



Consorzio Socioassistenziale
Alba-Langhe-Roero

TALENTI LATENTI: GOVERNANCE PER LA SALUTE DELLA COMUNITA'

10/02/2022

SOMMARIO

PREMESSA.....	2
OGGETTO	2
• DESCRIZIONE E CONTESTO DEL PROGETTO	2
• AMBITO DEL PROGETTO	5
MACRO OBIETTIVI.....	7
STAKEHOLDER (PORTATORI DI INTERESSE)	9
AZIONI.....	10
• ATTIVITÀ PREVISTE	12
QUADRO FINANZIARIO	15
PIANO TEMPORALE.....	16
BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA	17

PREMESSA

Soggetto	Ruolo	Tipologia
ASL CN2	CAPOFILA	Pubblico
Consorzio Socioassistenziale Alba, Langhe e Roero	PARTNER	Pubblico
Convenzione per la gestione associata dei servizi socioassistenziali ambito di Bra	PARTNER	Pubblico
Percorsi di secondo welfare Soc. Coop. Impresa Sociale	PARTNER	Pubblico-privato

OGGETTO

L'ASL CN2 in partnership con i due consorzi socioassistenziali del suo territorio di competenza e la cooperativa sociale Percorsi di secondo welfare, (nell'ottica di procedere al termine della pandemia) intende riprendere l'ambizioso lavoro avviato negli anni 2017-2019 attraverso il progetto Talenti Latenti. Il progetto, sostenuto attraverso il bando Cantiere Nuovo Welfare dalla Fondazione CRC, ha permesso alla partnership di costruire un proficuo lavoro di rete sul proprio territorio attraverso il coinvolgimento di attori non convenzionali per la diffusione di conoscenze, competenze e strumenti a favore della salute della popolazione. Target di riferimento che nelle attività e azioni messe in campo dalla progettualità vestiva sia i panni di dipendente, che di studente, di professionista, amministratore e molti altri.

Dopo essere stato premiato come Buona Pratica dal Dors, il progetto Talenti Latenti è stato anche il protagonista di un lavoro con cui l'ASL CN2 ha partecipato alla call for abstract del 33° Congresso internazionale ICOH 2022, che si è tenuto dal 6 al 10 febbraio e il cui tema era "Sharing solutions in occupational health through and beyond the pandemic". L'abstract in questione, il cui titolo è "Talenti Latenti: a network for community welfare", è stato selezionato come meritevole di far parte del supplemento di Sicurezza e Salute sul Lavoro, pubblicato nella rivista Elsevier sotto forma di e-poster al topic "EDUCATION AND TRAINING IN OCCUPATIONAL HEALTH".

• DESCRIZIONE E CONTESTO DEL PROGETTO

Secondo l'ultimo rapporto dell'OCSE, l'Italia è attualmente il quarto Paese per **aspettativa di vita** alla nascita dopo Giappone, Spagna e Svizzera. In Italia si vive in media fino a 82,6 anni, circa 10 anni in più rispetto all'aspettativa di vita negli anni '70.¹ Se invece della "speranza di vita" semplice, consideriamo la **speranza di vita "senza limitazioni"**, la posizione dell'Italia nelle graduatorie internazionali cambia

¹ OECD(2017), *Health at a Glance 2017*

notevolmente: solo **in Europa, scende al 15° posto**². Ciò è da imputarsi in buona parte alla diffusione delle **malattie croniche** (tra cui malattie cardiovascolari, respiratorie, tumori, diabete) che colpiscono ad oggi circa **il 39,1% della popolazione e l'85,3% degli ultra 75enni**.

L'ultimo rapporto OMS sulla salute in Europa afferma che gli indicatori principali di salute, come mortalità e mortalità infantile, continuano a migliorare, ma che persistono ancora delle differenze significative tra i diversi Stati europei. Gli obiettivi della strategia Health 2020, adottata dal Comitato Regionale per l'Europa OMS nel 2012, mirano a ridurre i gap tra i determinanti di salute dei 53 stati della Regione Europea attraverso il supporto alle azioni di governi e società per migliorare significativamente la salute e il benessere delle popolazioni, ridurre le disuguaglianze, rafforzare la sanità pubblica, garantire sistemi sanitari accentrati sui bisogni dell'individuo che siano universali, equi, sostenibili, e di alta qualità.

A tal fine sono stati individuati due obiettivi principali che risultano fondamentali:

- Migliorare la salute e ridurre le iniquità sociali;
- Rafforzare la leadership e la **governance partecipativa per la salute**.

L'Istat ha avviato uno studio longitudinale a partire dai dati del censimento del 2011, nell'ambito del quale sono state misurate le disuguaglianze nell'aspettativa di vita e nella mortalità causa-specifica, per livello di istruzione: i meno istruiti sopravvivono di meno dei più istruiti sia al Nord sia al Sud, a dimostrazione che la povertà individuale di risorse e competenze – di cui il basso titolo di studio è un indicatore – compromette la salute, indipendentemente dalla ripartizione geografica.

Le condizioni patologiche con un maggiore eccesso di mortalità tra le persone di bassa istruzione risultano essere quelle correlate ai comportamenti a rischio (ad esempio, AIDS, epatiti/cirrosi) e al diabete, al disagio sociale (ad es. quello derivante da disturbi mentali), alle peggiori condizioni di sicurezza (ad es. incidenti), alla maggiore esposizione allo stress cronico (ad es. malattie circolatorie), a maggiori rischi ambientali e da lavoro (come le malattie respiratorie e i tumori). Vengono inoltre rilevati, a carico dei soggetti a più bassa istruzione, un minore accesso alle cure appropriate e una maggiore vulnerabilità alle conseguenze sociali dell'esperienza di malattia.

La rete protettiva della famiglia rappresenta ancora un punto di forza della realtà sociale italiana, in quanto riesce a compensare eventuali carenze di servizi, soprattutto nell'assistenza agli anziani e alle persone disabili. È però evidente che sia la corretta alimentazione, sia la rete familiare sono patrimoni che stanno subendo un netto deterioramento. Ad esempio, la rilevante quota di soggetti obesi e/o in sovrappeso (oltre il 34% nel territorio di competenza³) segnala un cambiamento delle abitudini alimentari, e la gravosa situazione delle famiglie in cui sono presenti persone disabili ne sono la testimonianza.

Vi è il timore che le disuguaglianze di salute possano essersi accentuate a causa della crisi economico-finanziaria, e che il welfare e la sanità non siano stati in grado di moderarne gli effetti.

² Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane (2017) "Rapporto Osservasalute 2017. Stato di salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane"

³ Dal Bollettino epidemiologico ASLCN2 del 2020, dato dell'indagine ottenuta dal progetto PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia) 2017-2020

Il punto di partenza di un modello di assistenza territoriale integrata è rappresentato dalla stratificazione sociale. Si tratta di un insieme di processi economici, sociali e culturali che portano a una distribuzione disuguale dei più importanti fattori che permettono a una persona di avere una maggiore capacità di autodeterminazione: quelli che i documenti di indirizzo internazionali chiamano i **“determinanti sociali di salute”**. Questi determinanti sono riconducibili in particolare alle risorse materiali, quali il reddito, al prestigio come lo status sociale e ai legami familiari e sociali.

I determinanti sociali rimandano alla responsabilità delle politiche non sanitarie, quelle tese da un lato a creare pari opportunità di partenza e dall'altro ad aumentare le risorse e le capacità delle persone con minori mezzi a disposizione o a compensarne le fragilità, e infine quelle finalizzate a migliorare la qualità e la sostenibilità degli ambienti di vita e di lavoro.

I meccanismi di generazione delle disuguaglianze nell'esposizione ai fattori di rischio e nella prevenzione portano a un coinvolgimento **più diretto di tutti gli attori, sanitari e non sanitari**, in merito alle responsabilità **di promozione degli stili di vita, di prevenzione ambientale e nei luoghi di lavoro.**

Nel nostro Paese, a parità di età, molti degli stili di vita malsani sono in genere più frequenti tra i meno istruiti. Solo il 13% delle persone con alta istruzione fuma, percentuale che sale al 22% tra coloro che hanno frequentato al massimo la scuola dell'obbligo. Analogamente, solo il 7% di chi ha un titolo di studio elevato è obeso e il 52% è sedentario, contro il 14% e il 72% rispettivamente tra i meno istruiti. Lo stesso può dirsi del consumo inadeguato di frutta e verdura, ossia al di sotto delle 3 porzioni giornaliere, soglia non raggiunta dal 41% dei più istruiti, a fronte del 58% dei meno istruiti. Solo per l'abuso di alcol non sembrerebbe evidenziarsi una differenza statisticamente significativa tra i diversi livelli di studio (5,5% per l'alto e 7,3% per il basso).

Un esempio virtuoso di prevenzione orientata all'equità è rappresentato dagli interventi proattivi di screening per i tumori della mammella, del collo dell'utero e del colon-retto. È noto che le donne meno istruite, o con maggiori difficoltà economiche, oppure straniere, si sottopongono meno frequentemente allo screening cervicale o mammografico. Dati recenti dimostrano, però, che questo svantaggio sociale nell'adesione è meno accentuato tra le donne a cui viene offerto un programma organizzato con “invito attivo”. È stato anche dimostrato che, nel caso del tumore della mammella, l'introduzione del programma di screening è in grado di azzerare le differenze di sopravvivenza per livello socio-economico presenti al momento dell'attivazione.

Un altro caso in cui sarebbe necessaria un'offerta proattiva e personalizzata di misure preventive è costituito dal **counselling sanitario**. Tale strumento di provata efficacia per aiutare a cambiare i comportamenti insalubri è ancora poco utilizzato e affidato alla buona volontà e professionalità degli operatori sanitari. *Solo un fumatore su due, ad esempio, riferisce di aver ricevuto il consiglio di smettere di fumare, una persona su due in eccesso ponderale riferisce di aver ricevuto l'indicazione di perdere peso, appena il 30% degli assistiti riceve il consiglio di praticare attività fisica e solo il 6% dei consumatori di alcol a maggior rischio riferisce di aver ricevuto il consiglio di bere meno.*

Il counselling sanitario, primariamente rivolto alle persone con patologie croniche o con comportamenti a elevato rischio (forti fumatori, persone obese, forti consumatori di alcol), viene ancora oggi prevalentemente utilizzato per il contenimento del danno più che come strumento di prevenzione primaria, e non è mediato dalle caratteristiche sociali dell'assistito, sebbene fra i gruppi socialmente più svantaggiati ci sia una maggiore prevalenza di comportamenti insalubri.

In questo quadro, l'invecchiamento della popolazione può contribuire ad aggravare la situazione, in quanto cambia il profilo dei bisogni di salute; fenomeno che si lega inoltre alla non autosufficienza, problema cruciale per la sanità pubblica, anche in termini di equità.

L'incremento delle malattie croniche è correlato all'invecchiamento della popolazione, tuttavia non è causato solo da questo fattore, ma anche e soprattutto dall'aumento dei determinanti sociali di cui sopra, quali la solitudine e l'isolamento delle persone, i problemi economici che aumentano la fascia grigia della popolazione, in quanto aspetti che aumentano il fenomeno della fragilità delle persone di tutte le fasce di età.

• **AMBITO DEL PROGETTO**

L'attuale società è ancora troppo polarizzata su un immaginario collettivo sanitario centrato sugli ospedali che rispondono prevalentemente ai bisogni, peraltro puramente clinici, di una parte della popolazione, quella affetta da patologie acute e traumi o riacutizzazione delle malattie croniche e ambiti di emergenza. La pandemia degli ultimi due anni ha aiutato in parte a soppiantare questa visione dando contemporaneamente evidenza di quanto l'ospedale debba essere incaricato prettamente alle patologie acute e di emergenza, e di quanto la medicina del territorio vada potenziata e organizzata. Contestualmente, il periodo emergenziale ha sottolineato la necessità di ricentrarsi su obiettivi molto più vicini ai bisogni di una popolazione più vasta, ricostruendo tessuti di solidarietà, sviluppando il concetto di sussidiarietà circolare, allargando la governance e la progettualità dei soggetti del terzo settore, dell'associazionismo, della cooperazione sociale, l'auto-aiuto e le risorse delle famiglie in un contesto di sviluppo del welfare locale, municipale e comunitario.

Un welfare così strutturato ha il compito di incorporare il protagonismo e le risorse degli utenti, delle reti e dei legami sociali e di comunità.

Le necessità sono quindi cambiate rispetto al passato, facendo emergere nuovi bisogni che si vanno a differenziare, richiedendo una riorganizzazione dell'offerta e dei paradigmi di riferimento.

Spesso i servizi non riescono a cambiare alla stessa velocità della domanda e il rischio di non riuscire a stare al passo con i cambiamenti socio-demografici ed epidemiologici e di lasciare insoddisfatti dei diritti/bisogni della popolazione, offre spazio a perplessità e questioni irrisolte.

PER QUESTO MOTIVO L'ASLCN2 VUOLE PORSI COME LABORATORIO DI WELFARE LOCALE PARTECIPATIVO PER LA CREAZIONE DI UN ECOSISTEMA INNOVATIVO PER GENERARE, ATTRAVERSO MECCANISMI DI CO-PROGETTAZIONE, NUOVE ED EFFICACI RISPOSTE IN TERMINI DI SALUTE.

VERSO UNA DEFINIZIONE DI "SALUTE COLLABORATIVA" :

Il termine Salute Collaborativa – come leggiamo nel lavoro di Nesta Italia – vuole significare l'idea di un approccio in cui le persone, prima di ogni altra cosa, sono la risorsa centrale che permette di risolvere le sfide della salute e del welfare. Il concetto di salute collaborativa è strettamente legato anche a quello

di **empowerment**⁴. La **promozione della Salute Collaborativa**⁵ comporta una serie di sfide a livello sia di policy che operativo, che richiedono una riflessione più approfondita tra gli stakeholder interessati. È importante precisare che lo sviluppo del concetto di Salute Collaborativa NON intende sostituire né soppiantare il sistema socio-sanitario formale, né ridurre le responsabilità delle istituzioni pubbliche preposte alla tutela della salute individuale e collettiva: al contrario si pone in modo sinergico e complementare, mirando all'integrazione e alla trasformazione dei servizi esistenti, tramite una nuova cultura utile al suo rafforzamento.⁶ La Salute Collaborativa richiede un salto di qualità nella condivisione e scambio delle informazioni tra diversi attori, un coordinamento delle iniziative dentro e fuori dal sistema sanitario e sociale, un lavoro di **sensibilizzazione e coinvolgimento delle persone e delle comunità**. Una sfida fondamentale, trasversale a tutti i livelli e agli attori coinvolti riguarda l'impiego delle nuove tecnologie, in particolare le tecnologie 4.0 che prospettano grandi potenzialità per la salute, ma richiedono una riflessione e un impegno più profondo per essere valorizzate come reali strumenti di empowerment.

In questo senso, la ricerca di Nesta Italia⁷ "la Cura che cambia" ha evidenziato la necessità di affiancare all'innovazione tecnica e tecnologica in atto anche il coinvolgimento attivo degli utenti e di tutti gli attori, per rendere le soluzioni tecnologiche pienamente usabili, efficaci e accessibili per garantire la loro integrazione e sostenibilità all'interno dei sistemi di welfare.

È anche necessario che le azioni di contrasto delle disuguaglianze di salute privilegino la centralità delle comunità locali, perché è questo il luogo dove tali criticità si manifestano e dove è possibile realizzare l'integrazione orizzontale delle politiche e costruire le alleanze e le capacità che generano equità.

Un'attenzione particolare deve essere rivolta alle aree decentrate e geograficamente lontane dai centri più grandi, e rendere più organico l'impegno della sanità sulle periferie e in un contesto di prossimità.

Il progetto vuole cogliere l'opportunità di utilizzare queste aree e i relativi investimenti come laboratori di innovazione organizzativa, importante per lo sviluppo di **un'assistenza territoriale di iniziativa**, che è fondamentale per ridurre le disuguaglianze, non solo quelle geografiche delle aree isolate, ma anche quelle individuali.

Il processo di innovazione organizzativa e professionale della nuova rete territoriale dell'assistenza primaria dovrà mettere anche l'equità come obiettivo nei PDTA delle malattie croniche, oggetto del nuovo Piano Nazionale Cronicità⁸. Quest'ultimo nel provvedere ad adattare le reti di offerta sanitaria territoriale potrebbe essere l'occasione per trasferire modelli di prossimità anche contando su nuove figure professionali che stanno prendendo forma in risposta ai nuovi bisogni dei più fragili, come l'infermiere di famiglia e di comunità o la farmacia dei servizi e della comunità o le imprese private che investono in welfare aziendale, o il terzo settore e il volontariato che ricoprono un ruolo determinante in questi territori. In questi ambiti l'ASLCN2 ha avuto modo di sperimentare da tempo, con successo, l'azione di rete con progetti come Sportelli (in) Salute Farmacie, Sportelli (in) Salute Associazioni di categoria e il progetto sostenuto da Fondazione CRC "Talenti Latenti".

⁴ Definito dall'Organizzazione Mondiale della Sanità come il coinvolgimento attivo del paziente nelle decisioni e azioni che riguardano la sua salute.

⁵ Con riferimento al contesto britannico tale concetto è stato precedentemente definito da Nesta UK come People-Powered Health.

⁶ La Cura che cambia – Nesta Italia

⁷ Nesta Italia è il nome operativo di Fondazione Innovazione Sociale per l'Italia (FISI), una fondazione indipendente senza finalità di lucro con sede legale a Torino. Nesta Italia nasce dalla collaborazione tra Nesta, fondazione globale con sede nel Regno Unito e Compagnia San Paolo. www.nestaitalia.org

⁸ Piano Nazionale Cronicità - Accordo tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano del 15 settembre 2016

Le condizioni croniche, infatti, necessitano di una gestione diversa, più quotidiana, e di una continua opera di prevenzione secondaria e terziaria che il sistema italiano – dotato di risorse limitate e storicamente più incentrato sulla cura e la gestione delle acuzie – si trova attualmente impreparato ad affrontare.

Il progetto **Talenti Latenti**, già sperimentato sul territorio dell'ASLCN2, può diventare **la base su cui investire maggiormente per la creazione di un modello concreto e operativo di “welfare generativo di comunità”**. Questi modelli, infatti, permettono di promuovere la prossimità e interventi capaci di far crescere, a fianco del lavoro specialistico dei servizi, la presenza di relazioni e forme di cooperazione attiva tra gli attori del territorio e tra i cittadini stessi, ma soprattutto rendono possibile il supporto di attori non convenzionali.

È essenziale, quindi, rafforzare la cooperazione tra il settore pubblico, quello privato e quello del privato sociale per un maggiore coinvolgimento dei cittadini e della società civile nelle scelte relative al loro benessere globale.

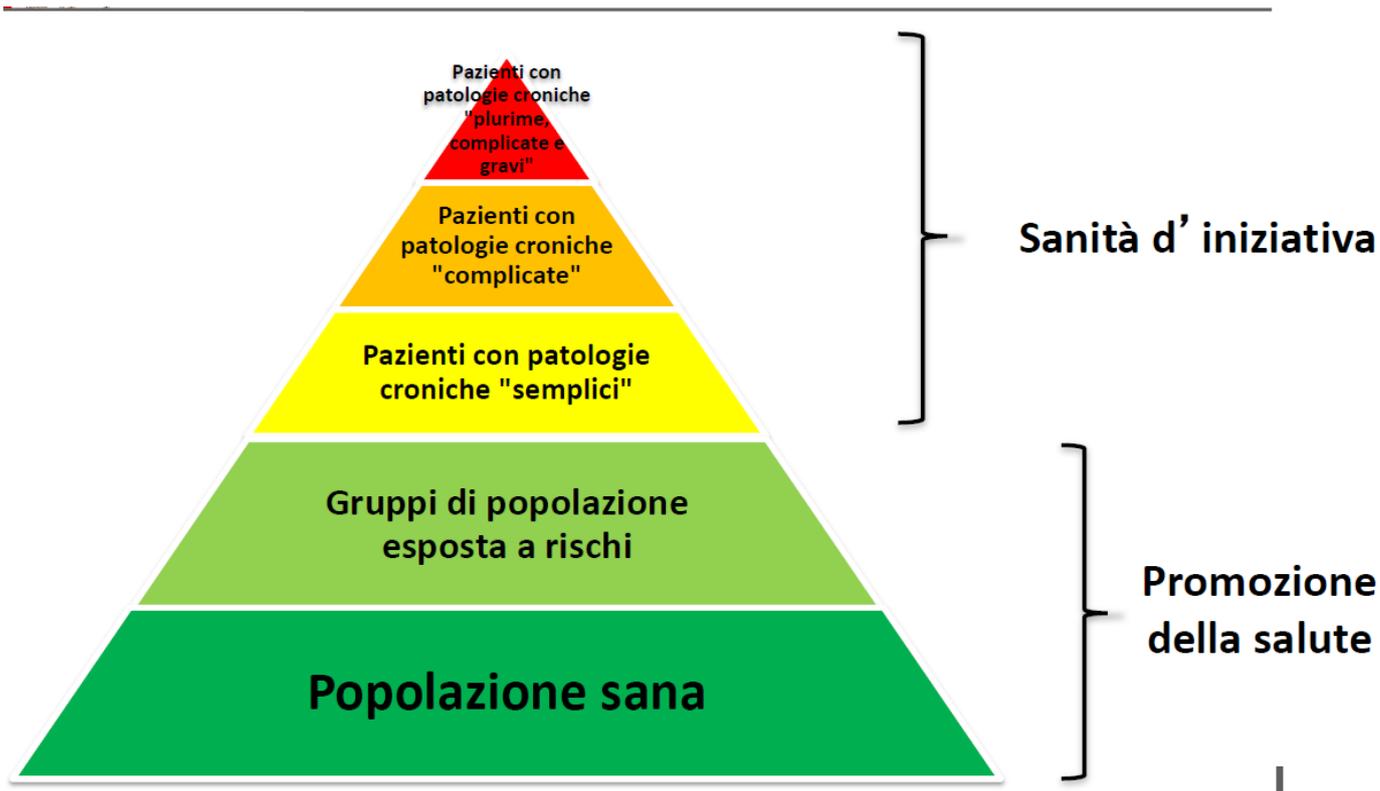
MACRO OBIETTIVI

È ormai ampiamente consolidato il consenso sul principio che la sfida alla cronicità è una “sfida di sistema”, che deve andare oltre i limiti delle diverse istituzioni, **superare i confini tra servizi sanitari e sociali**, promuovere l'integrazione tra differenti professionalità, attribuire una effettiva ed efficace “centralità” alla persona e al suo progetto di cura e di vita.

Per vincere la sfida contro queste “nuove epidemie” è necessario coinvolgere e responsabilizzare tutte le componenti, dalla persona con cronicità al “macrosistema-salute”, formato non solo dai servizi ma da tutti gli attori istituzionali e sociali che hanno influenza sulla salute delle comunità e dei singoli individui.

Per concretizzare e rendere operative azioni di sistema nell'ambito della salute a tutti i livelli **diventa determinante la creazione di un network dedicato al governo condiviso che investa nello sviluppo di comunità, nella qualità della vita delle persone e nelle pratiche di inclusione sociale nei territori, attraverso uno stretto collegamento tra soggetti pubblici e privati.**

II NETWORK È RAPPRESENTABILE E DENOMINABILE COME UN DISTRETTO LOCALE DI ECONOMIA DELLA SALUTE.



Un gruppo di ricercatori canadesi ha proposto una versione allargata “*expanded*” del *chronic care model*, dove gli aspetti clinici sono integrati da quelli di sanità pubblica, quali la prevenzione primaria collettiva e l’attenzione ai determinanti della salute, e gli outcomes non riguardano solo i pazienti, ma le comunità e l’intera popolazione.

MODIFICA DEGLI STILI DI VITA E CONTRASTO AI FATTORI DI RISCHIO

Le principali patologie croniche, in particolare malattie cardiovascolari, tumori, diabete mellito e malattie respiratorie croniche, condividono alcuni fattori di rischio comuni modificabili (fumo di tabacco, abuso di alcol, scarso consumo di frutta e verdura, sedentarietà) e alcuni cosiddetti fattori di rischio intermedi (ipercolesterolemia, ipertensione arteriosa, intolleranza ai carboidrati, sovrappeso/obesità). Questi fattori di rischio, da soli, sono responsabili del 60% della perdita di anni di vita in buona salute in Europa e in Italia.

Il contrasto ai fattori di rischio comuni modificabili passa **attraverso la modifica degli stili di vita della popolazione**, per ottenere la quale è **necessario il supporto di settori della società diversi da quello sanitario, che deve, comunque, mantenere il ruolo di promotore e coordinatore delle azioni.**

Tale approccio si realizza attraverso programmi di promozione di corretti stili di vita e ambienti favorevoli alla salute della popolazione attraverso **un approccio multi-componente** (trasversale ai determinanti di salute), **per ciclo di vita (*life-course*)**, **per setting** (scuole, ambienti di lavoro, comunità locali, servizio sanitario) e **intersectoriale** (politiche educative, sociali, di pianificazione urbana, dei

trasporti, dell'agricoltura, ecc.), con il coinvolgimento di tutti i diversi "portatori di interesse", dai responsabili politici alle comunità locali (*empowerment di comunità*).

STAKEHOLDER (PORTATORI DI INTERESSE)



L'OBIETTIVO CENTRALE DELLA COSTITUZIONE DI UN NETWORK DI CONDIVISIONE E GOVERNANCE, COSÌ COME DEFINITO, È QUELLO DI CONSIDERARE REALMENTE, CONCRETAMENTE E OPERATIVAMENTE LA SALUTE COME BENE COMUNE. BENE COMUNE A CUI TUTTA LA COMUNITÀ DEVE CONTRIBUIRE PER SE STESSI E PER GLI ALTRI.

Il periodo pandemico di questi ultimi due anni ha chiaramente evidenziato quanto sia indispensabile valorizzare e incrementare la sinergia e la collaborazione tra i soggetti del territorio che intervengono nella vita dei cittadini per una finalità orientata al benessere sociale e alla salute di questi attraverso un incremento della loro consapevolezza e responsabilità condivisa sul tema.

Contestualmente il progetto vuole attrarre sostenibilità tramite **intenti condivisi con le imprese profit** attraverso l'utilizzo dello **strumento del welfare aziendale che trasformi i costi di servizi attivati in investimenti per la salute** dei dipendenti e del territorio su cui le aziende operano.

Gli stakeholder o portatori di interessi per la salute sono individuabili in tutti gli attori che in qualche modo hanno interazioni e relazioni con la persona.

Molti di questi sono attualmente già attivi sul fronte sociosanitario: l'ASLCN2 e i due EE.GG. dei Servizi Sociali hanno attivato, da diversi anni, progettualità e iniziative che li coinvolgono. Con gli altri attori dovrà essere sviluppato un analogo confronto.

Il progetto intende da subito ricercare la collaborazione con:

Stakeholder	Ambito	Attualmente coinvolto in
CONFOCOOPERATIVE	Tutto il territorio ASL	Talenti Latenti
LEGACOOOP	Tutto il territorio ASL	Talenti Latenti
UNIONCOOP	Tutto il territorio ASL	Talenti Latenti
CARITAS	Tutto il territorio ASL	Talenti Latenti
LILT	Tutto il territorio ASL	Talenti Latenti
CONFARTIGIANATO	Tutto il territorio ASL	Sportello (in) Salute
COLDIRETTI	Tutto il territorio ASL	Sportello (in) Salute
ACA	Alba e comuni della Langa	Sportello (in) Salute
ASCOM	Bra e comuni del Roero	Sportello (in) Salute
CNA	Tutto il territorio ASL	Sportello (in) Salute e Talenti Latenti
FEDERFARMA E FARMACIE	Tutto il territorio ASL (e tutta la provincia)	Sportello (in) Salute
CIA	Tutto il territorio ASL	
CONFINDUSTRIA	Tutto il territorio ASL	
CONFAPI	Tutto il territorio ASL	
IMPRESE PROFIT DEL TERRITORIO	DIMAR, SEBASTE, Slow Food, Università di Scienze Gastronomiche EGEA - CROSA – TCN ..	Alcune già coinvolte in Talenti Latenti
USR e Scuole del Territorio	Tutto il territorio ASL	Numerose scuole già coinvolte in diversi progetti attivi e passati
UNIVERSITÀ CATTOLICA DI MILANO - CREMIT		Convenzione con ASLCN2
UNIVERSITÀ di TORINO		Talenti Latenti - Senior
UNIVERSITÀ DI GENOVA - DAD		Progetto SENIOR – ASLCN2
Associazioni sindacali		
Associazioni di volontariato		Conferenza aziendale di partecipazione in ASLCN2 e Consulta del Volontariato per i due EE.GG.
Associazioni di pazienti		Conferenza aziendale di partecipazione in ASLCN2
Associazioni sportive		Consulta del Volontariato per i due EE.GG.
Fondazioni presenti sul territorio		
Diocesi		
RSA		
....		

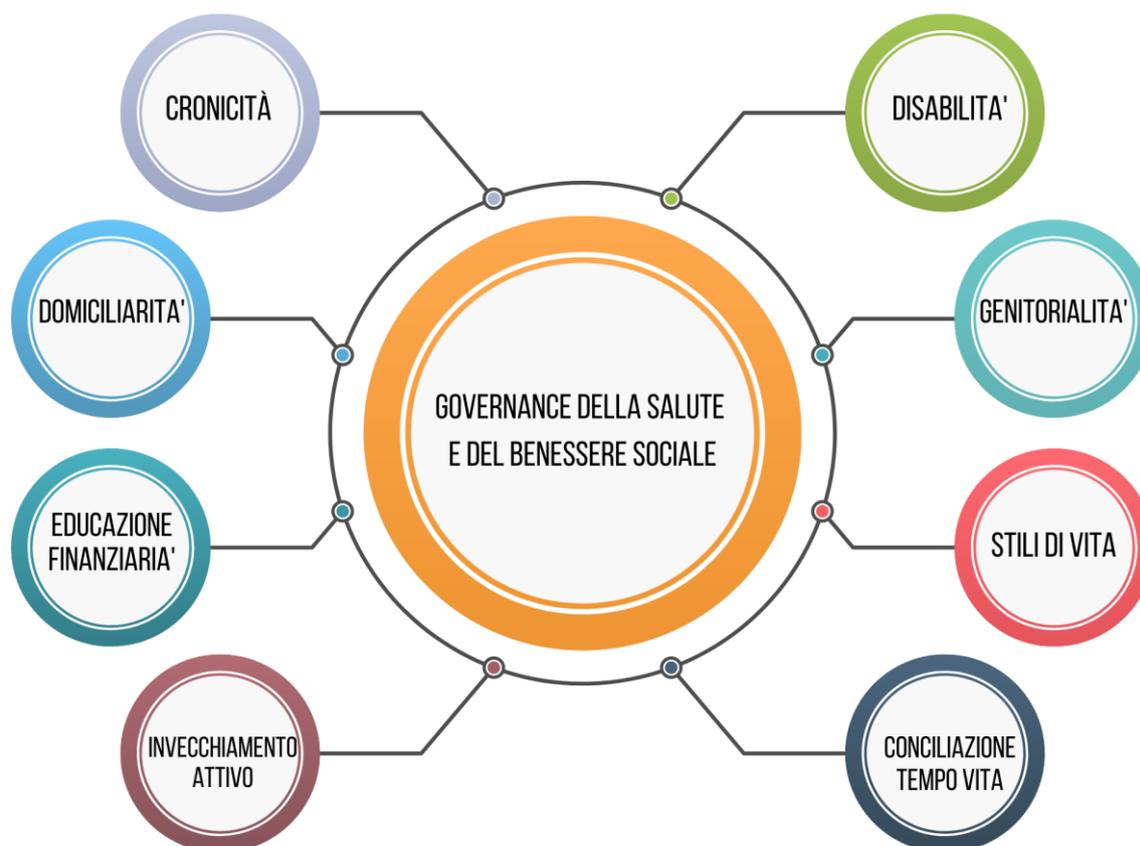
AZIONI

IL PROGETTO VUOLE CONIUGARE IL MANDATO ISTITUZIONALE DELL'ASL E DEI SERVIZI SOCIALI CON LA PERSONA, QUALE PROTAGONISTA ATTIVA NEL PROPRIO PROGETTO DI SALUTE, E CON I SOGGETTI

E LE STRUTTURE CHE INTERVENGONO NELLA VITA DI QUESTA: IMPRESA, SCUOLE, ASSOCIAZIONI, RAPPRESENTANZE DELLA CITTADINANZA ATTIVA E DEI PAZIENTI, PARROCCHIE, COMUNI

La dimensione del territorio dell'ASLCN2 è considerata adeguata per una reale sperimentazione di **WELFARE TERRITORIALE** e soprattutto per un'effettiva partecipazione dei diversi soggetti che insistono sul territorio individuato.

AMBITI DI INTERVENTO



QUESTO CONTESTO DI RETE DIVENTA TERRITORIO IDONEO ATTRAVERSO CUI PROMUOVERE UN MODELLO DI SALUTE COLLABORATIVA.

Riconoscere un valore strategico al contributo che diversi attori (pazienti, medici, operatori, famiglie, comunità, ecc.) possono dare al miglioramento della prevenzione, della cura e alla sostenibilità del sistema nel suo complesso.

Allo stesso tempo, significa interrogarsi sui giusti metodi e strumenti per valorizzare al massimo questi contributi e **indirizzarli sinergicamente verso un obiettivo comune**, per agire **COERENTEMENTE** al raggiungimento degli obiettivi di salute definiti raggiungibili.

• ATTIVITÀ PREVISTE

Nel progetto per lo studio di fattibilità sono individuate le seguenti attività operative:

A1 Costituzione di un Tavolo di lavoro tra i partner: ASLCN2, Consorzio Socioassistenziale Alba, Langhe e Roero, Convenzione per la gestione associata dei servizi socioassistenziali ambito di Bra e Laboratorio di Secondo Welfare.

Definizione del tavolo di lavoro con i rappresentanti dei tre enti coinvolti e di Laboratorio di Secondo Welfare, che individui le risorse umane dedicate alle attività operative definite dal progetto, i tempi tecnici di applicazione e gli obiettivi specifici.

La condivisione di obiettivi di salute che superino la visione settoriale di intervento degli enti pubblici, istituzionalmente deputati a tale fine, può diventare possibile attraverso una regia di sistema che spinga gli attori verso pratiche e attività orientate allo sviluppo socioeconomico locale sostenibile per la riconversione dei costi sociosanitari in investimenti per la salute (care multidimensionale), la razionalizzazione e il risparmio nella spesa, anche in relazione agli interventi di infrastrutturazione di nuovi servizi sociosanitari così come previsto dalle Missioni 5 e 6 e PNRR.

A2 Creazione Network: consultazione pubblica di manifestazione di interesse per attori del territorio: Terzo Settore, Imprese, Associazioni, Scuole, RSA, Università, Diocesi

Come sopraindicato, si dovrà avviare un lavoro di coinvolgimento e stimolo a tutti gli attori del territorio per ottenere la condivisione degli obiettivi da perseguire e la collaborazione nel perseguirli. I Servizi Socioassistenziali, stante la natura di servizi territoriali, svolgeranno un ruolo di connessione attiva e operativa con specifico riferimento al mondo delle Istituzioni scolastiche e delle ODV operanti sul territorio dell'ASL Cn2 ed i Servizi Sanitari specialistici.

A3 Percorso di progettazione partecipata, finalizzata alla “costruzione” di un territorio che promuova salute:

3.1 Costruzione di un network di soggetti del territorio: messa in rete degli attori della comunità individuati all'azione A2 (aziende, associazionismo, movimenti di rappresentanza, imprese sociali, movimenti professionali, strutture di servizio ecc.), partendo anche dai soggetti coinvolti con il primo progetto di Talenti Latenti nell'ottica del mandato del Piano Regionale della Prevenzione e dello studio di fattibilità per l'attuazione di una rete WHP regionale, in cui uno dei modelli in studio risulta essere Talenti Latenti.

3.2 Analisi dei bisogni e delle criticità: utilizzando strumenti di indagine qualitativa, con cui si opera attraverso l'ascolto e la consultazione, come le interviste, i focus group, i word café e le camminate di quartiere; e strumenti di indagine quantitativa, per raccogliere i dati in maniera strutturata e trarre conclusioni a carattere generale, attraverso i questionari e interviste. Dall'utilizzo di entrambe queste tipologie di strumenti si cercherà di far emergere in maniera misurabile, ma approfondita tutti i problemi e i bisogni dei dipendenti e delle loro famiglie.

Pianificazione, identificazione del target, creazione degli strumenti di indagine e applicazione del metodo di indagine saranno le principali tappe di quest'azione, che confluirà

successivamente nell'analisi dei dati e nell'implementazione dei risultati, utilmente all'azione A6 di monitoraggio, ad esse trasversale, per la stesura del report finale.

3.3 Attivazione di laboratori di progettazione partecipata, per individuare gli ambiti e le modalità di intervento in un territorio che promuova salute. Saranno individuati i responsabili delle diverse équipe territoriali e organizzati dei brainstorming con i medici di base nelle Case della Comunità, per meglio individuare, com'è menzionato nei Piani di Cronicità, i bisogni di salute dei loro assistiti.

A4 **Attivazione di “soggetti” che promuovono salute (AZIENDA CHE PROMUOVE SALUTE e BENESSERE) e di iniziative per la salute collaborativa sul territorio**

4.1 Percorsi formativi sui principali temi della promozione della salute e del benessere (alimentazione, contrasto alla sedentarietà, contrasto alle dipendenze, riduzione dello stress nell'ambiente di lavoro, promozione del benessere psicofisico, sicurezza, ecc...), in linea con quanto previsto dal PNP del Ministero della Salute, rivolti ai soggetti individuati durante la macro-azione A3, al fine di renderli *“moltiplicatori dell'azione preventiva/facilitatori e promotori di benessere e salute”* nei rispettivi setting di appartenenza e nella comunità in generale.

Tramite l'azione congiunta del medico competente (che ha il compito istituzionale di promuovere la salute in azienda) e il personale esterno dell'ASL e del Terzo Settore, si cercherà di far emergere, tra i dipendenti che avranno meglio interiorizzato la formazione, delle figure che si propongano come **leader naturali**, secondo una logica di interazione orizzontale **peer-to-peer** di modo da favorire la partecipazione e la co-progettazione. Con questa figura, che verrà denominata **“discoverer”** si supererebbe anche la criticità emersa con il primo progetto di Talenti Latenti, ovvero lo stigma di accettazione dell'assistente sociale. Scambiando le sue esperienze con gli altri dipendenti, questi intercetterà i bisogni sociali per un **successivo matching con i servizi offerti sul territorio**. L'eventuale intervento degli operatori dei Servizi Socioassistenziali sarà pertanto attivabile in un secondo momento e, comunque, da non considerare quale intervento esclusivo, in quanto potenzialmente integrabile con l'attivazione di servizi di cura operanti ambito del mercato privato.

4.2 Valorizzazione delle Case della Comunità, importante risorsa del territorio, come possibili luoghi di incontro e sviluppo delle azioni condivise tra le diverse realtà coinvolte. A rotazione, verrà istituito, in collaborazione con i soggetti coinvolti, uno spazio di informazione e consultazione, una volta al mese a orario fisso (similmente al modello **Giovedì dei Talenti**), dove un professionista degli enti coinvolti, in collaborazione con i **discoverer**, risponderà all'utenza attraverso una prima accoglienza, indirizzandoli verso i servizi, nell'ottica di una miglior **valorizzazione della dimensione territoriale del welfare aziendale, che diviene così welfare di comunità**.

A5 **Comunicazione e diffusione delle iniziative e proposte di intervento sul territorio :**

Creazione di un logo per sottolineare i luoghi (fisici/virtuali/sociali) che promuovono salute e di strumenti di comunicazione finalizzati a rendere riconoscibili le realtà che promuovono salute e i luoghi di fruizione delle varie attività

5.1 Aggiornamento ed evoluzione del sito web Talenti Latenti a vetrina delle attività di governance degli attori coinvolti, con il potenziamento del welfare point e la creazione di FAQ con le risposte alle domande più frequenti da parte degli enti. Secondo Welfare

preparerà tre articoli, che rilancerà anche attraverso i suoi canali social e nelle newsletter settimanali.

5.2 **Incremento utilizzo dei canali social** per mettere in contatto individui con bisogni simili e l'offerta di servizi, secondo una logica aggregativa e integrativa.

5.3 Organizzazione di incontri con i sindaci (attraverso il ruolo della conferenza dei sindaci) e di un **evento finale** per gli attori della network.

A6 **Monitoraggio e valutazione: a carico della cooperativa sociale Percorsi di Secondo Welfare**

Con il supporto della cooperativa di promozione sociale Percorsi di Secondo Welfare, che svolge da anni attività di ricerca, formazione e disseminazione sui temi legati al secondo welfare, si realizzerà un piano di monitoraggio costante, che si focalizzerà sia sulle ricadute del progetto sul target di utenza (nel definire e consolidare un network di condivisione a supporto di un approccio integrato e sinergico alla salute), sia sulla governance delle attività messe in campo (promozione della collaborazione tra gli stakeholder, predisposizione di modelli e dispositivi, formazione di soggetti territoriali, centralità delle Case della Comunità come luoghi di incontro e sviluppo delle azioni condivise).

In particolare, l'attività di monitoraggio e valutazione si articolerà in tre fasi:

1. Mesi 1-3: individuazione degli indicatori utili e definizione degli strumenti di rilevazione. Costruzione di un database unico dove confluiranno tutte le informazioni utili al monitoraggio e alla valutazione delle azioni dei partner. Attività di raccolta dati con la supervisione di Secondo Welfare.
2. Mesi 3-9: primo monitoraggio e valutazione intermedia per la revisione di aspetti attuativi e operativi sulla base dei dati raccolti nei primi 9 mesi di attività. Stesura di un report di monitoraggio e valutazione da parte di Secondo Welfare.
3. Mesi 9-18: monitoraggio e valutazione finale. Secondo Welfare si occuperà di redigere un report finale di valutazione dell'intero progetto.

Al termine dei due cicli di raccolta dati sono previsti due incontri di restituzione e discussione dei risultati della durata di 3 ore, e un terzo di accompagnamento progettuale nel mese 12. Dal mese 9 in avanti Secondo Welfare realizzerà delle interviste alle figure chiave coinvolte nel progetto, che confluiranno nel report finale.

QUADRO FINANZIARIO

Costo complessivo dell'iniziativa:	€. 108.500,00	100%
Finanziamento richiesto alla Fondazione CRC:	€. 72.000,00	66%
Cofinanziamento dei partner :	€. 36.500,00	34%

Voce di spesa	Importo Complessivo	Di Cui Richiesto alla Fondazione CRC
A1 Costituzione Tavolo di lavoro tra i partner		
1.1 progettazione e coordinamento	18.000,00 €	0,00 €
A2 Creazione Network		
2.1 Creazione rete di attori coinvolti	2.000,00 €	0,00 €
A3 Percorso di progettazione partecipata		
3.1 Costruzione di un network di soggetti del territorio	3.000,00 €	0,00 €
3.2 Analisi dei bisogni e delle criticità	3.000,00 €	
3.3 Attivazione di laboratori di progettazione partecipata	18.000,00 €	15.000,00 €
A4 Attività per l'implementazione di "realità" che promuovono salute e di iniziative per la salute collaborativa sul territorio		
4.1 Percorsi formativi sui principali temi della promozione della salute e del benessere - sostegno alla diffusione del welfare aziendale per azioni di promozione della salute e del benessere sociale per i dipendenti (WHP) - formazione figura DISCOVERER e circuito AZIENDE CHE PROMUOVONO SALUTE - valorizzazione della dimensione territoriale del welfare aziendale, che diviene così welfare di comunità.	45.000,00 €	40.000,00 €
A5 Attività di comunicazione e diffusione		
5.1 creazione Logo per "Soggetti che promuovono Salute" e strumenti comunicativi; 5.2 adeguamento sito web Talenti Latenti; 5.3 incremento canali social	7.000,00 €	7.000,00 €
A6 Monitoraggio e valutazione		
6.1 Monitoraggio e valutazione	12.500,00 €	10.000,00 €
Totale	108.500,00 €	72.000,00 €

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

Welfare aziendale e reti

- Progetto CCM “Equity Audit nei piani regionali di prevenzione in Italia “Contrastare le disuguaglianze e promuovere equità nei programmi di prevenzione: strumenti, pratiche e alleanze dell’esperienza lombarda” Edizioni Guerini 2018
- Santoni V. (2021), Il welfare aziendale e contrattuale, tra sostenibilità e “filiera corta”, in F. Maino (a cura di), Il ritorno dello Stato sociale? Mercato, Terzo Settore e comunità oltre la pandemia. Quinto Rapporto sul secondo welfare, Giappichelli, Torino
<https://www.secondowelfare.it/rapporti/quinto-rapporto-2w/il-welfare-aziendale-e-contrattuale-tra-sostenibilita-e-filiera-corta/>
- Santoni V., Razetti F. e Maino F. (2021), Un welfare aziendale “a filiera corta”. Attuale sviluppo e possibili evoluzioni in provincia di Siena, Le ricerche di Percorsi di secondo welfare: <https://www.secondowelfare.it/studio/un-welfare-aziendale-a-filiera-corta-in-provincia-di-siena/> (l’introduzione e le conclusioni possono essere utili)
- Rizza R. e Bonvicini F. (a cura di) (2014), Attori e territori del welfare. Innovazioni nel welfare aziendale e nelle politiche di contrasto all’impoverimento, Milano, FrancoAngeli
- Maino, F. e Razetti, F. (2019), Fare rete per fare welfare. Dalle aziende ai territori: strumenti, attori, processi, Torino, Giappichelli.
- Maino, F. e Razetti, F. (2020), Il welfare aziendale nelle PMI, tra reti e territorio, in T. Treu (a cura di), Welfare aziendale 2.0 (nuova edizione), Milano, Wolters Kluwer.
- Maino, F. e Rizza, R. (2018), Le piccole e medie imprese incontrano il welfare: nuove opportunità di tutela dei lavoratori e di crescita per l’azienda e il territorio?, in “Stato e Mercato”, vol. 113, n. 2, pp. 197-224.
- Macchioni E. (2014), Culture e pratiche del welfare aziendale. Dalla responsabilità sociale alla cittadinanza d’impresa, Milano-Udine, Mimesis

Ruolo sociale dell’impresa

- Crane A., Matten D. e Moon J. (2008), Corporations and Citizenship, Cambridge, Cambridge University Press.

- Freeman R.E. (1984), *Strategic Management: a Stakeholder Approach*, Boston, Pitman.
- Porter M.E. e Kramer M.R. (2011), *Creating Shared Value*, in “*Harvard Business Review*”, vol. 89, n. 1-2, pp. 62-77.
- www.secondowelfare.it

Community building e reti territoriali

- Longo F. e Barsanti S. (2022) *Community building: logiche e strumenti di management: Comunità, reti sociali e salute*, Egea, Milano:
https://www.santannapisa.it/sites/default/files/community_building_oa.pdf
- Longo F. e Maino F. (a cura di) (2021), *Platform welfare. Nuove logiche per innovare i servizi locali*, Egea, Milano:
<https://www.secondowelfare.it/studio/platform-welfare/>
- Maino F (2021), *Il secondo welfare e la sfida pandemica, tra pubblico-privato e nazionale-locale*, in F. Maino (a cura di), *Il ritorno dello Stato sociale? Mercato, Terzo Settore e comunità oltre la pandemia. Quinto Rapporto sul secondo welfare*, Giappichelli, Torino:
https://www.secondowelfare.it/wp-content/uploads/2022/01/Capitolo-2_5R2W_Maino.pdf
- Fosti, G. (2013), *Rilanciare il welfare locale. Ipotesi e strumenti: una prospettiva di management delle reti*, Egea, Milano.

Salute e welfare

- S. Landra, M. Ravazzini, F. Prandi “*Salute, partecipazione, democrazia: Manifesto per un’autentica casa della salute*” Edizioni Derive
- South, J. (2015), *A guide to community-centred approaches for health and wellbeing*, London, Public Health England.
- Nesta Italia “*La cura che cambia. Pratiche e culture di Salute Collaborativa in Italia*” – ottobre 2018; <https://www.nesta.org.uk/>,
<https://www.nestaitalia.org/>
- Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane (2017): “*Rapporto Osservasalute 2017. Stato di salute e qualità dell’assistenza nelle regioni italiane*” – www.osservatoriosullasalute.it
- OECD (2017) “*Health at a glance 2017: OECD indicators*” : www.oecd.org
- Global Commission on the Social Determinants of Health. *Final Report*. OMS, Ginevra, 2008
- Health 2020. *A European policy framework and strategy for the 21st century*: www.euro.who.int/en/health-topics/health-policy/health-2020-the-european-policy-for-health-and-well-being/publications/2013/health-2020.-a-european-policy-framework-and-strategy-for-the-21st-century
- *Governance for health in the 21st century*. WHO/Europe 2012
- *Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region*. WHO/Europe 2013
- World Health Organization Regional Office for Europe - Copenhagen, Denmark : <https://issuu.com/whoeurope>
- DGR26-1653 del 29.6.2015 ad oggetto “*Interventi per il riordino della rete territoriale in attuazione del Patto per la Salute 2014/2016 e D.G.R. n.1-600 del 19.11.2014 e s.m.i.*”

- D.G.R. 3-4287 del 29 novembre 2016 ad oggetto “Interventi regionali e linee di indirizzo per lo sviluppo del nuovo modello organizzativo dell’Assistenza Primaria attraverso la sperimentazione delle Case della Salute”
- L. Marinaro et al. “Bollettino Epidemiologico Anno 2020”, ASL CN2 ALBA-BRA DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE S.S.D. Epidemiologia, Promozione Salute e Coordinamento attività di Prevenzione, Fondazione Nuovo Ospedale Alba-Bra – dicembre 2021
<https://www.aslcn2.it/media/2022/01/Bollettino-epidemiologico-ASL-CN2-2020.pdf>