

L'ASL Città di Torino verso un modello di Comunità che cura

scritto da Luisella Gilardi | 3 Novembre 2020

La regione Piemonte ha approvato l'adozione del Piano Nazionale Cronicità che si propone una revisione radicale della rete dell'assistenza territoriale e ha quindi avviato un percorso di sperimentazione in quattro territori: ASL Città di Torino, ASL T03, ASL VCO e ASL CN1. L'obiettivo è formulare proposte di innovazioni tecniche ed organizzative per **la prevenzione e una adeguata presa in carico delle principali malattie croniche e della fragilità**, una presa in carico proattiva mirata a ridurre le disuguaglianze geografiche e sociali nella cronicità. Molte delle caratteristiche che questi interventi dovrebbero avere sono note: è quindi fondamentale metterle in pratica, coinvolgere i servizi pubblici sanitari, sociali e di welfare, rafforzare le organizzazioni del territorio, estendere e sistematizzare le esperienze.

La ASL Città di Torino ha stabilito di focalizzare la sperimentazione torinese del piano cronicità in una delle aree deprivate della città, in particolare nel quartiere Le Vallette della periferia nord ovest il più sfavorevolmente colpito negli indicatori di salute e di lavorare sulla prevenzione e la cura del diabete.

L'Osservatorio Epidemiologico regionale (Servizio Sovrazonale di Epidemiologia della ASL T03) sta accompagnando, con dati e competenze dedicate, questa sperimentazione di "empowerment" delle comunità.

L'esperimento del diabete a Vallette

Per iniziare a sperimentare il sistema di co-azione di comunità, in cui istituzioni e vari soggetti della comunità (a cominciare dai singoli individui) diventino attivi nel fronteggiare la cronicità e cresca, quindi, la capacità di gestire patologie che hanno lunghi decorsi e che richiedono un'assistenza a lungo termine, si è scelto di lavorare **sul diabete**, insieme alla S.C. Endocrinologia e Malattie del Metabolismo dell'ASL città di Torino.

Lo Studio Longitudinale di Torino per il monitoraggio della salute e dell'assistenza sanitaria della popolazione torinese ha evidenziato che, a fine 2018, i **diabetici a Torino sono quasi 55.000 e che il loro numero è notevolmente cresciuto negli anni (+60% negli ultimi 15 anni)**. Le cause sono molteplici e vanno ricercate nell'invecchiamento della popolazione, nell'aumento dell'obesità e della sedentarietà. Il diabete, quindi, si conferma essere una malattia cronica grave e diffusa che insorge più frequentemente tra le persone che sperimentano uno svantaggio sociale. **Le aree periferiche della città sono quelle in cui vivono più persone che hanno dovuto affrontare percorsi di vita segnati dai vari svantaggi sociali** (lavoro, educazione, accesso ai servizi, ecc.). Questo disegna anche la geografia della distribuzione della salute e, in particolare, del diabete: **la prevalenza di diabete** standardizzata per età (a parità di età dei residenti) passa da meno del 4% nell'area oltre il Po verso la collina a più dell'8%

nelle barriere operaie a nord della Dora (8 diabetici in carico al servizio pubblico ogni 100 residenti).

Il riconoscimento precoce e la presa in carico dei pazienti diabetici da parte dell'assistenza sanitaria locale riduce parzialmente lo svantaggio sociale attraverso un'offerta proattiva di percorsi di prevenzione e cura, che promuovono anche una migliore alimentazione e più esercizio fisico, al fine di mantenere la malattia sotto controllo e ridurre l'insorgenza di complicanze. Gli operatori sanitari, infermieri, medici e specialisti riconoscono che vi sono aree di possibile miglioramento nel funzionamento e nell'integrazione dei servizi territoriali, su cui lavorare, nonostante il buon livello dei servizi territoriali presenti.

Proprio il supporto della comunità, come stiamo sperimentando, può migliorare la capacità di seguire i pazienti, di invogliarli ad aderire di più alle terapie; ma può soprattutto giocare un ruolo fondamentale nella **prevenzione**, diffondendo le corrette informazioni, aumentando gli scambi tra pari (cittadini) di pratiche e comportamenti più attenti alla salute, creando concrete opportunità per mettere in pratica **gli stili di vita da adottare (principalmente dieta e movimento)**, aumentando la consapevolezza della necessità di **screening in caso di familiarità con la patologia e favorendo il corretto accesso ai servizi.**

Tra i cittadini di Vallette vi sono persone e gruppi, associazioni e organizzazioni pronti a mettersi in gioco. Ci sono organizzazioni che lavorano a livello cittadino o provinciale, per i malati, i consumatori, i giovani, i lavoratori e pensionati, ecc., che possono mobilitare le loro competenze e i loro aderenti sul territorio, diventando poi veicoli di allargamento delle pratiche sperimentate.

Il Covid-19 ha reso difficile mettere in atto le attività, essenzialmente di relazione sociale, informazione, incontro e cooperazione, che il progetto aveva in programma, ma non lo ha fermato. Contemporaneamente **ha mostrato con chiarezza l'importanza delle relazioni prossime, sia con i servizi pubblici, sia con le organizzazioni del terzo settore e tra i cittadini.**

Di seguito riportiamo **la prima newsletter** che a giugno abbiamo preparato per riprendere il filo di quanto fatto fino a quel momento. A breve metteremo a disposizione la seconda newsletter che racconta l'intensa attività svolta da luglio ad ottobre, insieme a tante cittadine e cittadini (uscita prevista per la metà di novembre).

Allegati:

[Newsletter numero 1 – giugno 2020 Progetto Vallette](#)

Contributo a cura di Silvia Pilutti, Prospettive ricerca socio-economica
silvia.pilutti@prospettivericerca.it