

Il progetto “Neirone in Salute” dell’ASL 4 della Liguria

Di Paolo Petralia e Lucia Calabrese

Tratto dal Rapporto “Sussidiarietà e...salute. Rapporto sulla sussidiarietà 2025/2026”

Il documento integrale è scaricabile al seguente link:

<https://www.sussidiarieta.net/cn4604/servizio-sanitario-criticita-e-riforme-perche-resti-universale.html>

22. Il progetto “Neirone in Salute” dell’ASL 4 della Liguria

Paolo Petralia, Lucia Calabrese

A Neirone, un piccolo borgo situato nell’entroterra della Val Fontanabuona in Provincia di Genova, nel corso del 2025 prende vita il progetto pilota “Neirone in Salute”. Si tratta della prima sperimentazione effettiva della Legge 33/2023, destinata alle politiche in favore delle persone anziane, ideata e promossa dall’Azienda Sociosanitaria Ligure n. 4. La sperimentazione è parte di una più ampia progettualità promossa da ASL4 sul territorio con l’esperienza “Tigullio Luogo di Salute” tra il 2022 e il 2024, finalizzata alla promozione di un modello di “Comunità in Salute” che, secondo un approccio One Health, integri prevenzione, cura ed inclusione sociale.

L’obiettivo del progetto è quello di realizzare un sistema di cure primarie sempre più vicino al cittadino – anche nelle aree rurali più geograficamente svantaggiate in termini di assistenza – che garantisca dei servizi proattivi e personalizzati, e sia in grado di migliorare la salute della Comunità promuovendo un invecchiamento sano e attivo. Al centro c’è la persona, considerata nella sua globalità, quindi non solo da un punto di vista clinico ma anche volgendo uno sguardo al contesto familiare, sociale e comunitario. In questo modello, la prossimità al paziente è alla base di un sistema “di valore” perché intesa non solo come vicinanza “geografica” dei servizi – che non comporti necessariamente lo spostamento del paziente per supplire a una sua esigenza assistenziale – ma anche come capacità di sviluppare relazioni che rendano le cure più umane.

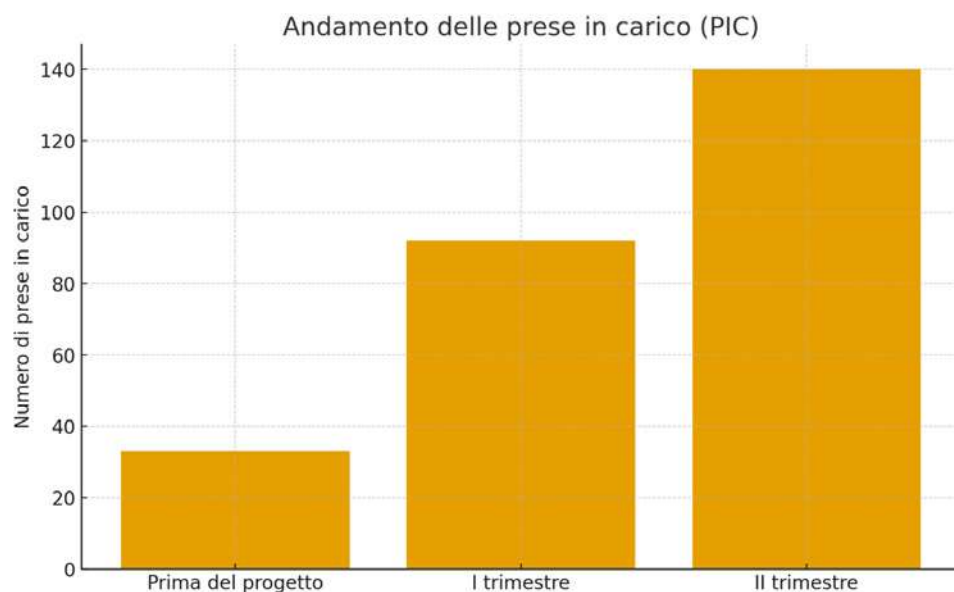
“Neirone in Salute” intercetta in modo proattivo situazioni di fragilità, siano esse di carattere sanitario o sociale, partendo da un’analisi approfondita dei bisogni della popolazione. Questo per individuare e attuare soluzioni su misura basate sulle specificità del singolo, al fine di creare percorsi di presa in carico (PIC) mirati e personalizzati che garantiscano una maggiore appropriatezza nell’accesso alle prestazioni socio-sanitarie e una maggiore aderenza terapeutica.

Il Progetto coinvolge tutti gli anziani con un’età superiore a 65 anni residenti nel Comune di Neirone, i quali attualmente ammontano a 350 soggetti in totale. Nel marzo 2025 ha avuto luogo la presentazione ufficiale alle Istituzioni e l’inaugurazione del Punto Salute di Neirone, sede operativa del progetto. Poco dopo, un evento promozionale ha coinvolto nell’iniziativa anche la popolazione del Comune, per sensibilizzare la Comunità stessa sulla tematica.

Il Punto Salute prevede la presenza stabile degli Infermieri di Famiglia e Comunità (IFeC) e si occupa della presa in carico proattiva della popolazione attraverso diversi servizi:

- accessi programmati e liberi per screening e visite;
- valutazione del rischio di fragilità e definizione dei Piani Assistenziali Individualizzati;
- esami laboratoristici e strumentali di base (pressione arteriosa, glicemia, ECG);
- visite domiciliari per persone non autosufficienti;
- campagne di prevenzione e promozione della salute.

A inizio aprile 2025 parte la prima fase operativa, con lo studio e il contatto con tutti gli over 65. Il semestre pilota, terminato a fine settembre dello stesso anno, restituisce già i primi risultati emersi dall'analisi dei dati raccolti.



Dati interni di monitoraggio.

Rispetto alla situazione di partenza, il numero di PIC è aumentato progressivamente, fino a raggiungere una copertura del fabbisogno pari a circa il 75% della popolazione target, assicurando l'attuale presa in carico di 264 soggetti, di cui 127 maschi e 137 femmine e puntando a raggiungere il 100% della popolazione target.

La fase di studio dei dati ha previsto anche una stratificazione della popolazione sulla base della complessità dei bisogni clinici e assistenziali. Sulla base delle analisi condotte, tra gli anziani over 65 residenti sul territorio del Comune si contano:

- 39 soggetti diabetici (di cui 6 non seguiti dalla diabetologia, ma solo dal Medico di Medicina Generale);
- 146 con ipertensione arteriosa;
- 79 con patologia cardiaca.

Da un punto di vista farmacologico, 179 soggetti assumono fino a 5 farmaci, 84 ne assumono in misura inferiore a 5, mentre per 1 soggetto l'informazione non è disponibile (ND).

Per quanto riguarda la fragilità rilevata con lo strumento Sunfrail, sono stati individuati 193 soggetti fragili, 70 non fragili e per 1 soggetto l’informazione non è disponibile (ND). In base alla classificazione del Multidimensional Prognostic Index (MPI)¹, sono invece stati individuati 183 soggetti caratterizzati da un livello di rischio lieve, 52 moderato e 29 elevato.

Si analizzano anche gli stili di vita: tra i soggetti presi in carico si contano 48 fumatori, 115 soggetti che fanno consumo di alcol e 154 che praticano regolarmente attività fisica. In un’ottica di prevenzione, il progetto promuove infatti campagne di sensibilizzazione su salute e corretti stili di vita, puntando a raggiungere anche le frazioni più remote grazie agli ambulatori mobili “Gulliver”, già diffusi sul territorio durante il periodo Covid e utilizzati successivamente come strumento complementare allo sviluppo della medicina territoriale.

Tecnologia e innovazione sono pilastri fondamentali del Progetto. “Neirone in Salute” conta sul supporto di strumenti digitali come la cartella clinica informatizzata regionale (“Cartella a Casa”), utilizzata dagli operatori territoriali per la presa in carico integrata e digitalizzata delle persone, della telemedicina (in particolare televisite e teleconsulti assistiti dagli infermieri), ma anche sull’utilizzo dell’intelligenza artificiale e della domotica. Quest’ultima è parte integrante della progettazione di un ambiente simulativo per la sicurezza domestica di anziani non autosufficienti, adatto ad accogliere l’assistenza domiciliare e a consentire l’utilizzo di dispositivi tecnologici per il monitoraggio dei parametri vitali e il supporto alle attività quotidiane. Negli ultimi mesi del 2025, nell’ambito di una collaborazione multiprofessionale, è stata anche avviata una sperimentazione rivolta all’affiancamento di IA agent agli IFeC, finalizzata ad offrire ulteriore continuità di riferimento agli anziani.

Il progetto promuove un modello globale di “Community Building”, in base al quale tutti gli attori sul territorio assumono in qualche modo un ruolo di prossimità nei confronti della Comunità e, pertanto, sono ingaggiati e partecipano attivamente al miglioramento dell’ecosistema di salute e benessere.

Tra gli attori coinvolti, il sindaco e l’amministrazione comunale guidano il coordinamento locale, insieme al parroco e ai Carabinieri che garantiscono riferimento e reti relazionali. A questi – oltre naturalmente agli Operatori dei Servizi Sociali, in un’ottica d’integrazione socio-sanitaria che garantisca una presa in carico efficace dei pazienti affetti da cronicità – si aggiungono le Associazioni e gli stessi Cittadini, come sostegno contro la solitudine e l’isolamento, nonché prime antenne di evidenza di possibili disagi e bisogni emergenti.

Il Progetto si sviluppa anche grazie ad una rete di collaborazioni esterne: in particolare, con il mondo accademico e della formazione si è supportato lo sviluppo di conoscenze specifiche degli Operatori, il supporto metodologico nello sviluppo del progetto e la promozione dell’attività di ricerca, producendo due tesi di specializzazione in sanità pubblica, numerose pubblicazioni e presentazioni a congressi specialistici e di management. ASL 4 gestisce il Progetto avvalendosi, ovviamente, di una rete di professionisti della salute operanti sul territorio. Tra questi vi sono i Medici di Medicina Generale, in quali-

1 L’indice di fragilità prende in analisi 8 domini (attività basali e strumentali della vita quotidiana, stato cognitivo, stato nutrizionale, rischio di lesioni da decubito o rischio motilità, multimorbilità, politerapia, stato abitativo del soggetto).

tà di Case Manager e riferimento clinico; gli Infermieri di Famiglia e Comunità, sempre presenti all'interno del Punto Salute ed essenziali nella gestione delle cronicità e nella promozione della salute; il Medico di Distretto, come supporto e regia complessiva; la Farmacia Territoriale, coinvolta nei servizi di prevenzione e assistenza; un laureato in Scienze Motorie dedicato alla promozione di attività fisica adattata (AFA) e, non ultimi, gli Operatori della Centrale Operativa Territoriale (COT), quest'ultima considerata il raccordo digitale che garantisce una continuità nelle cure coordinando servizi e professionisti appartenenti a setting-assistenziali differenti oltre a svolgere attività di raccolta, gestione e monitoraggio dei dati.

Il Progetto – che diventerà attivo ordinariamente e a pieno regime nel 2026 – è costantemente monitorato e valutato per misurarne l'efficacia e l'impatto, soprattutto in termini di benessere degli anziani. I principali indicatori riguardano:

- il volume di prestazioni erogate;
- il numero di nuovi utenti raggiunti;
- i percorsi di presa in carico attivati;
- la partecipazione a eventi di prevenzione.

La rilevazione dei risultati avviene attraverso la registrazione delle prese in carico, i report periodici compilati dal coordinatore, i test e le schede di screening, ma anche strumenti più qualitativi come i questionari di gradimento, le scale di valutazione validate e le interviste semi-strutturate. Attualmente è in corso la distribuzione dei questionari PREMS e PROMS per valutare la soddisfazione e la percezione dei servizi. L'obiettivo sarà integrare tali dati con l'indice di fragilità MPI per ottenere un'analisi predittiva. Il processo di valutazione avviene quindi secondo due modalità: il monitoraggio continuo, che consente la correzione in itinere delle criticità, e una valutazione finale data dal confronto tra gli obiettivi prefissati e i risultati ottenuti, per stimare l'impatto sociale generato.

“Neirone in Salute” è l'esempio di un modello integrato e digitale di Comunità attiva e solidale. Un'esperienza concreta che mira a migliorare la qualità della vita e l'autonomia degli anziani, rafforzando la rete socio-sanitaria e di prossimità. L'obiettivo futuro è chiaro: consolidare e validare il modello per renderlo replicabile e trasferibile dapprima in altre aree della Liguria, e poi anche ad altri contesti regionali e nazionali.