

# Dalle case della salute alle case della comunità

---

*Giuseppe Costa,  
SCaDU Servizio di Epidemiologia/DORS ASLTO3  
DSCB Università di Torino*

Bocconi-Sant'Anna, 4 novembre 2021

**Direzione di ASL TO3 si preoccupa che standard di investimento strutturale di PNRR (cfr AgeNaS) siano anche capaci di promuovere nuovi contenuti per la sanità territoriale**

- Riesame di esperienze di territorio
- Alla luce di modello teorico (Prima la Comunità)
- Per costruire comunità di pratica
- Che affronta bisogni prioritari (riduzione di specifiche disuguaglianze)
- Attraverso le innovazioni del PNRR
- Avvicinandosi al modello teorico

**Gli attori dell'innovazione del territorio diventano comunità di pratica analizzando criticamente sette loro esperienze esemplari in altrettanti seminari**

- progetti di Infermieri di Famiglia e Comunità,
- progetti di animatore di comunità
- quattro case della salute pilota
- la comunità che cura di Piossasco e dei municipi vicini
- l'elaborazione condivisa di PDTA aziendali delle malattie croniche
- la stratificazione del rischio di cronicità e fragilità
- piano di azione per un quartiere deprivato

**In cui ogni esperienza si chiede quali insegnamenti organizzativi può portare per progettare il modello territoriale con sette domande**

- Come fatto empowerment di operatori?
- Come fatto empowerment di persone?
- Come creato capitale sociale?
- Come integrato i servizi?
- Come imparato a fare?
- Come fatto?
- Come misurato impatto?

## **Modello a tendere**

- Lettura plurale del territorio centrata sul valore da produrre per le persone (protagoniste)
- Capacità di fare impresa (privato) e management (pubblico) in modo intersettoriale e multilivello
- Soluzioni sostenibili introdotte per funzionare nell'ordinario e non solo nei progetti
- Governo orizzontale competente (co-creazione)
- Approccio di iniziativa e non di attesa
- Capitale sociale che genera risorse con nuovi linguaggi, culture, governance

## Azione di sistema

### **Condivisione dei bisogni di salute prioritari tra tutti attori**

- a) le disuguaglianze territoriali e sociali in incidenza, prevalenza e mortalità nelle principali malattie croniche
- b) le disuguaglianze territoriali e sociali in esiti dell'assistenza
- c) le disuguaglianze territoriali e sociali in ripresa di accesso a prestazioni dopo la pandemia

**Disuguaglianze significative richiedono ricerca di meccanismi** attraverso cui si generano, dietro a cui ci sono **responsabilità** che identificate e coinvolte diventano partner di azioni di cambiamento orientate a creare valore di salute per le persone.

### **Valorizzando adeguatamente le leve di innovazione connesse al PNRR**

- a) nuove procedure tecniche centrate sui pazienti bersaglio (stratificazione del rischio e infrastruttura informativa in sviluppo attraverso la COT),
- b) con l'ausilio della funzione dell'IFeC nell'attivazione e raccordo tra le responsabilità e le risorse dei servizi e della comunità,
- c) valorizzando l'impulso logistico e simbolico che il nuovo luogo delle cure Casa della Comunità può rappresentare in questo processo.