, potrebbe **informare sulle tematiche relative allo standard** nelle sue strutture, coinvolgendo il personale, e possibilmente anche i MMG o PLS e le realtà socio-sanitarie pubbliche e private con cui è in rete. Inoltre, l'ASL dovrà **prepararsi al cambiamento di alcune operazioni** di registrazione online, digitalizzazione e archiviazione dei documenti clinico-sanitari prodotti al suo interno.

Saranno necessari **formazione, assistenza e istruzione continue**, per quando sarà completamente implementato lo standard nei suoi sistemi informativi, connessi al Tu Salute Piemonte, strettamente necessario per la gestione digitale dell'assistenza ai propri pazienti e per i nuovi assistiti nella Regione. Nel frattempo, anziché comporre dei testi descrittivi soggettivi e non interoperabili, ad esempio in una diagnosi, è necessario **utilizzare codifiche univoche e chiare**, come quelle adottate per classificare le patologie, vale a dire la classificazione ICD9 (International Classification of Diseases, versione 9) (Galfione, 2021).

L'obiettivo principale, a prescindere dallo standard e dalle modalità, è diffondere e adottare questo nuovo framework per **favorire l'interoperabilità**, rappresentando e condividendo in modo omogeneo le informazioni tra medici e organizzazioni, indipendentemente dalla modalità di rappresentazione o archiviazione dei dati dei pazienti nelle cartelle cliniche elettroniche locali (*FHIR*, n.d.). Ciò renderà interoperabili il sistema dell'ASL TO3 e quelli di tutti gli altri servizi sanitari nazionali, migliorando le prestazioni erogate e l'assistenza al cittadino, **con una maggiore continuità ed efficienza**.



8.4 | *Il comitato di sostenibilità*

Dall'analisi risultano significative le emissioni di gas ad effetto serra del settore e mancanti invece i criteri sostenibili nella gestione degli appalti e nel funzionamento delle strutture distrettuali e ospedaliere di competenza dell'ASL TO3. Si propone quindi la creazione di una **nuova struttura semplice organizzativa** che sia di supporto per la gestione e la ricerca di una maggiore sostenibilità aziendale. Il cosiddetto "**Comitato di sostenibilità**", connesso alla Struttura Complessa denominata "Gestione appalti e Logistica", afferirà all'ambito di competenza del Direttore Amministrativo. Sarà composto da nuovo personale tecnico che si occuperà specificatamente dei **temi connessi alla sostenibilità**, soprattutto ambientale, da introdurre nelle logiche e nell'organizzazione.

Per prima cosa, nel breve termine si dovranno definire **obiettivi per la sostenibilità**, che siano misurabili, pratici e programmati in un **piano strategico e alcune linee guida** per realizzarli. Il tutto andrà integrato nella mission dell'ASL e diffuso alla Direzione Generale, tra i dipartimenti e le strutture erogatrici dei servizi sanitari assistenziali.

Per la loro comprensione sarebbe opportuno prevedere **attività formative e di responsabilizzazione** per tutto il personale riguardo ai cambiamenti climatici e alle conseguenze sulla salute dell'uomo e dell'ambiente, sensibilizzando su comportamenti ecologicamente virtuosi che favoriscano decisioni cliniche efficaci e rispettose dell'ambiente.

Inoltre, il Comitato di sostenibilità potrebbe occasionalmente nel medio termine **raccogliere i risultati delle discussioni** sul tema e stabilire un dialogo con le istituzioni pubbliche, le realtà territoriali, del terzo settore, e i fornitori, **impegnandosi in attività di advocacy**. Questo potrebbe incoraggiare, soprattutto i decisori politici e i maggiori vertici decisionali, sia a sensibilizzare la comunità su tematiche intorno al clima e l'ambiente e alla progettazione di beni e tecnologie sanitarie più sostenibili, che a **sviluppare insieme le politiche green** che mancano nelle strutture sanitarie. È utile anche promuovere delle occasioni di discussione e confronto con le altre Azienda Sanitarie locali o nazionali per potersi confrontare, condividendo esperienze, casi di successo e suggerimenti. L'obiettivo è avanzare sinergicamente nello sviluppo di **modelli di economia circolare** anche nel settore sanitario.

S.S. Comitato di sostenibilità

REPORT DI SOSTENIBILITÀ

Pubblicazione annuale della relazione aziendale:
- valutazione, misura e monitoraggio di obiettivi, consumi, acquisti, pratiche lavorative, emissioni e impatti
- comunicazione risultati e indicazione su principali aree d'intervento, strategie, buone pratiche e iniziative da intraprendere
- evoluzione e benifici nell'ambito finanziario, ambientale, sociale, etico e di buona governance per guida e pianificazione in situazioni simili e future
- consulenza di specialisti per il rilascio di certificazioni ambientali

Per portare l'ASL TO3 verso la realizzazione degli obiettivi socio-ambientali stabiliti precedentemente, un altro passo importante dovrebbe essere quello di realizzare un **report aziendale di sostenibilità.** Questo dovrà contenere una valutazione dei consumi, degli acquisti, delle pratiche lavorative, delle emissioni e degli impatti sull'ambiente e sulla salute umana, nella corrente organizzazione aziendale e nell'offerta dei servizi. Inoltre, potrà raccogliere le strategie e le buone pratiche applicate, registrando un'evoluzione che possa **guidare in situazioni simili aziendali o interaziendali**. Infatti, ripetendo annualmente questo monitoraggio, si dedurranno i benefici delle modifiche apportate, nell'ambito finanziario, ambientale, sociale, etico e di buona governance. Servirà anche per cogliere le possibili aree di intervento e miglioramento, per scandire un **processo di pianificazione futura sostenibile**.

Nel monitoraggio, il Comitato dovrà calcolare la performance dell'ASL, attraverso metriche qualitative e quantitative, strumenti specifici e documenti. Perciò sarà utile, ad esempio, la consulenza di specialisti per il **rilascio di certificazioni ambientali**, specialmente per il calcolo dell'impronta di anidride carbonica ("Impronta Climatica" o "Carbon Footprint") su tutta l'organizzazione territoriale o su alcune sedi dell'ASL, più significative in termini di emissioni di gas ad effetto serra, i cosiddetti GHG. Pertanto, sarà opportuno avviare il processo per la richiesta, la quantificazione e la rendicontazione dell'inventario dei gas ad effetto serra dell'organizzazione. Al termine, dopo una verifica di quanto riportato, questa potrà ricevere la **Certificazione ISO 14064-1** valida per un anno, rilasciata dall'Ente preposto di Certificazione. Da questa si dedurranno le categorie di emissioni con i dati più alti, dirette o indirette, causate ad esempio dal consumo energetico dai trasporti dei dipendenti e delle risorse. Infine, il Comitato potrà progettare **politiche e provvedimenti da adottare per ridurre le emissioni** stesse e **trovare alternative più sostenibili** e carbon-neutral.

Inoltre, nel report di sostenibilità risulteranno molti bisogni materiali ed energetici dell'azienda, e quindi l'ampia catena di approvvigionamento che serve per soddisfarli. Nel breve-medio termine, il Comitato dovrà porre attenzione sull'**analisi della catena di approvvigionamento** dell'ASL. Nei processi di qualifica dei fornitori, legati attualmente sulla principale ricerca del risparmio economico, dovrà invece introdurre anche **nuovi criteri di valutazione e parametri ESG**, attuando linee guida e politiche per **maggiori acquisti verdi**, la cui scelta sia basata sul valore e non solo sul rapporto qualità prezzo. Ad esempio, si dovrebbero cosi preferire materiali di consumo sanitari con maggiori benefici ambientali e sociali, oltre che finanziari, considerando in modo più consapevole gli impatti sulle persone, sul territorio e sull'ambiente, le condizioni dei lavoratori per produrle e per trasportarle lungo la catena, la provenienza geografica, e le emissioni causate.

APPROVVIGIONAMENTO RESPONSABILE

Analisi e revisione della catena di approvvigionamento
- qualifica dei fornitori in base a criteri di valutazione, non solo economici (risparmio economico, rapporto qualità prezzo), ma anche ambientali e sociali (valore, parametri ESG, sostenibilità)
- linee guida e politiche per maggiori acquisti verdi
- coinvolgimento dei fornitori, analisi di materialità e accordi

PROVVEDIMENTI PER RIDUZIONE EMISSIONI

Calcolo dell'impronta di anidride carbonica:
- richiesta, quantificazione e rendicontazione dell'inventario dei gas ad effetto serra per ottenere la Certificazione ISO 14064-1
- trovare politiche, provvedimenti e alternative più sostenibili e carbon-neutral da adottare per ridurre le emissioni, dirette o indirette, con i dati più alti

Iniziative di efficientamento energetico
- utilizzo di forme alternative di energia pulita e rinnovabile
- acquisti aziendali aggregati con altre aziende per l'energia rinnovabile
- manutenzione di edifici e impianti
- controllo e crescita dell'efficienza energetica

Mezzi e modalità di trasporto più green
- auro ibride o elettriche
- mezzi pubblici
- car pooling

Conservazione delle risorse idriche
- riciclo, riutilizzo e riduzione dei volumi di acqua
- controllo impianti idrici

Consumo controllato di cibo
- scelta di alimenti sani, locali, vegetali e vegani
- recupero del cibo in eccesso

EMISSIONI DI GAS AD EFFETTO SERRA

- minori bisogni energetici nelle strutture e nelle operazioni sanitarie
- trasporti ridotti
- catena di approvvigionamento più green
- smaltimento rifiuti ritardato

Un altro aspetto su cui intervenire riguarda l'applicazione di misure per **l'efficientamento energetico** nelle strutture sanitarie. Il Comitato dovrebbe incentivare la creazione e l'utilizzo di **energia pulita e rinnovabile**, anche attraverso acquisti aggregati, per ridurre le emissioni di gas serra e i costi energetici. Allo stesso tempo si dovrebbe controllare l'efficienza degli edifici e degli impianti, e massimizzarla se necessario, grazie alla manutenzione periodica per ridurne gli sprechi.

Nel caso dei **trasporti dei dipendenti**, che risultano spesso a lungo raggio, con enorme incidenza sulle emissioni, si dovrebbe incentivare il progressivo utilizzo di auto ibride o elettriche, la scelta di spostamenti su mezzi pubblici e la condivisione in gruppo di automobili private, come anche l'inserimento di mezzi di soccorso più green,

Accortezze simili dovrebbe riguardare i volumi di acqua, cibo, farmaci e sostanze chimiche impiegati. Ad esempio, si possono sviluppare e implementare soluzioni per il **riciclo dell'acqua**, che spesso viene utilizzata per alcuni trattamenti, da destinare ad altri usi sicuri per l'uomo e l'ambiente. Anche in questo caso, si dovranno effettuare **controlli sugli impianti**, compresi quelli di scarico.

Per il cibo dispensato ai pazienti nelle strutture e al personale, è importante che le mense convenzionate per la fornitura siano attente alla **scelta di prodotti alimentari** il più possibili sani, preferendo nei menù quelli vegetali o vegani, e soprattutto locali. Inoltre, servirebbe evitare di commissionare cibo in quantità superiori al bisogno e supportare ulteriormente le attuali attività di **recupero del cibo in eccesso** con il servizio di Too Good to Go o simili.

Oltre all'attenzione posta sugli input del sistema, è evidente la necessità di un **contenimento del volume dei rifiuti** e di un forte controllo della loro tossicità. Gli operatori sono già formati per differenziare i rifiuti da dismettere, distinguendo tra urbani, sanitari e speciali, e per seguire tutte le fasi del processo prima del trasporto e della dismissione, regalato dalla normativa vigente. Tuttavia, informarli anche sull'impatto ambientale climalterante generato da grosse quantità di rifiuti da smaltire, potrebbe portare alla riduzione delle loro quantità. Ad esempio, si potrebbe **ridurre la quantità di carta stampata**, rendendo tutti gli uffici e i reparti paperless, oppure **eliminare le bottiglie di plastica** dai distributori automatici, installando piuttosto fontanelle di acqua filtrata con cui riempire borracce riutilizzabili.

Quando questo non è possibile o alcuni oggetti si deteriorano nel tempo, si potrebbero invece prevedere degli **interventi di rigenerazione, recupero e riciclo**. Quindi essenzialmente quei materiali sicuri per la salute e gli scarti provenienti soprattutto dagli uffici potrebbero essere **indirizzati verso progetti virtuosi e laboratori**. Non si esclude che, con maggiori accortezze per la sicurezza, anche i rifiuti sanitari possano essere riutilizzati in un'ottica di economia circolare.

La prima strada per questi scarti potrebbe essere il **riciclo di alta qualità**, individuato sulla base di un percorso di ricerca con le istituzioni scolastiche ed universitarie del territorio o della regione, oppure tramite l'uso di una piattaforma denominata **Excess Material Exchange**. In quest'ultima, l'identità di un materiale, componente, o prodotto di scarto dell'azienda, quindi la sua composizione, origine, tossicità e decostruibilità, si incontrano con nuove opportunità di recupero, grazie a una intelligenza artificiale e alle competenze professionali di una squadra. In entrambe le modalità di ricerca potranno emergere importanti **progetti per il futuro sostenibile del settore sanitario**, creando rete con altre realtà territoriali.

Infine, si suggerisce una partnership con il **Centro di Riuso Creativo Remida**, un progetto italiano con sede anche a Torino, dove in un magazzino sono raccolti e riutilizzati materiali e oggetti di vario genere. Al suo interno possono partecipare associazioni, servizi educativi e culturali, ludoteche e scuole per modificare ciò che è disponibile, in una **forma nuova, creativa e artistica**. Allo stesso tempo con laboratori e corsi di formazione si può sensibilizzare sui temi del consumo consapevole, dell'economia circolare, e della sostenibilità ambientale. Questa potrebbe essere un'occasione per coinvolgere sia il personale sanitario, che operatori sociali e pazienti, ad esempio anziani, dando loro la possibilità di **socializzare, imparare e sperimentare** al tempo stesso.

GESTIONE DEI RIFIUTI

Controllo della tossicità dei rifiuti
- informazione e formazione sulla corretta gestione dei rifiuti per ridurre possibilità di contatto rischioso

Contenimento del volume dei rifiuti
- informazione sull'impatto ambientale climalterante generato da grosse quantità di rifiuti da smaltire
- riduzione carta stampata e imballaggi in plastica

Interventi di rigenerazione, recupero e riciclo
- materiali deteriorati e scarti indirizzati verso progetti virtuosi laboratori di recupero, in modo circolare, formativo e creativo
- ricerca con scuole e università per soluzioni di riciclo di alta qualità
- utilizzo di strumenti e piattaforme per individuare opportunità sostenibili

RIFIUTI

Consorzio locale per rifiuti urbani

Impresa Appaltatrice per rifiuti sanitari

Excess Material Exchange
- Piattaforma per trovare opportunità circolari di riciclo o riutilizzo di alta qualità per materiali, componenti e prodotti di scarto

Centro REMIDA
- Raccolta e riutilizzo di materiale di scarto in forma creativa
- Laboratori e corsi di formazione e sensibilizzare su economia circolare, consumo consapevole e sostenibilità

Conclusione

Riflessioni e risultati della ricerca

La **metodologia del design sistemico** si è rivelata fondamentale per la **ricerca nel settore sanitario** e assistenziale, nonostante si possa pensare che siano ambiti molto distanti.

L'approccio e le mappe infografiche prodotte sono state indispensabili per la **raccolta delle circostanze** demografiche, sociali, sanitarie ed economiche nell'area di competenza dell'ASL TO3 di Collegno e Pinerolo, presa come caso studio nel Piemonte. Il maggior vantaggio dovuto alla visione olistica riguarda la **comprensione del complesso sistema aziendale di assistenza comunitaria, oltre che delle numerose relazioni interaziendali** che legano attori pubblici e privati, fornitori o destinatari delle prestazioni sanitarie o sociali. In seguito, ciò ha anche permesso di individuare alcune **strategie socio-organizzative da implementare nel breve-medio termine** per migliorare tanto l'aspetto sanitario e sociale per la comunità, quanto la consapevolezza aziendale sull'importanza di interventi più sostenibili nel rispetto della salute dell'uomo e dell'ambiente, bilanciati da un controllo adeguato del budget disponibile. La **ricerca bibliografica è stata affiancata da interviste semi-strutturate** a referenti dell'ASL, con cui è stata completata la raccolta di dati e avviata una discussione e riflessione sui punti chiave del progetto sistemico. È emerso un forte interesse per la metodologia e un apprezzamento non trascurabile per le proposte di scenario presentate. A proposito di queste, si vogliono riportare ora delle riflessioni conclusive.

Il progetto di ricerca nasce in **risposta a cambiamenti demografici** molto sentiti in Italia, dovuti a invecchiamento della popolazione e aumento delle persone con patologie croniche o comorbidità, soprattutto anziane, **con conseguenze sociali, sanitarie ed economiche** significative. Il contesto è completato anche da altre dinamiche: crescente digitalizzazione dei settori, accessibilità limitata dei servizi, ridotta educazione sanitaria, frammentazione delle informazioni e rapido cambiamento climatico.

Si propone quindi l'introduzione di un consultorio geriatrico e un servizio di assistenza territoriale e in telemedicina, attraverso un sistema integrato di figure professionali multidisciplinari, al fine di **supportare il benessere psicofisico e relazionale**. L'impegno generale è legato alla **progettazione di interventi personalizzati** di promozione della salute, prevenzione, cura e formazione, **che rafforzino le abilità di self-care e autogestione nell'ottica dell'empowerment** di pazienti, familiari e caregiver.

D'altra parte, si ritiene importante un intervento per **favorire l'interoperabilità dei sistemi sanitari** e offrire un quadro clinico aggiornato con dati accurati, attraverso un linguaggio univoco e il potenziamento del Fasciolo Sanitario Elettronico. Questo è utile per un processo decisionale clinico più veloce per i medici, un'informazione maggiore per il paziente, una comunicazione migliore tra loro, e una buona continuità assistenziale tra contesti di cura diversi.

Infine, si suggerisce l'introduzione di un **comitato che individui soluzioni sostenibili da implementare nell'azienda** per la riduzione delle emissioni di gas ad effetto serra, per la rigenerazione, il recupero e il riciclo dei rifiuti prodotti nei processi, e in generale riveda la catena di approvvigionamento, considerando innanzitutto acquisti verdi e strategie di efficientamento.

In conclusione, gli interventi dell'ASL sono diversificati e cercano di risolvere le problematiche emerse su più fronti connessi, motivo per cui la **metodologia del design sistemico è stata efficace** tanto nella fase di analisi quanto in quella di progettazione.

Limiti e indicazioni per la ricerca futura

Prima ancora dell'applicazione dell'approccio sistemico, è servita una lunga **comprensione dei termini e delle dinamiche legate al settore sanitario**, a causa di una conoscenza limitata dei temi. La lunga ricerca ha portato a colmare sufficientemente questa necessità e a farne derivare delle potenzialità per il progetto.

Le conclusioni tratte da contesto e comunità, specifici dell'ASL TO3, possono costituire **opportunità scalabili e applicabili a contesti diversi e più ampi**. Potrebbe essere valutata l'estensione della ricerca ad altre Aziende Sanitarie Locali italiane per delineare un modello comune con benefici per la comunità, l'ambiente e il territorio. Per questo in futuro ci si auspica una cooperazione e una partecipazione dei vertici istituzionali, sia in ambito sanitario e assistenziale formale e informale, che ambientale e politico, per la **definizione di strategie condivise, interventi e policy**, necessarie tanto nell'ambito dell'Elderly Care e dell'Integrated Community Care, quando per la Sustainable Healthcare. Questi, infatti, sono campi nei quali si sta assistendo a una transizione graduale, e in alcuni casi anche lenta rispetto ad altri, che necessita quindi di accelerazione e di responsabilizzazione di quanti più parti interessate. Ci si augura che ciò sia possibile anche grazie agli **investimenti in corso per l'applicazione del PNRR**, non solo per quanto riguarda la Missione sulla Salute, ma anche su Digitalizzazione, Innovazione, Competitività e Cultura, su Rivoluzione verde e transizione ecologica, e su Coesione e inclusione.

Se da un lato, in futuro si tenderà verso un'assistenza sanitaria digitale, integrata a quella fisica tradizionale, dall'altro bisognerà prepararsi a questa trasformazione accompagnando gli anziani, siano essi pazienti o professionisti, nell'**acquisizione delle competenze tecnologiche** necessarie per poter usufruire in autonomia di questi servizi, tramite un'educazione alla salute digitale. Andrà inoltre posta attenzione sulla **tutela della privacy dei dati sensibili**, biomedici e clinici, della popolazione, attraverso normative e accortezze più dettagliate e specifiche. Si prevede anche che l'utilizzo della **tecnologia, sempre più friendly e meno complicata**, favorirà l'accesso per le persone, non solo anziane, che ne apprezzeranno i vantaggi anche a livello sanitario.

Nella sanità futura, oltre alle nuove tecnologie, serviranno strategie di gestione dei costi per **contenere la pressione economica** e allo stesso tempo incidere positivamente sul benessere e sulle interazioni sociali dei pazienti, discostandosi dalle attuali disuguaglianze legate all'invecchiamento e alla privatizzazione di servizi di primaria importanza.

Oltre tutto rimarrà essenziale **garantire l'interazione fisica e la cura di prossimità** in un approccio ibrido con la telemedicina, al fine di promuovere il benessere di un numero crescente di cittadini, specialmente quelli fragili o vulnerabili. Si auspica che le informazioni e le riflessioni presentate in questa tesi abbiano offerto un punto di vista rilevante e **che il futuro porti allo sviluppo di comunità resilienti e ambienti favorevoli alla salute di tutti**.

Appendice

Legenda

- Attori e risorse interni
- Attori e risorse esterni
- * In fase di sviluppo

- Connessioni interne
- Relazioni con l'esterno
- Strategie dettagliate progetto

Territorio

- Italia
- Italia Nord-Ovest (Liguria, Lombardia, Piemonte, Valle d'Aosta)
- Piemonte
- 0-14 anni
- 15-64 anni
- ≥65 anni
- ≥15 anni

ASL TO3

- Generico
- Assistenza ospedaliera
- Assistenza distrettuale
- Assistenza socio-sanitaria
- Assistenza sociale
- Prevenzione collettiva e sanità pubblica
- Ricerca, innovazione ed educazione

Ambito

- Comunità
- Sanità
- Economia
- Ambiente

Acronimi

ADI: Assistenza domiciliare integrata

ADL: Activities of Daily Living

ADR: Accord Dangereuses Route

ALPI: Attività libero-professionale intramuraria

AMA: Auto Mutuo Aiuto

AO: Azienda Sanitaria Ospedaliera

AOU: Azienda Sanitaria Ospedaliera Universitaria

APS: Associazioni di promozione sociale

ARPA: Agenzia Regionale per la Protezione Ambientale

ASL: Azienda Sanitaria Locale

ASR: Azienda Sanitaria Regionale

ASSR: Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali

ATO: Ambito territoriale ottimale

BPCO: Broncopneumopatia cronica ostruttiva

CAM: Criteri Ambientali Minimi

CER: Codice Europeo Rifiuti

CCE: Cartella Clinica Elettronica

CD: Centro Diurno

CdC: Case di Comunità

CREA: Centro per la Ricerca Economica Applicata in Sanità

COT: Centrali operative territoriali

CUP: Centri Unici di Prenotazione

DEA: Dipartimento di emergenza e accettazione

DFLE: Disability Free Life Expectancy

DIEST: Dipartimento Interaziendale Emergenza Sanitaria Territoriale

DoRS: Centro di Documentazione Regionale per la Promozione della Salute

DRG: Disease Related Groups
ECM: Educazione Continua in Medicina

EHIS: European Health Interview Survey

EME: Excess Materials Exchange

ETS: Enti del terzo settore

EUROSTAT: European Statistical System

FHIR: Fast Healthcare Interoperability Resources

FSE: Fascicolo Sanitario Elettronico

FSN: Fondo Sanitario Nazionale

GHG: Greenhouse Gas

GPP: Green Public Procurement

HL7: Health Level 7

HTA: Health Technology Assessment

IADL: Instrumental Activities of Daily Living

ICC: Integrated Community Care

ICD9: International Classification of Diseases, versione 9

IFeC: Infermiere di Famiglia e di Comunità

INI: Infrastruttura Nazionale di Interoperabilità

IRCCS: Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

IRES: Istituto di ricerche Economico Sociali

ISTAT: Istituto nazionale di statistica

ITER: Istituzione Torinese per una Educazione Responsabile

JRC: Joint Research Centre

LCA: Life Cycle Assessment

LEA: Livelli Essenziali di Assistenza

LTC: Long Term Care

M6C1: Missione 6 Componente 1

M6C2: Missione 6 Componente 2

MePA: Mercato elettronico della Pubblica Amministrazione

MMG: Medici di Medicina Generale

NGEU: Next Generation EU

NHS: National Health Service

NICE: National Institute for Health and Care Excellence

NUE: Numero Unico d'emergenza Europeo

OdC: Ospedali di Comunità

ODV: Organizzazioni di volontariato

OMS: Organizzazione Mondiale della Sanità

ONG: Organizzazioni Non Governative

ONU: Organizzazione delle Nazioni Unite

OSS: Operatore socio-sanitario

PA: Pubblica Amministrazione

PAI: Piano assistenziale individualizzato

PASSI: Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia

PDTA: Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali

PdV: Palestra di Vita

PRI: Piano individuale riabilitativo

PIL: Prodotto Interno Lordo

PLP: Piano locale di prevenzione

PLS: Pediatri di Libera Scelta

PMI: Piccole e medie imprese

PNC: Piano Nazionale della Cronicità

PNRR: Piano nazionale di ripresa e resilienza

PPI: Punti di Primo Intervento

PUA: Punti Unici Accesso

RePES: Referenti per la promozione della salute

RSA: Residenze sanitarie assistenziali

SEPI: Servizio Sovrazonale di Epidemiologia

SSN: Sistema Sanitario Nazionale

SSR: Sistema Sanitario Regionale

UMDV: Unità Multidisciplinare di Valutazione delle Disabilità

UVG: Unità di valutazione geriatrica

UVM: Unità di Valutazione Multidimensionale

Riferimenti

Capitolo 1

Barbera, E., & Tortone, C. (2012). *Glossario O.M.S. della Promozione della Salute*. Centro Regionale di Documentazione per la Promozione della Salute, DoRS. https://www.dors.it/documentazione/testo/201303/OMS_Glossario%201998_Italiano.pdf

Pereno, A., & Eriksson, D. (2020). A multi-stakeholder perspective on sustainable healthcare: From 2030 onwards. *Futures*, *122*, 102605. https://doi.org/10.1016/j.futures.2020.102605

Rapporto Osservasalute 2022: Stato di salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane (19; Rapporto Osservasalute, pp. 143–146; 373–384). (2023). Osservatorio Nazionale sulla salute nelle regioni italiane. https://osservatoriosullasalute.it/wp-content/uploads/2023/06/ro-2022-volume_completo.pdf

Capitolo 2

Art.32 | Titolo II - Rapporti etico-sociali | Costituzione della Repubblica Italiana, (1947). https://www.governo.it/it/costituzione-italiana/parte-prima-diritti-e-doveri-dei-cittadini/titolo-ii-rapporti-etico-sociali

Aziende Ospedaliere (AO). (n.d.). Regione Piemonte. Recuperato 4 ottobre 2023, da https://www.regione.piemonte.it/web/temi/sanita/organizzazione-strutture-sanitarie/aziende-ospedaliere-ao

Aziende Ospedaliere Universitarie (AOU). (n.d.). Regione Piemonte. Recuperato 4 ottobre 2023, da https://www.regione.piemonte.it/web/temi/sanita/organizzazione-strutture-sanitarie/aziende-ospedaliere-universitarie-aou-0

Aziende Sanitarie Locali (ASL). (n.d.). Regione Piemonte. Recuperato 4 ottobre 2023, da https://www.regione.piemonte.it/web/temi/sanita/organizzazione-strutture-sanitarie/aziende-sanitarie-locali-asl-0

Barbero, S., & Pallaro, A. (2017). Systemic Design for Sustainable Healthcare. *The Design Journal*, *20*(sup1), S2473–S2485. https://doi.org/10.1080/14606925.2017.1352762

Campanini, A. (2013). Domiciliarità. In *Nuovo dizionario di servizio sociale* (2. ed, pp. 232–235). Carocci Faber. https://www.bottegadelpossibile.it/wp-content/uploads/2015/11/Domiciliarit%C3%A0-su-Dizionario-SS.pdf

Capra, F., & Luisi, P. L. (2020). *Vita e natura. Una visione sistemica*. Aboca Edizioni.

Cosa sono i LEA. (n.d.). Testata di proprietà del Ministero della Salute. Recuperato 4 ottobre 2023, da https://www.salute.gov.it/portale/lea/dettaglioContenutiLea.jsp?area=Lea&id=1300&lingua=italiano&menu=leaEssn

Elderly care. (2023). In *Wikipedia*. https://en.wikipedia.org/w/index.php?title=Elderly_care&oldid=1191698496

Ferrero, E., Ferrero, G., Ghignone, E., & Motta, M. (2021). *Il design sistemico applicato al Medtech. Linee guida per la formazione aziendale sul tema della sustainable healthcare* [Laurea, Politecnico di Torino]. https://webthesis.biblio.polito.it/21787/

Ghezzer, S., & Pedroni, S. (2017). Psicoterapia per gli anziani: Motivazione, setting terapeutico e concettualizzazione del caso. *State of Mind*. https://www.stateofmind.it/2017/02/psicoterapia-per-gli-anziani/

Giarelli, G. (n.d.). *Community Care e Integrazione Socio-Sanitaria | Prof Giarelli Guido del Dipartimento di Scienze della Salute dell'Università "Magna Graecia" di Catanzaro*. https://www.associazionecurepalliative.it/immagini/Giarelli_Guido.pdf

I principi del Servizio Sanitario Nazionale. (n.d.). Testata di proprietà del Ministero della Salute. Recuperato 4 ottobre 2023, da https://www.salute.gov.it/portale/lea/dettaglioContenutiLea.jsp?area=Lea&id=5073&lingua=italiano&menu=vuoto

Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale, Pub. L. No. 833 (1978). https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/1978/12/28/078U0833/sg

LEA: Assistenza distrettuale. (n.d.-a). Testata di proprietà del Ministero della Salute. Recuperato 4 ottobre 2023, da https://www.salute.gov.it/portale/lea/dettaglioContenutiLea.jsp?lingua=italiano&id=4696&area=Lea&menu=distrettuale

LEA: Assistenza ospedaliera. (n.d.-b). Testata di proprietà del Ministero della Salute. Recuperato 4 ottobre 2023, da https://www.salute.gov.it/portale/lea/dettaglioContenutiLea.jsp?lingua=italiano&id=4715&area=Lea&menu=ospedaliera

Lu, W., Barbero, S., & Pereno, A. (2022). Systemic Design For Elderly Healthcare: Analysis of the current responses in China, Italy and Japan. *Proceedings of Relating Systems Thinking and Design*, *RSD11*(169). https://rsdsymposium.org/systemic-design-for-elderly-healthcare

Lu, W., Pereno, A., & Barbero, S. (2023). Systemic design for sustainable community care for older adults: A case study in Turin, Piedmont, Italy. *IASDR 2023: Life-Changing Design*. https://doi.org/10.21606/iasdr.2023.386

Pereno, A., & Eriksson, D. (2020). A multi-stakeholder perspective on sustainable healthcare: From 2030 onwards. *Futures*, *122*, 102605. https://doi.org/10.1016/j.futures.2020.102605

Prevenzione collettiva e sanità pubblica. (n.d.). Testata di proprietà del Ministero della Salute. Recuperato 4 ottobre 2023, da https://www.salute.gov.it/portale/lea/dettaglioContenutiLea.jsp?area=Lea&id=4695&lingua=italiano&menu=prevLea

Quale differenza tra Azienda ASL e Azienda ospedaliera? (2021, febbraio 11). *Conoscere il Rischio Clinico*. http://www.conoscereilrischioclinico.it/quale-differenza-tra-azienda-asl-e-azienda-ospedaliera/

Ridolfi, L. (2013). La Community care come modello di integrazione socio-sanitaria a livello territoriale. *PROFESSIONI INFERMIERISTICHE*, *66*(4), Articolo 4. https://www.profinf.net/pro3/index.php/IN/article/view/44

Tutti in Rete—In cammino con La Bottega del Possibile per promuovere, innovare, partecipare, formare e seminare Cultura di Domiciliarità. (2016). https://prospettivesocialiesanitarie.it/materiali/Scheda%20Progetto%20Tutti%20in%20rete.pdf

United Nations. (2020). *Decade of Healthy Ageing: Plan of Action 2021–2030*. https://cdn.who.int/media/docs/default-source/decade-of-healthy-ageing/decade-proposal-final-apr2020-en.pdf?sfvrsn=b4b75ebc_28

Vandenbroeck, T., & Braes, P. (2020). *Integrated Community Care 4all Sette principi di riferimento per la cura Documento Strategico per il futuro della ICC*. https://transform-integratedcommunitycare.com/wp-content/uploads/2021/03/ICC4All-Strategy_IT.pdf

World Health Organization, & United Nations Children's Fund. (2018). *A vision for primary health care in the 21st century: Towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals*. World Health Organization; WHO IRIS. https://iris.who.int/handle/10665/328065

Capitolo 3

Barbero, S., & Pallaro, A. (2017). Systemic Design for Sustainable Healthcare. *The Design Journal*, *20*(sup1), S2473–S2485. https://doi.org/10.1080/14606925.2017.1352762

Battistoni, C., Giraldo Nohra, C., & Barbero, S. (2019). A Systemic Design Method to Approach Future Complex Scenarios and Research Towards Sustainability: A Holistic Diagnosis Tool. *Sustainability*, *11*(16), Articolo 16. https://doi.org/10.3390/su11164458

Bistagnino, L. (2011). *Systemic design: Designing the productive and environmental sustainability* (2nd ed.). Slow Food Editore.

Capra, F., & Luisi, P. L. (2020). *Vita e natura. Una visione sistemica*. Aboca Edizioni.

Lu, W., Pereno, A., & Barbero, S. (2023). Systemic design for sustainable community care for older adults: A case study in Turin, Piedmont, Italy. *IASDR 2023: Life-Changing Design*. https://doi.org/10.21606/iasdr.2023.386

Pereno, A., & Eriksson, D. (2020). A multi-stakeholder perspective on sustainable healthcare: From 2030 onwards. *Futures*, *122*, 102605. https://doi.org/10.1016/j.futures.2020.102605

Capitolo 4

Bensi, T. (2022, novembre 25). Long term care in Italia. *Healthcare Digitale*. https://www.healthcare-digitale.it/long-term-care-in-italia/

Casa come primo luogo di cura e telemedicina. (n.d.). Recuperato 30 ottobre 2023, da https://www.pnrr.salute.gov.it/portale/pnrrsalute/dettaglioContenutiPNRRSalute.jsp?lingua=italiano&id=5803&area=PNRR-Salute&menu=investimenti

Case della Comunità e presa in carico della persona. (n.d.). Recuperato 30 ottobre 2023, da https://www.pnrr.salute.gov.it/portale/pnrrsalute/dettaglioContenutiPNRRSalute.jsp?lingua=italiano&id=5801&area=PNRR-Salute&menu=investimenti

Componente 1 – Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale. (n.d.). Recuperato 30 ottobre 2023, da https://www.pnrr.salute.gov.it/portale/pnrrsalute/dettaglioContenutiPNRRSalute.jsp?lingua=italiano&id=5833&area=PNRR-Salute&menu=missionesalute&tab=1

Componente 2 – Innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario nazionale. (n.d.). Recuperato 30 ottobre 2023, da https://www.pnrr.salute.gov.it/portale/pnrrsalute/dettaglioContenutiPNRRSalute.jsp?lingua=italiano&id=5833&area=PNRR-Salute&menu=missionesalute&tab=2

Edemekong, P. F., Bomgaars, D. L., Sukumaran, S., & Schoo, C. (2023). Activities of Daily Living. In *StatPearls*. StatPearls Publishing. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470404/

Galluzzo, L., Gandin, C., Ghirini, S., & Scafato, E. (2012). *L'invecchiamento della popolazione: Opportunità o sfida?* https://www.epicentro.iss.it/ben/2012/aprile/2

Istat. (2020). *An ageing population*. Demography of Europe. https://www.istat.it/demografiadelleuropa/bloc-1c.html

Istat. (2022a). *Indagine Ehis 2019 | Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari in Italia e nell'Unione europea* [dataset]. https://www.istat.it/it/archivio/265399

Istat. (2022b). *Indagine Ehis 2019 | Nota metodologica*. https://www.istat.it/it/files//2022/01/Nota-metodologica_tavole_ehis2019.pdf

La carta dei servizi dell'ASL TO3. (2023). https://www.aslto3.piemonte.it/wp-content/uploads/2023/02/Carta_dei_servizi_ASLTO3_2023_compressed.pdf

Mantoan, D., Capolongo, S., Borghini, A., Fortino, A., Buffoli, M., Gola, M., Izzi, A., Riano, F., Arruzzoli, S., Brambilla, A., Brusamolin, E., Mangili, S., & Yu, Y. (2022). *Documento di indirizzo per il Metaprogetto della Casa di Comunità*. Age.Na.S. https://www.dors.it/documentazione/testo/202211/2022_metaprogetto_cdc_agenas.pdf

NICE. (2015, novembre 4). *Older people with social care needs and multiple long-term conditions | Guidance NICE*. NICE. https://www.nice.org.uk/guidance/ng22/chapter/Context

NICE. (2016, settembre 21). *Multimorbidity: Clinical assessment and management | Guidance NICE*. NICE. https://www.nice.org.uk/guidance/ng56/chapter/Recommendations

Ospedali di Comunità. (n.d.). Recuperato 30 ottobre 2023, da https://www.pnrr.salute.gov.it/portale/pnrrsalute/dettaglioContenutiPNRRSalute.jsp?lingua=italiano&id=5805&area=PNRR-Salute&menu=investimenti

Piano nazionale di ripresa e resilienza. Cos'è la Missione Salute. (n.d.). Recuperato 30 ottobre 2023, da https://www.pnrr.salute.gov.it/portale/pnrrsalute/dettaglioContenutiPNRRSalute.jsp?lingua=italiano&id=5833&area=PNRR-Salute&menu=missionesalute

Piano Triennale della Performance: Triennio 2021-2023. (2021). https://trasparenzaap.aslto3.piemonte.it/web/trasparenza/

Rapporto Osservasalute 2022: Stato di salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane (19; Rapporto Osservasalute, pp. 143–146; 373–384). (2023). Osservatorio Nazionale sulla salute nelle regioni italiane. https://osservatoriosullasalute.it/wp-content/uploads/2023/06/ro-2022-volume_completo.pdf

Riforma dell'assistenza territoriale. (n.d.). Recuperato 30 ottobre 2023, da https://www.pnrr.salute.gov.it/portale/pnrrsalute/dettaglioContenutiPNRRSalute.jsp?lingua=italiano&id=5898&area=PNRR-Salute&menu=riforme

Salute, ambiente, biodiversità e clima (PNC). (n.d.). Recuperato 30 ottobre 2023, da https://www.pnrr.salute.gov.it/portale/pnrrsalute/dettaglioContenutiPNRRSalute.jsp?lingua=italiano&id=5855&area=PNRR-Salute&menu=investimenti

Spandonaro, F., D'Angela, D., & Polistena, B. (2022). *18° Rapporto Sanità: Senza riforme e crescita, SSN sull'orlo della crisi* (18; Rapporto Sanità). C.R.E.A. Sanità. https://www.creasanita.it/wp-content/uploads/2023/04/CREASanita_RapportoSanita_2022_Volume.pdf

Statistics | Eurostat. (2023). [dataset]. https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/DEMO_PJANIND__custom_815687/bookmark/table?lang=en&bookmarkId=4c802ba9-e830-435d-9655-509676433a5c

United Nations. (2020). *Decade of Healthy Ageing: Plan of Action 2021–2030*. https://cdn.who.int/media/docs/default-source/decade-of-healthy-ageing/decade-proposal-final-apr2020-en.pdf?sfvrsn=b4b75ebc_28

UrbiStat. (2021a). *Mappe tematiche Italia*. https://ugeo.urbistat.com/AdminStat/it/it/classifiche/dati-sintesi/regioni/italia/380/1

UrbiStat. (2021b). *Mappe tematiche Piemonte*. https://ugeo.urbistat.com/AdminStat/it/it/classifiche/indice-vecchiaia/province/piemonte/1/2

UrbiStat. (2021c). *Mappe tematiche Torino*. https://ugeo.urbistat.com/AdminStat/it/it/classifiche/indice-vecchiaia/province/piemonte/1/2

Capitolo 5

Acquisti in rete | Chi siamo. (n.d.). Recuperato 16 ottobre 2023, da https://www.acquistinretepa.it/opencms/opencms/programma_comeFunziona.html

Acquisti verdi | Acquisti in rete. (n.d.). Recuperato 16 ottobre 2023, da https://www.acquistinretepa.it/opencms/opencms/programma_acquistiverdi.html

Agenas. (2022). *La Centrale Operativa Territoriale: Dalla realizzazione all'attivazione*. https://www.agenas.gov.it/images/agenas/monitor/quaderno/pdf/Per_stampa_Quaderno_COT.pdf

AMA Pinerolo | Chi siamo. (n.d.). Recuperato 19 ottobre 2023, da https://www.amapinerolo.it/chi-siamo/

Amministrazione Trasparente | Beni immobili e gestione patrimonio. (n.d.). https://trasparenzaap.aslto3.piemonte.it/

Anziani | A.S.L. TO3. (2020, giugno 8). https://www.aslto3.piemonte.it/servizi/assistenza/anziani/

Arghittu, D., & Perrone, M. (2017). La signora della domiciliarità—L'esperienza di Mariena Scassellati Sforzolini Galetti. *L'Ora del Pellice n°6 - Imparare*, 108–115.

Art.17-bis, comma 1, del d.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502. (1192). https://www.normattiva.it/uri-res/N2Ls?urn:nir:stato:decreto.legislativo:1992-12-30;502~art17bis

AslTo3 Radiomics Lab | A.S.L. TO3. (2023, settembre 26). https://www.aslto3.piemonte.it/azienda/progetti/progetti-aziendali/aslto3-radiomics-lab/

Assistenza a domicilio | A.S.L. TO3. (2020, giugno 6). https://www.aslto3.piemonte.it/servizi/assistenza/assistenza-a-domicilio/

Assistenza a persone con disabilità. (n.d.). Recuperato 13 ottobre 2023, da https://www.salute.gov.it/portale/lea/dettaglioContenutiLea.jsp?lingua=italiano&id=4710&area=Lea&menu=socioSanitaria

Assistenza a persone in fase terminale della vita. (n.d.). Recuperato 12 ottobre 2023, da https://www.salute.gov.it/portale/lea/dettaglioContenutiLea.jsp?lingua=italiano&id=4714&area=Lea&menu=socioSanitaria

Assistenza e servizi sociali. (n.d.). In *Treccani*. Recuperato 22 ottobre 2023, da https://www.treccani.it/enciclopedia/assistenza-e-servizi-sociali

Assistenza farmaceutica. (n.d.). Recuperato 10 ottobre 2023, da https://www.salute.gov.it/portale/lea/dettaglioContenutiLea.jsp?lingua=italiano&id=4699&area=Lea&menu=distrettuale

Assistenza integrativa. (n.d.). Recuperato 10 ottobre 2023, da https://www.salute.gov.it/portale/lea/dettaglioContenutiLea.jsp?lingua=italiano&id=4700&area=Lea&menu=distrettuale

Assistenza protesica. (n.d.). Recuperato 10 ottobre 2023, da https://www.salute.gov.it/portale/lea/dettaglioContenutiLea.jsp?lingua=italiano&id=4702&area=Lea&menu=distrettuale

Assistenza residenziale. (n.d.). Recuperato 14 ottobre 2023, da https://www.salute.gov.it/portale/lea/dettaglioContenutiLea.jsp?lingua=italiano&id=5332&area=Lea&menu=socioSanitaria

Assistenza sanitaria di base. (n.d.). Recuperato 10 ottobre 2023, da https://www.salute.gov.it/portale/lea/dettaglioContenutiLea.jsp?lingua=italiano&id=4697&area=Lea&menu=distrettuale

Assistenza sociosanitaria residenziale e semiresidenziale alle persone non autosufficienti. (n.d.). Recuperato 13 ottobre 2023, da https://www.salute.gov.it/portale/lea/dettaglioContenutiLea.jsp?lingua=italiano&id=4713&area=Lea&menu=socioSanitaria

Assistenza specialistica ambulatoriale. (n.d.). Recuperato 10 ottobre 2023, da https://www.salute.gov.it/portale/lea/dettaglioContenutiLea.jsp?lingua=italiano&id=4701&area=Lea&menu=distrettuale

Assistenza termale. (n.d.). Recuperato 10 ottobre 2023, da https://www.salute.gov.it/portale/lea/dettaglioContenutiLea.jsp?lingua=italiano&id=4703&area=Lea&menu=distrettuale

ATO rifiuti torinese | Funzioni. (n.d.). Recuperato 17 ottobre 2023, da http://www.atorifiutitorinese.it/cms/ente/governo-ente/funzioni

ATO rifiuti torinese | Impianti e gestori. (n.d.). Recuperato 17 ottobre 2023, da http://www.atorifiutitorinese.it/cms/attivita/servizi-d-ambito/impianti-e-gestori

ATO rifiuti torinese | Organizzazione. (n.d.). Recuperato 17 ottobre 2023, da http://www.atorifiutitorinese.it/cms/attivita/servizi-d-ambito/organizzazione

ATO rifiuti torinese | Termovalorizzatore del Gerbido. (n.d.). Recuperato 17 ottobre 2023, da http://www.atorifiutitorinese.it/cms/attivita/servizi-in-evidenza/termovalorizzatore-del-gerbido

Azienda | A.S.L. TO3. (2020, giugno 5). https://www.aslto3.piemonte.it/azienda/

Azienda Sanitaria Locale. (2023). In *Wikipedia*. https://it.wikipedia.org/w/index.php?title=Azienda_sanitaria_locale&oldid=135490186

Barbera, E., & Tortone, C. (2012). *Glossario O.M.S. della Promozione della Salute*. Centro Regionale di Documentazione per la Promozione della Salute, DoRS. https://www.dors.it/documentazione/testo/201303/OMS_Glossario%201998_Italiano.pdf

Brugnola, F. (2019, novembre 21). I dipartimenti delle aziende sanitarie: Organizzazione e requisiti. *Aspettative Sanitarie*. https://saluteugualepertuttis.org/2019/11/21/i-dipartimenti-delle-aziende-sanitarie-organizzazione-e-requisiti/

Carta dei servizi | A.S.L. TO3. (2020, novembre 30). https://www.aslto3.piemonte.it/azienda/documenti/carta-dei-servizi/

Continuità assistenziale (ex Guardia medica) | A.S.L. TO3. (2021, gennaio 26). https://www.aslto3.piemonte.it/servizi/guardia-medica/

Cosa è Guadagnare Salute. (n.d.). Recuperato 21 ottobre 2023, da https://www.epicentro.iss.it/guadagnare-salute/programma/

CUG – Comitato Unico di Garanzia | A.S.L. TO3. (2023, giugno 27). https://www.aslto3.piemonte.it/azienda/progetti/progetti-aziendali/cug-comitato-unico-di-garanzia/

Cure domiciliari. (n.d.). Recuperato 12 ottobre 2023, da https://www.salute.gov.it/portale/lea/dettaglioContenutiLea.jsp?lingua=italiano&id=4706&area=Lea&menu=socioSanitaria

Del Giudice, P., Menegazzi, G., Lesa, L., & Brusaferro, S. (2017). Cap. 11 – Organizzazione distrettuale dei servizi dell'Assistenza Primaria. In *Manuale per Operatori di Sanità Pubblica "Governare l'Assistenza Primaria"*. https://www.aprirenetwork.it/2017/05/06/organizzazione-distrettuale-dei-servizi-dellassistenza-primaria/

Direzione generale | A.S.L. TO3. (2020, giugno 2). https://www.aslto3.piemonte.it/azienda/organizzazione/direzione-generale/

Disabili | A.S.L. TO3. (2020, giugno 8). https://www.aslto3.piemonte.it/servizi/assistenza/disabili/

Disuguaglianze di salute. (n.d.). Recuperato 23 ottobre 2023, da https://www.disuguaglianzedisalute.it/chi-siamo/

Dors | Centro di documentazione per la promozione della salute—Regione Piemonte. (n.d.). Recuperato 21 ottobre 2023, da https://www.dors.it/pagina_singola.php?idpagina=9

Elenco contratti privato accreditato anno 2022/2023. (n.d.). Amministrazione Trasparente ASL TO3. Recuperato 23 ottobre 2023, da https://trasparenzaap.aslto3.piemonte.it/

Emergenza sanitaria territoriale. (n.d.). Recuperato 10 ottobre 2023, da https://www.salute.gov.it/portale/lea/dettaglioContenutiLea.jsp?lingua=italiano&id=4698&area=Lea&menu=distrettuale

Fornitura di energia elettrica. (n.d.). Portale Appalti A.S.L. TO3. Recuperato 18 ottobre 2023, da https://portaleappalti.aslto3.piemonte.it/PortaleAppalti/it/ppgare_ammtrasp_contratti.wp?actionPath=/ExtStr2/do/FrontEnd/AmmTrasp/viewContratto.action&currentFrame=7&codice=2023/00020&_csrf=HYG65H2FG5K7E833TYJZ2DKXBZXSBHV3

Franco, M. (2005). Lo sviluppo organizzativo nelle strutture sanitarie: Tra divisione del lavoro e coordinamento. In *La gestione dell'Azienda Sanitaria. Sviluppi teorici e strumenti gestionali per governare il cambiamento* (pp. 61–99). Franco Angeli. http://web.unimol.it/Vecchio%20sito%20Unimol/serviziweb.unimol.it/unimol/allegati/pagine/4276/OASani.pdf

Giustiniano, L., Dandi, R., Vittori, G., Basiglini, A., Mascia, D., & Cicchetti, A. (2014). L'organizzazione del Dipartimento Materno Infantile. *Organizzazione Sanitaria 0394-283X*, *2*, 7–23.

Gruppi di aiuto | A.S.L. TO3. (2020, giugno 18). https://www.aslto3.piemonte.it/gruppi-di-aiuto/

Gruppo EcoEridania | B2B - Sanitario. (n.d.-a). *Gruppo EcoEridania*. Recuperato 17 ottobre 2023, da https://gruppoecoeridania.com/servizi/b2b-sanitari/

Gruppo EcoEridania | Chi Siamo. (n.d.-b). *Gruppo EcoEridania*. Recuperato 17 ottobre 2023, da https://gruppoecoeridania.com/chi-siamo/

Gruppo EcoEridania | EcoEridania. (n.d.-c). *Gruppo EcoEridania*. Recuperato 17 ottobre 2023, da https://gruppoecoeridania.com/le-aziende/ecoeridania/

Guadagnare Salute Piemonte. (n.d.). Regione Piemonte. Recuperato 21 ottobre 2023, da https://www.regione.piemonte.it/web/temi/sanita/prevenzione/guadagnare-salute-piemonte

I Gruppi AMA. (n.d.). Recuperato 19 ottobre 2023, da https://www.amapinerolo.it/i-gruppi-ama/

Imprese Sociali—Definizione e Attività. (n.d.). *Italia non profit*. Recuperato 23 ottobre 2023, da https://italianonprofit.it/risorse/definizioni/imprese-sociali/

Infermiere di comunità. L'esperienza di Cuneo si estende ad altre realtà del Piemonte. (2017). Quotidiano Sanità. https://www.quotidianosanita.it/piemonte/articolo.php?articolo_id=51619

Karliner, J., Slotterback, S., Boyd, R., Ashby, B., & Steele, K. (2019). *Health Care's Climate Footprint: How the health sector contributes to the global climate crisis and opportunities for action*. Health Care Without Harm & Arup. https://noharm-global.org/sites/default/files/documents-files/5961/HealthCaresClimateFootprint_092319.pdf

La Bottega del Possibile: Descrizione generale dell'Associazione e sue finalità. (2019). https://www.bottegadelpossibile.it/wp-content/uploads/2020/05/ALLEGATO-1BIS.pdf

La carta dei servizi dell'ASL TO3. (2023). https://www.aslto3.piemonte.it/wp-content/uploads/2023/02/Carta_dei_servizi_ASLTO3_2023_compressed.pdf

La storia di Azienda Zero. (n.d.). *Azienda Zero*. Recuperato 17 ottobre 2023, da https://www.aziendazero.piemonte.it/azienda/la-storia-di-azienda-zero/

Le nostre attività | Arpa Piemonte. (n.d.). [Pagina]. Recuperato 20 ottobre 2023, da https://www.arpa.piemonte.it/chi-siamo/lagenzia/le-nostre-attivita

LEA: Assistenza distrettuale. (n.d.-a). Testata di proprietà del Ministero della Salute. Recuperato 4 ottobre 2023, da https://www.salute.gov.it/portale/lea/dettaglioContenutiLea.jsp?lingua=italiano&id=4696&area=Lea&menu=distrettuale

LEA: Assistenza ospedaliera. (n.d.-b). Testata di proprietà del Ministero della Salute. Recuperato 4 ottobre 2023, da https://www.salute.gov.it/portale/lea/dettaglioContenutiLea.jsp?lingua=italiano&id=4715&area=Lea&menu=ospedaliera

LEA: Assistenza socio-sanitaria. (n.d.-c). Testata di proprietà del Ministero della Salute. Recuperato 12 ottobre 2023, da https://www.salute.gov.it/portale/lea/dettaglioContenutiLea.jsp?lingua=italiano&id=4704&area=Lea&menu=socioSanitaria

Libera professione | A.S.L. TO3. (2020, settembre 14). https://www.aslto3.piemonte.it/servizi/libera-professione/

Medicina di Genere | A.S.L. TO3. (2022, maggio 25). https://www.aslto3.piemonte.it/azienda/progetti/progetti-aziendali/medicina-di-genere/

Medico di famiglia & pediatra | A.S.L. TO3. (2020, giugno 8). https://www.aslto3.piemonte.it/servizi/medico-di-famiglia-pediatra/

Medico di medicina generale | Atlante Delle Professioni. (n.d.). Atlante delle professioni. Recuperato 15 ottobre 2023, da https://www.atlantedelleprofessioni.it/professioni/medico-di-medicina-generale

Meno Soli sulle Alpi, Comune di Sestriere: Premio Piemonte Innovazione 2018. (2018). https://www.anci.piemonte.it/piemonteinnovazione/wp-content/uploads/2018/06/Piemonte-innovazione.Meno-soli-sulle-Alpi-2.pdf

Mercato elettronico | Acquisti in rete. (n.d.). Recuperato 16 ottobre 2023, da https://www.acquistinretepa.it/opencms/opencms/chisiamo_strumenti_ME.html

Mission | A.S.L. TO3. (2020, giugno 2). https://www.aslto3.piemonte.it/azienda/mission/

Mission Ospedale San Luigi. (n.d.). Recuperato 22 ottobre 2023, da https://www.sanluigi.piemonte.it/azienda-ospedaliera/organizzazione-aziendale/mission

MMG Elenco Strutture RSA - Bando. (n.d.). Amministrazione Trasparente ASL TO3. Recuperato 23 ottobre 2023, da https://trasparenzaap.aslto3.piemonte.it/web/trasparenza/papca-g/-/papca/display/24360?p_auth=rCitFRCV

Muovinsieme. (n.d.). Recuperato 22 ottobre 2023, da https://www.muovinsieme.dors.it/

Nova Aeg | Chi siamo. (n.d.). Recuperato 18 ottobre 2023, da https://www.novaaeg.it/chi-siamo/

Organi collegiali | A.S.L. TO3. (2020, giugno 5). https://www.aslto3.piemonte.it/azienda/organizzazione/organi-collegiali/

Percorsi assistenziali integrati. (n.d.). Recuperato 13 ottobre 2023, da https://www.salute.gov.it/portale/lea/dettaglioContenutiLea.jsp?lingua=italiano&id=4705&area=Lea&menu=socioSanitaria

Piano di organizzazione dell'A.S.L. TO3. (2022). https://www.aslto3.piemonte.it/wp-content/uploads/2022/05/PIANO-DI-ORGANIZZAZIONE-DELIBERA-81.pdf

Piano Triennale della Performance: Triennio 2021-2023. (2021). https://trasparenzaap.aslto3.piemonte.it/web/trasparenza/

Portale gare d'appalto | Riepilogo contratti. (n.d.-a). [Portale Appalti A.S.L. TO3]. Recuperato 16 ottobre 2023, da https://portaleappalti.aslto3.piemonte.it/PortaleAppalti/it/ppgare_ammtrasp_contratti.wp?_csrf=6T999TYE6R8QZZWP2ZKMKP6S7RZ1YPMA

Portale gare d'appalto | Servizio di raccolta, trasporto e smaltimento dei rifiuti sanitari. (n.d.-b). [Portale Appalti A.S.L. TO3]. Recuperato 17 ottobre 2023, da https://portaleappalti.aslto3.piemonte.it/PortaleAppalti/it/ppgare_ammtrasp_contratti.wp?actionPath=/ExtStr2/do/FrontEnd/AmmTrasp/viewContratto.action&currentFrame=7&codice=2021/03556&_csrf=EOXYLIKGK2EGUVO7QM2DQVVEgVFUR8FZ

Prevenzione | A.S.L. TO3. (2020, giugno 11). https://www.aslto3.piemonte.it/servizi/prevenzione/

Prevenzione collettiva e sanità pubblica. (n.d.). Testata di proprietà del Ministero della Salute. Recuperato 4 ottobre 2023, da https://www.salute.gov.it/portale/lea/dettaglioContenutiLea.jsp?area=Lea&id=4695&lingua=italiano&menu=prevLea

Prevenzione Serena. (n.d.). Regione Piemonte. Recuperato 20 ottobre 2023, da https://www.regione.piemonte.it/web/temi/sanita/prevenzione/prevenzione-serena

Progetti aziendali | A.S.L. TO3. (2020, giugno 2). https://www.aslto3.piemonte.it/azienda/progetti/progetti-aziendali/

Progetti europei | A.S.L. TO3. (2020, giugno 2). https://www.aslto3.piemonte.it/azienda/progetti/progetti-europei/

Pro.Sa. | A cosa serve. (n.d.). Recuperato 21 ottobre 2023, da https://www.retepromozionesalute.it/acosaserve.php

Pro.Sa. | Buone Pratiche. (n.d.). Recuperato 21 ottobre 2023, da https://www.retepromozionesalute.it/buonepratiche.php

Pro.Sa. | Chi siamo. (n.d.). Recuperato 21 ottobre 2023, da https://www.retepromozionesalute.it/chisiamo.php

Qualità dell'aria | Arpa Piemonte. (n.d.). Recuperato 20 ottobre 2023, da https://www.arpa.piemonte.it/approfondimenti/temi-ambientali/aria/aria

Ranzani, S., Dalmasso, M., Gioia, P., Buttera, L., Audisio, L., Fasano, P., Venuti, S., & Mamo, C. (2021). La gestione proattiva dei pazienti BPCO a cura degli infermieri di famiglia e comunità: L'esperienza di un Distretto del Piemonte. *Assistenza Infermieristica e Ricerca*, *40*(3), 149–157.

Redazione ASL TO3. (2023, dicembre 27). *Iniziati i lavori per l'Ospedale di Comunità di Pomaretto | A.S.L. TO3*. https://www.aslto3.piemonte.it/iniziati-i-lavori-per-lospedale-di-comunita-di-pomaretto/

Romano, E. (2019). *Meno Soli sulle Alpi: Accordo con ASL TO3 per il potenziamento delle attività*. Comune di Sestriere. https://www.comune.sestriere.to.it/it-it/avvisi/2019/meno-soli-sulle-alpi-accordo-con-asl-to3-per-il-potenziamento-delle-attivita-125675-1-bef5e2b08e4a297139cee63cc778ef01

Salute mentale | A.S.L. TO3. (2020, giugno 7). https://www.aslto3.piemonte.it/servizi/salute-mentale/

Salute Piemonte. (n.d.). Recuperato 20 ottobre 2023, da https://www.salutepiemonte.it/cos-e-salute-piemonte

SCR Piemonte | Chi siamo. (n.d.). Recuperato 18 ottobre 2023, da https://www.scr.piemonte.it/index.php/it/chi-siamo

Servizi | A.S.L. TO3. (2020, giugno 6). https://www.aslto3.piemonte.it/servizi/

Servizio di Epidemiologia. (n.d.). Recuperato 20 ottobre 2023, da https://www.epi.piemonte.it/chisiamo.php

Sestriere: "Meno Soli sulle Alpi" premiato come miglior progetto innovativo e sostenibile. (2018). Comune di Sestriere. https://www.comune.sestriere.to.it/it-it/avvisi/2018/news-comunicati-stampa/sestriere-meno-soli-sulle-alpi-premiato-come-miglior-progetto-innovativo-e-sostenibile-90611-1-2b85ced923fa0f2b8e70cf8f2effe933

Strutture | A.S.L. TO3. (2020, giugno 19). https://www.aslto3.piemonte.it/strutture/

Telemedicina | A.S.L. TO3. (2021, novembre 16). https://www.aslto3.piemonte.it/servizi/telemedicina/

Territorio e popolazione | A.S.L. TO3. (2020, giugno 2). https://www.aslto3.piemonte.it/azienda/territorio-e-popolazione/

Terzo settore. (n.d.). Recuperato 23 ottobre 2023, da https://www.fatebenefratelli.it/blog/terzo-settore-cosa-sono-enti-ets

Ticket ed esenzioni | A.S.L. TO3. (2020, giugno 8). https://www.aslto3.piemonte.it/servizi/ticket-ed-esenzioni/

Visite ed esami | A.S.L. TO3. (2023, giugno 14). https://www.aslto3.piemonte.it/servizi/visite-ed-esami/

WhistleblowingIT. (n.d.). *WhistleblowingIT*. Recuperato 20 ottobre 2023, da https://www.whistleblowing.it/

Capitolo 6

Babbei, M. (2020). Senior Housing: Il nuovo modo di abitare degli anziani autosufficienti. *Comfortcura*. https://comfortcura.it/senza-categoria/senior-housing-il-nuovo-modo-di-abitare-degli-anziani-autosufficienti/

Barbera, E., & Tosco, E. (2013). *Social media e promozione della salute: Perché utilizzarli, in che modo e come valutarne l'impatto*. Dors. https://www.dors.it/documentazione/testo/201305/SocialMedia_HP_lug1.pdf

Bensi, T. (2022, settembre 9). *Il co-housing come soluzione per le sfide sociali*. https://www.healthcare-digitale.it/co-housing-soluzione-per-le-sfide-sociali/

Bonaldi, A., Vernero, S., & Romizi, R. (2021). *Emergenza climatica. Anche la sanità "inquina". Ecco come diminuire il suo impatto negativo—Quotidiano Sanità*. https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=99385

Borsani, G. (2022). *Sanità digitale, ecco come sta cambiando il nostro rapporto con medici e ospedali*. Agenda Digitale. https://www.agendadigitale.eu/sanita/sanita-agli-italiani-piace-digitale-come-sta-cambiando-il-nostro-rapporto-con-medici-e-ospedali-le-sfide/

Cabella, A. (2022). *Efficienza energetica nelle strutture sanitarie—Healthcare Digitale*. https://www.healthcare-digitale.it/efficienza-energetica-nelle-strutture-sanitarie/

Conte, R. (2022). *Dati sanitari, perché sono cruciali per la ricerca: Le norme vigenti e le proposte per usarli meglio*. Agenda Digitale. https://www.agendadigitale.eu/sicurezza/privacy/dati-sanitari-perche-sono-cruciali-per-la-ricerca-le-norme-vigenti-e-le-proposte-ue-per-usarli-meglio/

De Leo, D., & Trabucchi, M. (2020). Il problema «solitudine» diventa evidente. *I Luoghi della Cura Rivista Online*. https://www.luoghicura.it/dati-e-tendenze/2020/06/il-problema-solitudine-diventa-evidente/?pdf

Deuster, C., Kajander, N., Muench, S., Natale, F., Nedee, A., Scapolo, F., Ueffing, P., & Vesnic Alujevic, L. (2023). *Demography and climate change: EU in the global context*. Publications Office of the European Union. https://data.europa.eu/doi/10.2760/26411

Ferrero, E., Ferrero, G., Ghignone, E., & Motta, M. (2021). *Il design sistemico applicato al Medtech. Linee guida per la formazione aziendale sul tema della sustainable healthcare* [Laurea, Politecnico di Torino]. https://webthesis.biblio.polito.it/21787/

Gabbrielli, B. (2019). Ma serve fare psicoterapia nella terza età? *Starbene*. https://www.starbene.it/benessere/psicologia/psicoterapia-terza-eta/

Galfione, P. (2021). *Interoperabilità: Il Sacro Graal del settore sanitario*. https://www.healthcare-digitale.it/interoperabilita-settore-sanitario/

Galluzzo, L., Gandin, C., Ghirini, S., & Scafato, E. (2012). *L'invecchiamento della popolazione: Opportunità o sfida?* https://www.epicentro.iss.it/ben/2012/aprile/2

Ghezzer, S., & Pedroni, S. (2017). Psicoterapia per gli anziani: Motivazione, setting terapeutico e concettualizzazione del caso. *State of Mind*. https://www.stateofmind.it/2017/02/psicoterapia-per-gli-anziani/

Giorgi, G. (2018). Il paziente cronico e le medicine specialistiche riabilitative delle cure correlate. *Giornale Italiano di Medicina del Lavoro ed Ergonomia*, 6–21.

Karliner, J., & Guenther, R. (2011). *Global Green and Healthy Hospitals Agenda: A Comprehensive Environmental Health Agenda for Hospitals and Health Systems Around the World*. https://greenhospitals.org/sites/default/files/2021-09/Global-Green-and-Healthy-Hospitals-Agenda_3.pdf

Karliner, J., Slotterback, S., Boyd, R., Ashby, B., & Steele, K. (2019). *Health Care's Climate Footprint: How the health sector contributes to the global climate crisis and opportunities for action*. Health Care Without Harm & Arup. https://noharm-global.org/sites/default/files/documents-files/5961/HealthCaresClimateFootprint_092319.pdf

La comunicazione della salute sui social network. (2021). *Healthtech360*. https://www.healthtech360.it/strategie-globali-per-la-salute-digitale/comunicazione-salute-vaccino-social-network-tiktok/

Lucchi, E. (2018). Lo psicologo nella cura dell'anziano. *I Luoghi della Cura Rivista Online*. https://www.luoghicura.it/operatori/professioni/2018/10/lo-psicologo-nella-cura-dellanziano/?pdf

Mangia, M. (2021). *Cartella clinica elettronica, cos'è, come funziona e come migliorarla*. Agenda Digitale. https://www.agendadigitale.eu/sanita/cartella-clinica-elettronica-serve-una-riprogettazione/

Marino, D. (2023). *Interoperabilità dei dati sanitari: Le app sono la vera svolta*. Agenda Digitale. https://www.agendadigitale.eu/sanita/interoperabilita-dei-dati-sanitari-le-app-sono-la-vera-svolta/

Medicina delle 4P: Un modello di medicina per il futuro. (2021). Internet4Things. https://www.internet4things.it/smart-health/medicina-delle-4p-un-modello-di-medicina-per-il-futuro/

Memini, F. (2020). Aging e attachment: La teoria attaccamento negli anziani. *Aging Project Uniupo*. https://www.agingproject.uniupo.it/aging-e-attachment-relazioni-precoci-di-caregiving-e-invecchiamento/

Mosca, G. (2022). *Sanità, ecco le tecnologie per ridurre le code in ospedali e cliniche*. Agenda Digitale. https://www.agendadigitale.eu/sanita/soluzioni-ospedali-adottare-ridurre-code/

Musicoterapia: Salute a ritmo di musica. (n.d.). *Paramedica*. Recuperato 6 novembre 2023, da https://paramedica.it/musicoterapia/

NICE. (2016, settembre 21). *Multimorbidity: Clinical assessment and management | Guidance NICE*. NICE. https://www.nice.org.uk/guidance/ng56/chapter/Recommendations

Nobili, A., & Pasina, L. (2020). *Anziani e politerapia: Quali sono i rischi?* Istituto di ricerche farmacologiche Mario Negri (IRCCS). https://www.marionegri.it/magazine/politerapia-e-anziani

Pedrini, M., Zaccone, M. C., Bona, F., Catozzella, A., Picozzi, A., Monolo, G., Occhipinti, M., Pedrazzini, S., & Strada, A. (2023a). *Sostenibilità in sanità: In quale direzione si stanno muovendo le aziende? Marzo 2023*. https://www.cerismas.com/images/eventi/Report-Sostenibilita-in-sanita-2023.pdf

Pedrini, M., Zaccone, M. C., Bona, F., Catozzella, A., Picozzi, A., Monolo, G., Occhipinti, M., Pedrazzini, S., & Strada, A. (2023b). *Sostenibilità in sanità: In quale direzione si stanno muovendo le aziende? Marzo 2023*. https://www.cerismas.com/images/eventi/Report-Sostenibilita-in-sanita-2023.pdf

Plebani, M. (2021). *Report ISTAT over 75: Ecco perché serve un approccio digitale*. https://www.healthcare-digitale.it/report-istat-over-75-ecco-perche-serve-approccio-digitale/

Rapporto Osservasalute 2022: Stato di salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane (19; Rapporto Osservasalute, pp. 143–146; 373–384). (2023). Osservatorio Nazionale sulla salute nelle regioni italiane. https://osservatoriosullasalute.it/wp-content/uploads/2023/06/ro-2022-volume_completo.pdf

Report Istat 2019 | Migliora la salute degli anziani ma cresce la domanda di cura e assistenza | Le condizioni di salute della popolazione anziana in Italia. (2021). Istituto Nazionale di Statistica. https://www.istat.it/it/files/2021/07/Report-anziani-2019.pdf

Servente, E. (2022). L'accessibilità alla salute e alla Long Term Care. *Anteo Impresa Sociale*. https://www.anteocoop.it/laccessibilita-alla-salute-e-alla-long-term-care/

Spandonaro, F., D'Angela, D., & Polistena, B. (2022). *18° Rapporto Sanità: Senza riforme e crescita, SSN sull'orlo della crisi* (18; Rapporto Sanità). C.R.E.A. Sanità. https://www.creasanita.it/wp-content/uploads/2023/04/CREASanita_RapportoSanita_2022_Volume.pdf

Svanström, R., Sundler, A. J., Berglund, M., & Westin, L. (2013). Suffering caused by care—Elderly patients' experiences in community care. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, *8*(1), 20603. https://doi.org/10.3402/qhw.v8i0.20603

Terapia Occupazionale: Riabilitazione e gestione del tempo libero | PM. (n.d.). *Paramedica*. Recuperato 6 novembre 2023, da https://paramedica.it/terapia-occupazionale/

United Nations. (2020). *Decade of Healthy Ageing: Plan of Action 2021–2030*. https://cdn.who.int/media/docs/default-source/decade-of-healthy-ageing/decade-proposal-final-apr2020-en.pdf?sfvrsn=b4b75ebc_28

Capitolo 7

A chi si rivolge. (n.d.). *Community Care Living Lab*. https://communitycarelivinglab.it/a-chi-si-rivolge/

About Us – Excess Materials Exchange. (n.d.). https://excessmaterialsexchange.com/en_us/about-us/

Aging better together: A project in Mirafiori Sud. (2019). https://transform-integratedcommunitycare.com/wp-content/uploads/2019/03/mirafiori-sud.pdf

Ammendola, C. (2020). *Milano, anziani e giovani diventano coinquilini grazie al progetto Prendi in casa uno studente*. Fanpage. https://milano.fanpage.it/milano-anziani-e-giovani-diventano-coinquilini-grazie-al-progetto-prendi-in-casa-uno-studente/

Aziende Sanitarie | Nipoti-on-demand per anziani soli. (n.d.). UAF. https://www.uaf-family.com/aziende-sanitarie

Buurtzorg Home. (n.d.). Buurtzorg. https://www.buurtzorg.org.uk/

Buurtzorg Nederland. (n.d.). Buurtzorg International. https://www.buurtzorg.com/

Careapt | Zambon. (n.d.). https://www.zambon.com/it/innovazione/zcube/careapt

CareApt: Curare le malattie neurodegenerative con il supporto della tecnologia. (n.d.). Salesforce. https://www.salesforce.com/it/resources/customer-stories/careapt/

Cecilia Rossi, fondatrice di UAF: Perché un nipote on-demand? (2022). *Accendi Coop*. https://www.accendilucegas.it/cecilia-rossi-uaf-blog-anziani-nipoti/

Chi siamo: La nostra storia | Lami. (n.d.). https://www.lamimed.it/chi-siamo

Come Partecipare. (n.d.). *Prendi in Casa*. https://www.meglio.milano.it/prendi-in-casa/come-partecipare/

Community Care Living Lab. (n.d.). *Poliambulatorio Polis - Torino*. https://www.polistorino.it/community-care-living-lab/

Conoscici | Nipoti-on-demand per anziani soli. (n.d.). UAF. https://www.uaf-family.com/conoscici

Consorzio Socio Assistenziale del Cuneese—Palestra di vita. (n.d.). https://www.csac-cn.it/Home/Pagine-del-Comune?ID=7501

Crippa, M. (2020, giugno 24). *COVID-19 e Parkinson, intervista al Dott. Nicola Modugno*. https://www.micuro.it/enciclopedia/malattie/coronavirus-intervista-nicola-modugno

Cusano Italia Tv (Regista). (2021, ottobre 29). *Una Mela al Giorno: Lami, la salute a portata di mano*. https://www.youtube.com/watch?v=an9KB1hdlmc

Donazioni—Aiuta Mirafiori | Fondazione della Comunità di Mirafiori Torino. (n.d.). https://fondazionemirafiori.it/fondo-essere-anziani

Easy Hospital. (n.d.). Salute. https://salute.regione.emilia-romagna.it/easy-hospital

Easy Hospital, l'app per l'accesso facile ai servizi sanitari del Sant'Orsola di Bologna. (2023, gennaio 12). Agenda Digitale. https://www.agendadigitale.eu/sanita/easy-hospital-app-servizi-sanitari/

Eni promuove Open-es per la sostenibilità. (2021, gennaio 21). *ESG360*. https://www.esg360.it/environmental/eni-promuove-open-es-per-la-sostenibilita/

Équipe | ParkinsonCare. (n.d.). https://parkinsoncare.com/equipe/

Essere Anziani a Mirafiori sud | Fondazione della Comunità di Mirafiori Torino. (n.d.). https://fondazionemirafiori.it/essereanziani

Excess Materials Exchange: Informazioni | LinkedIn. (n.d.). https://www.linkedin.com/company/excess-materials-exchange/about/

Excess Materials Exchange—Membro dell'Alleanza mondiale. (n.d.). Solar Impulse Foundation. https://solarimpulse.com/aziende/excess-materials-exchange

Help to Care Mobile App: Supporting care workers and carers to identify and prevent deterioration. (2020). [SharedLearningArticle]. NICE. https://www.nice.org.uk/sharedlearning/help-to-care-mobile-app-supporting-care-workers-and-carers-to-identify-and-prevent-deterioration

Il Progetto. (n.d.). *Prendi in Casa*. https://www.meglio.milano.it/prendi-in-casa/il-progetto/

Kwaliteit van zorg. (n.d.). Buurtzorg. https://www.buurtzorgnederland.com/professionele-wijkverpleging/kwaliteit-van-zorg/

Lancio dell'app NHS e assistenza sociale per supportare le persone che si prendono cura degli altri: NHS Kent e Medway. (2020). https://www.kentandmedway.icb.nhs.uk/news-and-events/news/nhs-and-social-care-launch-app-support-people-who-care-others

Nipoti-on-demand per anziani. (n.d.). UAF. https://www.uaf-family.com

Open-es | Imprese, Procurement e Banche insieme per la sostenibilità. (n.d.). https://www.openes.io/it

Open-es: Informazioni | LinkedIn. (n.d.). https://www.linkedin.com/showcase/openes/about/

Open-es: Reporting automatico ESG per favorire la rendicontazione non finanziaria. (2021, novembre 4). *ESG360*. https://www.esg360.it/digital-for-esg/open-es-reporting-automatico-esg-per-favorire-la-rendicontazione-non-finanziaria/

Origini. (n.d.). *Prendi in Casa*. https://www.meglio.milano.it/prendi-in-casa/origini/

Ospedale Virtuale. (n.d.). *ParkinZone Onlus*. https://www.parkinzone.org/wp/ospedale-virtuale/

Piumetti, P. (2015). La palestra di vita. *Psicologia Contemporanea*, 76–80.

Progetto. (n.d.). *Community Care Living Lab*. https://communitycarelivinglab.it/progetto/

Redazione Adnkronos. (2020, dicembre 12). *Coronavirus, da Neuromed un «ospedale virtuale» per i malati di Parkinson*. Adnkronos. https://www.adnkronos.com/Archivio/salute/coronavirus-da-neuromed-un-ospedale-virtuale-per-i-malati-di-parkinson_3FdMlcHFThNzqVLpA1Vdjj

Redazione BitMAT. (2021, ottobre 18). *Lami: Il tuo medico di fiducia, ovunque tu sia*. Sanità Digitale. https://www.sanita-digitale.com/cura/lami-il-tuo-medico-di-fiducia-ovunque-tu-sia/

Remida, il centro di riciclaggio creativo. (n.d.). Remida. https://www.remida.org/

Remida—Centro di riuso creativo. (n.d.). ITER – Istituzione Torinese per una Educazione Responsabile. http://www.comune.torino.it/iter/centri/remida-centro-di-riuso-creativo/

Tavole allegre. (n.d.). *Fondazione Compagnia di San Paolo*. https://www.compagniadisanpaolo.it/it/progetti/tavole-allegre/

Tavole Allegre: Pubblicati i risultati del progetto. (2020). *Fondazione Compagnia di San Paolo*. https://www.compagniadisanpaolo.it/it/news/tavole-allegre-pubblicati-i-risultati-del-progetto/

Un Sorriso in Più—Anziani. (n.d.). Un Sorriso in Più. https://www.unsorrisoinpiu.it/anziani/

Un Sorriso in Più—Chi siamo. (n.d.). Un Sorriso in Più. https://www.unsorrisoinpiu.it/chi-siamo/

UNGUESS e Lami per rendere le cure mediche più accessibili. (2023, febbraio 15). *Altraeta*. https://altraeta.it/unguess-al-fianco-di-lami-per-rendere-le-cure-mediche-piu-accessibili-a-tutti/

Capitolo 8

Agenas. (2023). *Linee di indirizzo Infermiere di Famiglia o Comunità*. https://www.agenas.gov.it/images/2023/primo-piano/infermieri/Documento_Tecnico_Linee_di_Indirizzo_IFoC_-_def.pdf

Che cos'è FHIR di HL7? (n.d.). TIBCO Software. https://www.tibco.com/it/reference-center/what-is-hl7-fhir

Confindustria Digitale & Anitec-Assinform. (2022). *Il digitale in Italia 2022: Mercati, Dinamiche, Policy*. http://www.csspd.it/download/ALLEGATI_CONTENUTI/il_digitale_in_italia_2022.pdf

FHIR—Risorse di interoperabilità sanitaria rapida. (n.d.). Centro risorse eCQI. https://ecqi.healthit.gov/fhir

Galfione, P. (2021). *Interoperabilità: Il Sacro Graal del settore sanitario*. https://www.healthcare-digitale.it/interoperabilita-settore-sanitario/

Manifest IG FHIR HL7 Italia. (2023). Confluence. https://confluence.hl7.org/display/HI/IG+FHIR+HL7+Italia?preview=/156535910/156535914/IG%20FHIR%20Italia.pdf

Ministero della Salute & Regione Piemonte. (2022). *Contratto istituzionale di sviluppo per l'esecuzione e la realizzazione degli investimenti a regia realizzati dalle Regioni e Province autonome (PP./AA.)*. https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3240_12_alleg.pdf

Tobruk, D. (2022, gennaio 4). *Infermiere di famiglia e di comunità: Chi è, cosa fa e come diventarlo*. https://www.dimensioneinfermiere.it/infermiere-di-famiglia-comunita/

Immagini e icone

immagine 2.1 **|** *Foto di Clay Banks su Unsplash*. (2020, marzo 21). https://unsplash.com/it/foto/persona-in-guanti-blu-e-jeans-blu-denim-cEzMOp5FtV4

immagine 2.2 **|** Vandenbroeck, T., & Braes, P. (2020). *Integrated Community Care 4all Sette principi di riferimento per la cura Documento Strategico per il futuro della ICC*. https://transform-integratedcommunitycare.com/wp-content/uploads/2021/03/ICC4All-Strategy_IT.pdf

immagine 2.3 **|** *Foto di SHVETS production su Pexels*. (2021). https://www.pexels.com/it-it/foto/coppia-amore-fuori-tenendosi-per-mano-8972265/

immagine 4.1 **|** *Foto di Ardit Mbrati su Pexels*. (2022). https://www.pexels.com/it-it/foto/panchina-persone-strada-camminando-11965325/

immagine 4.2 **|** *Foto di jcomp su Freepik*. (n.d.). https://it.freepik.com/foto-gratuito/controllo-sanitario-anziano-con-giovane-infermiera_

immagine 4.3 **|** *Foto di Tima Miroshnichenko su Pexels*. (2021). https://www.pexels.com/it-it/foto/uomo-seduto-medicina-divano-8376299/

immagine 4.4 **|** *Pnrr, il testo completo del Piano nazionale*. (2021). https://inno3.it/2021/06/28/pnrr-il-testo-completo-del-piano-nazionale/

immagine 5.1 **|** *Foto di Ashkan Forouzani su Unsplash*. (2020). https://unsplash.com/it/foto/persona-in-jeans-blu-denim-con-lucchetto-in-metallo-grigio-e-nero-ignxm3E1Rg4

immagine 5.2 **|** *Foto di National Cancer Institute su Unsplash*. (2020). https://unsplash.com/it/foto/persona-che-indossa-la-fede-nuziale-doro-BxXgTQEw1M4

immagine 5.3 **|** *Foto di JC Gellidon su Unsplash*. (2019). https://unsplash.com/it/foto/medico-che-esegue-loperazione-9Eb-bpTXglM

immagine 5.4 **|** *Foto di Haley Lawrence su Unsplash*. (2018). https://unsplash.com/it/foto/lotto-di-flacone-da-prescrizione-arancione-HTttz00wkzU

immagine 5.5 **|** *Non chiamatelo inceneritore!* (2015). https://www.amolachimica.it/inceneritore-termovalorizzatore-torino/

immagine 5.6 **|** *Ecoeridania S.P.A.* (n.d.). https://gruppoecoeridania.com/contatti/

immagine 5.7 **|** *Foto di Marcin Jozwiak su Unsplash*. (2020). https://unsplash.com/it/foto/fumo-bianco-proveniente-dalledificio-T-eDxGcn-Ok

immagine 6.1 **|** *Foto di SHVETS production su Pexels*. (2021). https://www.pexels.com/it-it/foto/coppia-amore-fuori-tenendosi-per-mano-8972265/

immagine 6.2 **|** *Cardiologia della terza età*. (n.d.). https://www.cmdcentromedico.it/servizi-per-privati/terza-eta/cardiologia-della-terza-eta/

immagine 6.3 **|** *Foto di Alex Green su Pexels*. (2020). https://www.pexels.com/it-it/foto/ritaglia-il-cliente-etnico-che-discute-dei-problemi-con-uno-psicologo-anonimo-5699431/

immagine 6.4 **|** *Foto di Kampus Production su Pexels*. (2021). https://www.pexels.com/it-it/foto/uomo-persona-smartphone-cellulare-6667751/

immagine 6.5 **|** *Foto di National Cancer Institute su Unsplash*. (2019). https://unsplash.com/it/foto/persona-che-si-siede-mentre-utilizza-il-computer-portatile-e-lo-stetoscopio-verde-vicino-NFvdKIhxYlU

immagine 6.6 **|** *Foto di Mikhail Nilov su Pexels*. (2021). https://www.pexels.com/it-it/foto/abito-mano-segno-penna-8730986/

immagine 6.7 **|** *Foto di Alfonso Navarro su Unsplash*. (2018). https://unsplash.com/it/foto/lotto-di-scatole-assortite-su-pallet-di-legno-marrone-qph7tJfcDys

immagine 7.1 **|** *Essere Anziani consiglia*. (n.d.). https://www.casanelparco.it/eamconsiglia/

immagine 7.2 **|** *Tavole allegre*. (n.d.). https://www.compagniadisanpaolo.it/it/progetti/tavole-allegre/

immagine 7.3 **|** *Foto di Simone Giancristofaro*. (2020). https://milano.fanpage.it/milano-anziani-e-giovani-diventano-coinquilini-grazie-al-progetto-prendi-in-casa-uno-studente/

immagine 7.4 **|** *L'app di «dating» tra nonni e nipoti*. (n.d.). https://www.milanotoday.it/attualita/nonni-nipoti-uaf-app.html

immagine 7.5 **|** *Da Nhooders a nipoti di Babbo Natale*. (2022). https://nhood.it/quinto-articolo-del-blog/

immagine 7.6 **|** *Progetto: Palestra di vita. (n.d.). https://www.casadiriposobeinette.com/sito/dettaglio.php?id_notizia=21*

immagine 7.7 **|** *Fuori dalla tempesta*. (2021). https://www.parkinzone.org/wp/fuori-dalla-tempesta/

immagine 7.8 **|** *International Buurtzorg Experience | Neighbourhood Care*. (n.d.). https://nhcare.com.au/operating-model/international-buurtzorg-experience/

immagine 7.9 **|** *Terapista occupazionale a distanza—Blog di PrivatAssistenza*. (n.d.). https://www.privatassistenza.it/blog/terapista-occupazionale-a-distanza/

immagine 7.10 **|** *Lami: Visite mediche, videoconsulti online e assistenza domiciliare*. (n.d.). https://www.lamimed.it/

immagine 7.11 **|** *Help to Care app*. (n.d.). https://www.dgt.nhs.uk/services/a-z-services/ageing-and-health/help-care-app

immagine 7.12 **|** *Easy Hospital*. (n.d.). https://salute.regione.emilia-romagna.it/easy-hospital

immagine 7.13 **|** *Foto de MART PRODUCTION en Pexels*. (2021). https://www.pexels.com/es-es/foto/persona-ordenador-portatil-ordenador-mayor-7329674/

immagine 7.14 **|** *Open-es | Imprese, Procurement e Banche insieme per la sostenibilità*. (n.d.). https://www.openes.io/it/hub-sviluppo

immagine 7.15 **|** *Magazzino dei Materiali*. (n.d.). http://www.comune.torino.it/iter/centri/remida-centro-di-riuso-creativo/tessera-associativa/

immagine 7.16 **|** *Excess Materials Exchange*. (n.d.). https://solarimpulse.com/files/solutionrewrites/picture_3/2020-08-07-135031/Excess-Materials-Exchange-EME.png

icone **|** progettate da Freepik, recuperate su Flaticon. *https://www.flaticon.com/*

Ringraziamenti

Questo lungo percorso complesso e straordinario è giunto al termine e non posso che ringraziare chi mi ha fatto stare bene anche nei giorni più impegnativi.

Prima di tutto però voglio ringraziare me per il coraggio con cui mi sono allontanata da casa a 1000 chilometri di distanza, per la determinazione con cui ho fatto ogni giorno del mio meglio, e per la curiosità e la precisione che mi ha lasciato vivere tutto questo fino in fondo con importanti scoperte su di me.

Grazie a relatrice e correlatrici per gli insegnamenti, le osservazioni, la pazienza e la comprensione in tutti questi mesi di revisioni, ricerche e confronti che mi hanno fatto crescere davvero tanto.

Grazie ai dottori dell'ASL per la partecipazione e l'interesse, per le delucidazioni, le riflessioni e i suggerimenti. È stato un piacere per me condividere questa ricerca insieme.

Grazie mamma per essere da sempre la mia prima sostenitrice, ci sei stata dalla prima partenza per Torino, a tutte le video-chiamate anche ad orari improponibili per aggiornarci, confidarci e farci compagnia, e soprattutto durante le nottate più disperate, in cui con tanta pazienza mi hai dato il buon esempio. Grazie per l'infinito ascolto e conforto, per gli aiuti pratici e le foto buffe modificate per incoraggiarmi, per la calma, la forza di volontà e l'energia che mi dai ogni giorno.

Grazie papà per la fiducia che mi hai sempre dato, e per il tuo supporto silenzioso mentre mi guardi da lontano entrare in aeroporto allontanandomi e per tutte le volte in cui mi hai chiesto "Ma non basta studiare? Esci un po', che stai a fare là", grazie per le video-chiamate tutorial dove mi hai trasformato nella tutto fare della casa come solo tu sai fare.

Grazie Auri per tutta la comprensione che hai avuto per me perché più di chiunque altro hai capito i miei tempi senza farmene una colpa né darmi fretta. Grazie per tutte le volte che hai provato a capire cosa faccio ogni giorno dietro a questo PC, provandolo a spiegare in modo simpatico. Grazie per la pazienza che hai avuto negli ultimi mesi in cui sono tornata a casa nel ripristinare e incrociare i nostri spazi e per tutte le volte che hai dovuto occuparti di qualcosa al posto mio. Grazie per tutti gli abbracci, per la tua compagnia, per la gioia del tuo sorrisino e per tutte le risate spontanee che mi hanno fatto divertire anche in quelle poche chiamate con cui cercavo di sentirti più vicina.

Grazie nonna per il tempo che mi dedichi nell'ascoltare tutte le conquiste e preoccupazioni, trasmettendomi coraggio e dedizione con una semplicità che ammiro tanto. Grazie per tutti i biscotti che mi hai spedito e per i pranzi abbondanti deliziosi, per la tua risata inconfondibile e per quelle che ci fai fare con la tua comicità. Ma soprattutto grazie per il dono più grande e inestimabile: il tuo amore e la pazienza per ognuno di noi. Sei la migliore.

Grazie nonno che con il cibo mi hai sempre dimostrato il tuo amore, per le storie e le battute divertenti semplicemente per l'orgoglio che dimostri nel raccontarle, per le partite a carte dove hai sempre vinto, per le chiamate veloci e per il tuo velocissimo "io tutto bene grazie, ti passo la nonna, ciao bella". Sei fantastico.

Grazie zia Rosanna per la fiducia e la stima che riponi in me, per tutti i "buongiorno" e le chiamate liberatorie, per quella tua carica travolgente, per i consigli contro l'ansia, per tutte quelle volte che ci siamo aiutate, per le ricette facili e veloci. Grazie a te e allo zio Vito per le passeggiate, le giornate spensierate, gli abbracci e le risate.

Grazie zia Vittoria e zio Andrea per tutte le chiamate che mi hanno fatto compagnia, facendomi sentire vicina a voi più del solito. Mi avete dato gioia e serenità grazie ai tanti aneddoti divertenti, i consigli per la casa e la prudenza di cui mi avete sempre raccomandato.

Grazie a tutti gli altri zii, cugini e amici, dai più buffi ai più dolci, che hanno sempre dimostrato vicinanza e fiducia augurandomi una buona giornata e facendomi il terzo grado durante i miei rientri.

Grazie Putignano per essere la mia casa più accogliente, di cui ho sentito la mancanza per mesi con tutti gli affetti e le abitudini, per poi recuperare tutta la felicità e la tranquillità ad ogni mio rientro, come se non fosse mai cambiato nulla.

Grazie Anto per essere stata la mia compagna di viaggio in questo carico di emozioni, ci siamo buttate insieme in questa esperienza e ne siamo uscite non solo da ottime amiche ma anche delle perfette coinquiline. Grazie per essere stata più del solito il mio punto di riferimento in tutte le splendide giornate insieme, dai risvegli più traumatici e divertenti, alle notti in cui con tanta calma hai sopportato la luce e le ventole del PC e il ticchettio del mouse. Ma grazie soprattutto per il supporto che mi ha risollevato dalle mie indecisioni e paranoie, per le pause dallo studio con gli spuntini e i racconti di qualunque cosa ci venisse in mente, per tutte le risate improvvise per le marachelle e i danni fatti da una delle due, per tutte le abitudini che abbiamo condiviso e creato dentro e fuori casa, su e giù per l'Italia, che non dimenticherò mai.

Grazie Ale per la tua amicizia storica e per ciò che ci lega da anni ormai. Grazie per tutte le volte in cui sei riuscita ad annullare le distanze con la chat aggiornata ogni giorno con dei nuovi messaggi senza mai una fine, forse solo per quelle volte in cui finalmente dopo mesi potevamo abbracciarci, sfotterci e passare ore a chiacchierare del più e del meno. Grazie per il sostegno, gli incoraggiamenti e i consigli dopo tutti gli audio di sfogo, spiegazioni e racconti reciproci, così abbiamo imparato ancora di più a conoscerci e a crescere insieme.

Grazie Alessia Leone e Francesco per le riunioni dopo mesi in cui al mare, in una pizzeria, oppure davanti a un dolce o del sushi abbiamo trascorso del tempo insieme serenamente, ripercorrendo i vecchi tempi con un pensiero anche al nostro futuro.

Grazie Franci e Fede per essere state delle fantastiche coinquiline, per tutte le abitudini che ci siamo costruite insieme, dalle pulizie con la musica altissima, soprattutto post Sanremo, ai pasti cucinati con tanta cura nonostante le peripezie in quel mini spazio. Grazie per tutte le ore passate ad ascoltarci a vicenda dopo lunghe giornate fuori casa, per i pizzicotti da micine, per i semplici silenzi di comprensione, i consigli più utili e gli sfoghi liberatori. Grazie per tutte le tisanine, le uscite al Parco del Valentino con il primo sole e anche con la neve, per i pancake subito dopo, le infinite pizze, panzerotti e panini gustati insieme con in sottofondo qualche episodio. Grazie per la compagnia in cucina quando si creava un doposcuola da cui ho imparato tanto dei vostri studi, per la fiducia nei miei confronti quando mi avete chiesto aiuto, per la curiosità e la stima che mi avete dimostrato e per l'amicizia che ci porteremo.

Grazie a tutti gli amici che si dice io abbia rubato ma ne vado fiera perchè così ho scoperto delle belle persone con cui ho condiviso le avventure più spensierate. Grazie Valentina e Laura per tutte le volte in cui da imbucata mi avete resa partecipe, condividendo film, cenette e passeggiate e sopportando i miei ritardi. Grazie Cosma, Gabriele e Marica con cui mi sono sentita da subito a mio agio nei discorsi e nelle amate partite ai giochi da tavolo anche a notte fonda.

Grazie Laura per essere la perfetta ascoltatrice sia come collega che come amica, per gli insegnamenti e i consigli preziosi per ogni situazione, per la tua infinita disponibilità e pazienza, per l'impegno che trasmetti di migliorarsi poco alla volta, per tutte le uscite rigeneranti, i commenti delle serie TV che mi consigli, le giornate in biblioteca e nel parco lì fuori, per i lunghi discorsi che mi fanno stare bene.

Grazie Fabi per tutto l'affetto nelle parole, negli occhi e negli abbracci, per le chiamate improvvise, il ritardo condiviso, le chiacchiere, le colazioni, il conforto reciproco, i balletti sciocchi, i tuzzi e le risate contagiose, per la tua attenzione nonostante i pensieri e gli impegni che ti incasinano e dimostrano però la tua gentilezza, speranza e coraggio che ammiro dal primo giorno.

Grazie Sarah per la tua semplicità e determinazione, simpatia e positività, per i tuoi sorrisi rassicuranti, la compagnia in ogni tragitto insieme sull'amato e odiato bus 8, le follie in metro e al parco, le chiacchierate spensierate, i pomeriggi e le nottate insieme a studiare e poi festeggiare, restando a piedi senza più mezzi.

Grazie Tina per la pazienza verso i miei ritardi e la mia confusione, per la curiosità che hai fatto crescere in me condividendo la tua conoscenza trasversale che ammiro molto, con i suggerimenti giusti per ogni circostanza e le chicche più adorabili del web, per l'ospitalità a casa anche quando abbiamo invaso la tua cucina per settimane, per gli aperitivi e i film, per l'amicizia silenziosa che ci ha unito con il tempo.

Grazie Sofi, la migliore del mundo mundial, per essere una bravissima insegnante e allieva, per tutto ciò che abbiamo scoperto a vicenda dell'Italia e della Colombia, per le parole inventate, le risate, i giochini a lezione e l'ascolto soprattutto nei momenti in cui ci siamo incontrate da sole. Grazie per le confessioni, la tenerezza a ogni saluto e bisogno, l'essere solare e di un'energia contagiosa.

Grazie Vale, amica dolce, leale e silenziosa, per gli abbracci da gigante buono, per i tuoi sorrisi e le facce buffe che ora ti copio quando sono perplessa, per la tua semplicità e spontaneità che adoro, per il tuo amore per la musica ma non per i karaoke come me, per gli sticker più belli e gli spuntini a qualsiasi ora, soprattutto barrette e mandarini.

Grazie Leo per l'attenzione con cui riesci a mettere a proprio agio chiunque con naturalezza, per l'ironia, i gossip e il cibo che hanno alleviato il nostro studio, per le passioni e le informazioni condivise quotidianamente con tutti noi dalle piantine ai cocktail.

Grazie Ruggero per essere così limpido e critico in senso positivo con tutte le curiosità annesse, per la vicinanza dimostrata e la voglia di recuperare appena possibile alcuni momenti con noi anche solo il tempo di un gelato veloce, e per i momenti epici vissuti da ricordare.

Grazie Giusy per avermi insegnato che 24 ore in una giornata non sono mai poche per fare un mondo di attività diverse, per avermi dimostrato che si può essere molto altruisti e voler bene a sé allo stesso tempo, per la tua playlist pazza, i viaggi in auto e la focaccia pronta per ogni occasione.

Grazie Luisa per i momenti insieme, i pranzi e le cene a casa vostra, i caffè al volo al bar, per tutte le volte che hai preso la parola per i tuoi compagni, per aver fatto incontrare tutti noi in questo gruppo di Puffafferi.

Grazie Giulia e Jingwen per quel poco che ho potuto condividere con voi, per le chiacchiere occasionali in bus, a lezione e durante gli aperitivi, e per il vostro esempio di professionalità e dedizione.

Grazie Torino per avermi accolta, sei molto meglio di ciò che mi aspettassi, per la particolarità che ho apprezzato ad ogni angolo e per la ricchezza e serenità di ciò che offri. Grazie per aver contribuito ai miei cambiamenti su autonomia e responsabilità e soprattutto per avermi fatto incontrare delle persone stupende, ma anche riconfermare i miei affetti più lontani. Spero di poter continuare a sentire tutti vicini qualunque futuro mi aspetti, grazie vi voglio bene.

Politecnico di Torino

Corso di Laurea Magistrale in **Design Sistemico** | Politecnico di Torino
Anno Accademico 2023/2024

Progetto di tesi a cura di **Maira Campanella**
Con la supervisione di **Amina Pereno, Silvia Barbero, Wen Lu**

Documento depositato su Webthesis, archivio elettronico delle tesi di laurea magistrale del Politecnico di Torino

Licenza Creative Commons Attribution Non-commercial No Derivatives