



**A.S.L. TO5**

Azienda Sanitaria Locale  
di Chieri, Carmagnola, Moncalieri e Nichelino

**DIPARTIMENTO DEL TERRITORIO**

Piazza Silvio Pellico, 1 – 10023 Chieri

Tel. 011 94.29.4673

e-mail: [ucat@aslto5.piemonte.it](mailto:ucat@aslto5.piemonte.it)

[protocollo@cert.aslto5.piemonte.it](mailto:protocollo@cert.aslto5.piemonte.it)

---

Sede Legale – Piazza Silvio Pellico, 1 – 10023 Chieri (To) – tel. 011 94291 – C.F. e P.I. 06827170017

## **LA SALUTE DI FA COMUNITÀ : AVVISO PUBBLICO PER IL COINVOLGIMENTO DEL TERZO SETTORE NELLE CASE DI COMUNITÀ**

Le informazioni che seguono intendono rappresentare una descrizione essenziale del contesto all'interno del quale ASL TO5, insieme con la rete delle Istituzioni locali, andrà a co-programmare, con gli Enti del Terzo Settore, il progetto "Case della Comunità".

### **Sommario**

<b>LE CASE DELLA COMUNITÀ E LA MISSIONE 6 DEL PNRR</b> .....	<b>2</b>
<b>ELEMENTI FONDAMENTALI</b> .....	<b>3</b>
<b>L'ASL TO5</b> .....	<b>4</b>
<b>LA CO-PROGRAMMAZIONE CON IL TERZO SETTORE</b> .....	<b>12</b>

## LE CASE DELLA COMUNITÀ E LA MISSIONE 6 DEL PNRR

Le Case della Comunità, introdotte dal Decreto Ministeriale 77/2022 "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale", che mira a definire un nuovo modello organizzativo per la rete di assistenza sanitaria territoriale, stabilendo standard uniformi su tutto il territorio nazionale, sono finanziate attraverso la Missione 6 del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR).

Questa si concentra sulla dimensione "salute", con l'obiettivo di migliorare l'efficienza, la qualità e l'equità del sistema sanitario italiano. Punta a colmare le disuguaglianze territoriali, potenziare l'assistenza sanitaria di prossimità e promuovere l'innovazione digitale, rendendo il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) più resiliente e sostenibile.

Sono due i pilastri principali della missione 6:

**Missione 6 C1: Reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale** con l'obiettivo di rafforzare l'assistenza sanitaria territoriale e avvicinare i servizi ai cittadini.

I dispositivi previsti sono:

- ▣ Case della comunità: strutture sanitarie multifunzionali per garantire un'assistenza integrata e di prossimità.
- ▣ Ospedali di comunità: Potenziamento assistenza sanitaria territoriale, stabilendo standard uniformi su tutto il territorio nazionale, sono finanziate attraverso la Missione 6 del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR).

Questa si concentra sulla dimensione "salute", con l'obiettivo di migliorare l'efficienza, la qualità e l'equità del sistema sanitario italiano. Punta a colmare le disuguaglianze territoriali, potenziare l'assistenza sanitaria di prossimità e promuovere l'innovazione digitale, rendendo il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) più resiliente e sostenibile.

Sono due i pilastri principali della missione 6:

**Missione 6 C1: Reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale** con l'obiettivo di rafforzare l'assistenza sanitaria territoriale e avvicinare i servizi ai cittadini.

I dispositivi previsti sono:

- ▣ Case della comunità: strutture sanitarie multifunzionali per garantire un'assistenza integrata e di prossimità.
- ▣ Ospedali di comunità: Potenziamento delle strutture esistenti per fornire cure intermedie, alleviando il carico sugli ospedali principali.
- ▣ Telemedicina: Diffusione di servizi digitali per la diagnosi, il monitoraggio e la gestione a distanza dei pazienti.
- ▣ Cure domiciliari: Incremento dei servizi di assistenza domiciliare per garantire una presa in carico dei pazienti cronici e anziani.

**Missione 6 C2: Innovazione, ricerca e digitalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale con l'obiettivo di modernizzare il SSN attraverso l'innovazione tecnologica e investimenti in ricerca.**

**Gli obiettivi trasversali sono:**

- ▣ Riduzione delle disuguaglianze e miglioramento dell'equità nell'accesso ai servizi sanitari tra regioni e territori
- ▣ Resilienza sanitaria per preparare il sistema sanitario a fronteggiare future emergenze, come le pandemie.
- ▣ Sostenibilità e gestione efficiente delle risorse, limitando sprechi e potenziando l'efficacia delle cure.

L'impatto atteso è così riassumibile:

- Migliore accesso alle cure attraverso l'incremento dell'assistenza territoriale e riduzione delle liste d'attesa.
- Sanità più digitale attraverso la piena integrazione di tecnologie digitali per un sistema sanitario più efficiente.
- Equità territoriale con la riduzione dei divari regionali e miglioramento delle infrastrutture sanitarie nelle aree più svantaggiate.
- Salute preventiva e medicina di iniziativa attraverso una maggiore enfasi sulla prevenzione e sulla gestione delle malattie croniche.
- Resilienza sanitaria per rispondere meglio a crisi sanitarie future.

Le Case della Comunità, nella doppia versione Hub e Spoke rappresentano dunque un elemento cardine della riforma dell'assistenza territoriale in Italia. Tali presidi territoriali sono stati progettati per integrare servizi sanitari, sociali e socio-sanitari in un'ottica di prossimità e continuità assistenziale, ponendo al centro il cittadino, i suoi bisogni e le sue risorse. Le Case della Comunità sono pensate come punti di riferimento per l'intercettazione dei bisogni della popolazione e mirano a garantire un accesso semplice e integrato ai servizi.

Secondo le Linee di indirizzo di AGENAS per l'attuazione del modello organizzativo delle Case della Comunità (CdC)<sup>1</sup>, la CdC Hub è il luogo fisico, di prossimità e di facile individuazione al quale i cittadini possono accedere per bisogni di salute che richiedono assistenza sanitaria e sociosanitaria a valenza sanitaria, e che presenta i necessari collegamenti con i servizi sociali per gli interventi socioassistenziali.

In proposito, le attività garantite dalla CdC Hub riguardano: porta di accesso al sistema di servizi sociosanitari (PUA), assistenza primaria erogata attraverso équipe multiprofessionali e continuità assistenziale, assistenza infermieristica, assistenza specialistica ambulatoriale di primo e secondo livello, assistenza domiciliare, assistenza sanitaria e sociosanitaria, punto prelievi, diagnostica di base, prenotazioni con collegamento al Centro Unico di Prenotazione (CUP) aziendale, partecipazione della Comunità e valorizzazione della co-produzione.

Le caratteristiche principali del progetto "Casa della Comunità" sono quindi le seguenti:

- Erogazione integrata e coordinata di servizi alla persona: includono ambulatori medici, servizi infermieristici, supporto psicologico, e accesso a prestazioni sociali, in collaborazione con i Comuni, il Distretto Socio-sanitario e gli ambiti
- Approccio multidisciplinare: promuovono la collaborazione tra medici di base, specialisti, infermieri, infermieri di comunità, assistenti sociali e altri professionisti da coinvolgere in équipe multidimensionali.
- Coinvolgimento attivo della comunità nella sua eterogeneità di espressione: prevedono la partecipazione diretta di cittadini, anche organizzati in Enti del Terzo Settore (ETS, secondo il Codice del Terzo Settore contenuto nel Decreto Legislativo 3 luglio 2017, n. 117.), nella progettazione e gestione dei servizi.
- Applicazione di tecnologie innovative: facilitano l'accesso alle cure tramite strumenti di telemedicina e piattaforme digitali per il monitoraggio e la continuità assistenziale.

## ELEMENTI FONDAMENTALI dell'approccio metodologico proposto sono i seguenti:

**Welfare di iniziativa:** in una logica e cornice di sussidiarietà (ex art. 118 della Costituzione Italiana) descrive un sistema di protezione sociale basato sulla governance condivisa dei soggetti pubblici, privati e del Terzo Settore, che collaborano per analizzare i bisogni emergenti e le risorse potenziali delle comunità e quindi ideare e gestire servizi e interventi adeguati, visibili e accessibili, stimolando e valorizzando la partecipazione attiva e consapevole dei cittadini. **Eco-sistema locale collaborativo:** si riferisce ad un modello integrato di governance territoriale in cui le istituzioni pubbliche, gli enti del Terzo Settore, gli attori del settore produttivo ed i cittadini co-programmano, co-progettano e co-gestiscono risorse e servizi, attraverso interazioni sinergiche e principi di reciprocità basati sulla fiducia, per favorire lo sviluppo sostenibile e il benessere della comunità.

Secondo il **Codice del Terzo Settore** (D.Lgs. 117/2017):

La **co-programmazione** è il processo collaborativo attraverso cui la Pubblica Amministrazione e gli Enti del Terzo Settore (ETS) definiscono congiuntamente: ▫ I bisogni della comunità. ▫ Le priorità di intervento. ▫ Gli obiettivi strategici da perseguire.

La **co-progettazione** si riferisce alla realizzazione di interventi specifici, a partire dagli obiettivi individuati nella co-programmazione, con un budget a disposizione ▫ Focalizzata sulla definizione operativa delle modalità di intervento. ▫ Include la progettazione condivisa di servizi, attività e risorse. ▫ Favorisce l'innovazione e la personalizzazione degli interventi, sfruttando le competenze complementari degli ETS e delle istituzioni.

La **co-produzione** attiene al coinvolgimento diretto e attivo dei cittadini, insieme alla Pubblica Amministrazione e agli ETS, nella creazione e gestione dei servizi. ▫ I cittadini non sono solo beneficiari, ma co-creatori del valore pubblico. ▫ Favorisce l'empowerment e la corresponsabilità delle comunità. ▫ Stimola la collaborazione continua e dinamica tra i diversi attori per migliorare l'efficacia e la qualità dei servizi.

- I cittadini non sono solo beneficiari, ma co-creatori del valore pubblico.
- Favorisce l'empowerment e la corresponsabilità delle comunità.
- Stimola la collaborazione continua e dinamica tra i diversi attori per migliorare l'efficacia e la qualità dei servizi.

---

<sup>1</sup> [https://www.agenas.gov.it/images/agenas/PNRR/Linee\\_di\\_indirizzo\\_CdC.pdf](https://www.agenas.gov.it/images/agenas/PNRR/Linee_di_indirizzo_CdC.pdf)

## L'ASL TO5

(fonte "Relazione al Bilancio Consuntivo anno 2025")

### 1.1 LA POPOLAZIONE

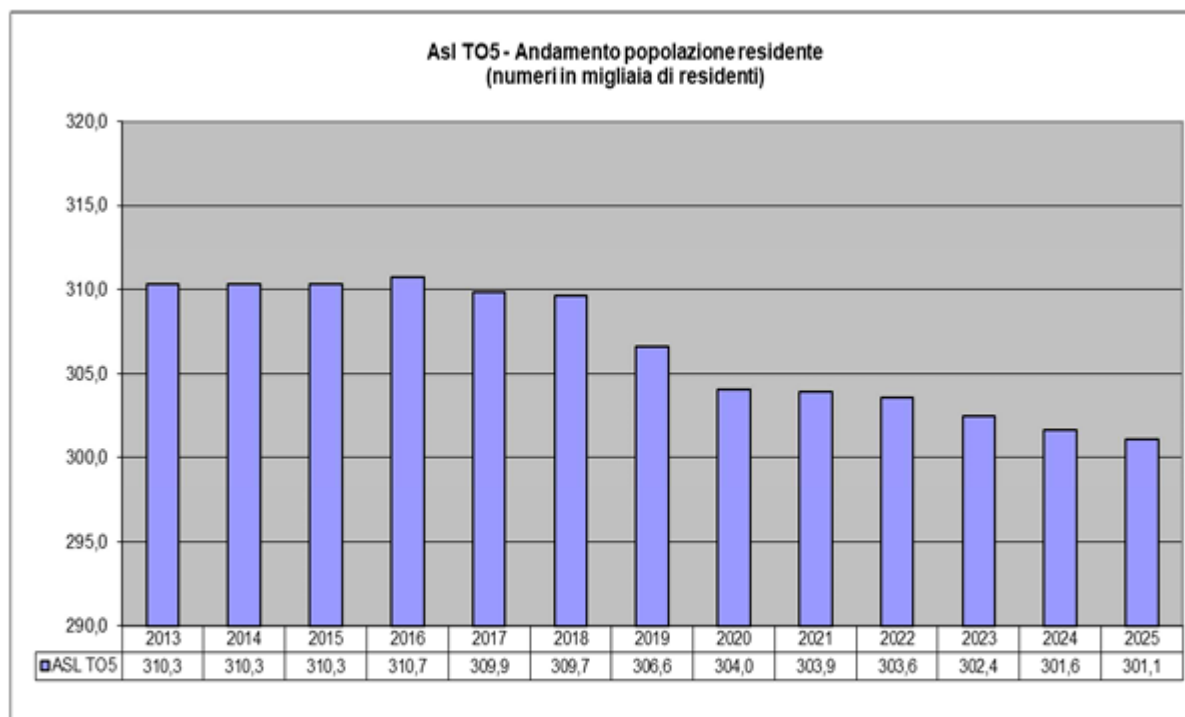
La ASL TO5 opera su un territorio facente parte della provincia di Torino, con una popolazione complessiva di 301.120 abitanti residenti al 31 dicembre 2025 (Fonte: Osservatorio Demografico Territoriale del Piemonte), distribuiti in 40 comuni, suddivisi in 2 distretti:

Chieri / Carmagnola (152.330 ab.)	Chieri	Albugnano, Andezeno, Arignano, Baldissero Torinese, Berzano S. Pietro, Buttigliera d'Asti, Cambiano, Castelnuovo Don Bosco, Cerreto d'Asti, Chieri, Isolabella, Marentino, Mombello, Moncucco, Montaldo, Moriondo, Passerano Marmorito, Pavarolo, Pecetto Torinese, Pino d'Asti, Pino Torinese, Poirino, Pralormo, Riva c/o Chieri, Santena
	Carmagnola	Carignano, Carmagnola, Castagnole P.te, Lombriasco, Osasio, Pancalieri, Piobesi T.se, Villastellone
Moncalieri / Nichelino (148.790 ab.)	Moncalieri	La Loggia, Moncalieri, Trofarello
	Nichelino	Candiolo, Nichelino, None, Vinovo

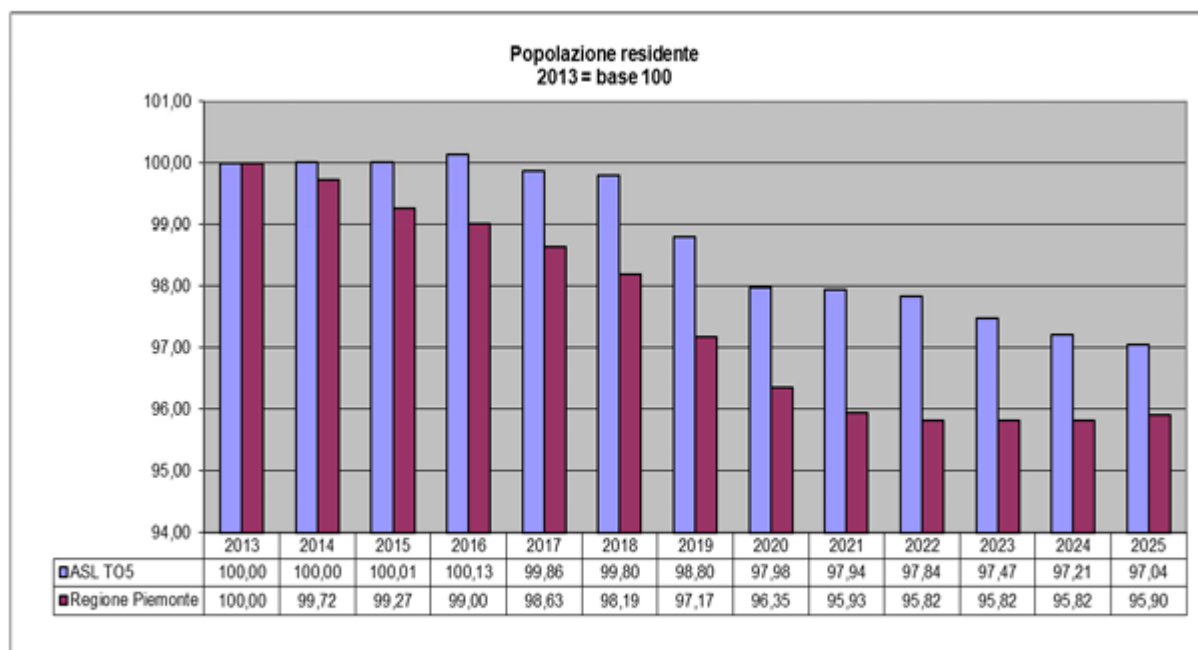


Fig. 1. I 40 comuni dell'ASL TO5 suddivisi per distretti

La popolazione dell'ASL TO5, a fronte di un passato trend demografico in costante aumento, è rimasta sostanzialmente stabile dal 2013 al 2016 per poi presentare dal 2017 una costante, seppur lieve, diminuzione come da grafico sottostante (Fonte: Osservatorio Demografico Territoriale del Piemonte):



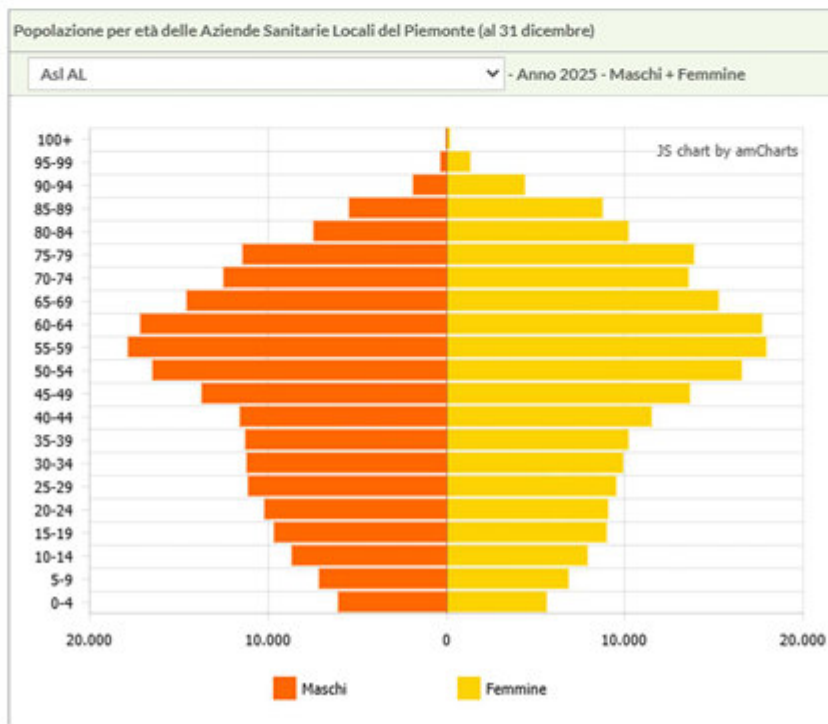
Ponendo come base = 100 l'anno 2013, si nota come la popolazione della Regione sia diminuita in misura maggiore a quella dell'Azienda. Dal 2019 inizia a presentarsi una diminuzione nel numero dei residenti, ma comunque inferiore alla media regionale.



La distribuzione della popolazione per fasce di età al 31/12/2025 è la seguente (Fonte: Osservatorio Demografico Territoriale del Piemonte):

Fascia	Maschi	Femmine	Totale
0-4	4.890	4.516	9.406
5-9	5.926	5.708	11.634
10-14	7.255	6.703	13.958
15-19	7.934	7.309	15.243
20-24	7.918	7.374	15.292
25-29	8.048	7.079	15.127
30-34	7.619	7.113	14.732
35-39	7.938	7.787	15.725
40-44	8.437	8.659	17.096
45-49	9.831	10.259	20.090
50-54	12.149	12.552	24.701
55-59	12.491	12.934	25.425
60-64	11.092	11.701	22.793
65-69	9.224	10.226	19.450
70-74	8.203	9.283	17.486
75-79	7.901	9.441	17.342
80-84	5.233	6.678	11.911
85-89	3.731	5.347	9.078
90-94	1.308	2.353	3.661
95-99	221	663	884
100+	15	71	86
<b>Totale</b>	<b>147.364</b>	<b>153.756</b>	<b>301.120</b>

A livello grafico, la popolazione residente al 31/12/2025 dell'ASL TO5, ripartita per età risulta essere la seguente:



<b>ANNO 2020 - ASSISTIBILI</b>			
FASCE DI ETA'	TOTALE	MASCHI	FEMMINE
POPOLAZIONE DI ETA' 0 - 13 ANNI	37.977	19.599	18.378
POPOLAZIONE DI ETA' 14 - 64 ANNI	188.205	93.148	95.057
POPOLAZIONE DI ETA' 65 - 74 ANNI	37.458	17.715	19.743
POPOLAZIONE DI ETA' 75 ANNI E OLTRE	38.489	16.267	22.222
<b>TOTALE</b>	<b>302.129</b>	<b>146.729</b>	<b>155.400</b>

<b>ANNO 2021 - ASSISTIBILI</b>			
FASCE DI ETA'	TOTALE	MASCHI	FEMMINE
POPOLAZIONE DI ETA' 0 - 13 ANNI	36.901	19.063	17.838
POPOLAZIONE DI ETA' 14 - 64 ANNI	188.030	93.150	94.880
POPOLAZIONE DI ETA' 65 - 74 ANNI	37.087	17.525	19.562
POPOLAZIONE DI ETA' 75 ANNI E OLTRE	39.479	16.750	22.729
<b>TOTALE</b>	<b>301.497</b>	<b>146.488</b>	<b>155.009</b>

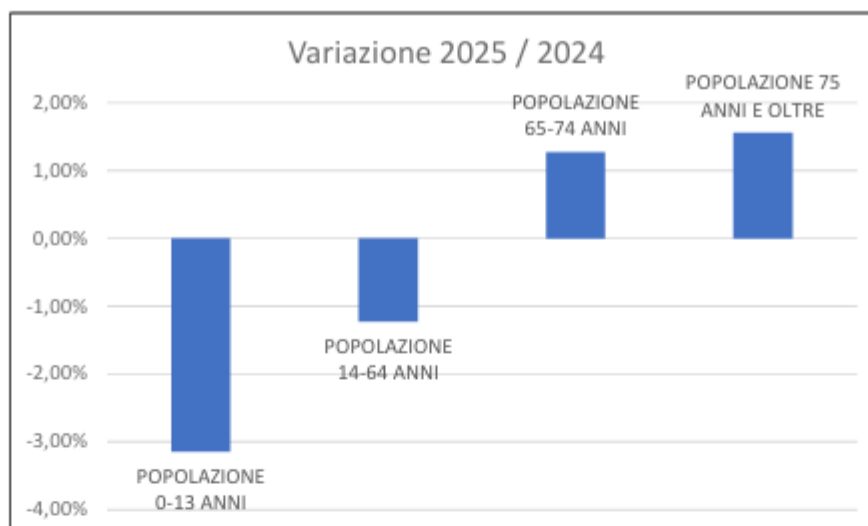
<b>ANNO 2022 - ASSISTIBILI</b>			
FASCE DI ETA'	TOTALE	MASCHI	FEMMINE
POPOLAZIONE DI ETA' 0 - 13 ANNI	36.015	18.631	17.384
POPOLAZIONE DI ETA' 14 - 64 ANNI	186.895	92.486	94.409
POPOLAZIONE DI ETA' 65 - 74 ANNI	36.650	17.344	19.306
POPOLAZIONE DI ETA' 75 ANNI E OLTRE	40.375	17.173	23.202
<b>TOTALE</b>	<b>299.935</b>	<b>145.634</b>	<b>154.301</b>

<b>ANNO 2023 - ASSISTIBILI</b>			
FASCE DI ETA'	TOTALE	MASCHI	FEMMINE
POPOLAZIONE DI ETA' 0 - 13 ANNI	35.029	18.062	16.967
POPOLAZIONE DI ETA' 14 - 64 ANNI	187.279	93.026	94.253
POPOLAZIONE DI ETA' 65 - 74 ANNI	36.510	17.328	19.182
POPOLAZIONE DI ETA' 75 ANNI E OLTRE	41.521	17.704	23.817
<b>TOTALE</b>	<b>300.339</b>	<b>146.120</b>	<b>154.219</b>

<b>ANNO 2024 - ASSISTIBILI</b>			
FASCE DI ETA'	TOTALE	MASCHI	FEMMINE
POPOLAZIONE DI ETA' 0 - 13 ANNI	33.976	17.564	16.412
POPOLAZIONE DI ETA' 14 - 64 ANNI	184.482	91.625	92.857
POPOLAZIONE DI ETA' 65 - 74 ANNI	36.394	17.249	19.145
POPOLAZIONE DI ETA' 75 ANNI E OLTRE	42.391	18.102	24.289
<b>TOTALE</b>	<b>297.243</b>	<b>144.540</b>	<b>152.703</b>

<b>ANNO 2025 - ASSISTIBILI</b>			
FASCE DI ETA'	TOTALE	MASCHI	FEMMINE
POPOLAZIONE DI ETA' 0 - 13 ANNI	32.930	17.034	15.896
POPOLAZIONE DI ETA' 14 - 64 ANNI	182.643	90.922	91.721
POPOLAZIONE DI ETA' 65 - 74 ANNI	36.724	17.337	19.387
POPOLAZIONE DI ETA' 75 ANNI E OLTRE	43.057	18.391	24.666
<b>TOTALE</b>	<b>295.354</b>	<b>143.684</b>	<b>151.670</b>

Dal confronto tra i dati degli assistibili ASLTO5 emerge la continua diminuzione della popolazione assistibile nelle fasce fino a 64 anni mentre aumenta la popolazione assistibile nella fascia oltre i 65 anni:



Si precisa che con il termine "assistibile" si intende il soggetto che abbia effettuato presso l'ASL la scelta del medico di base o del pediatra.

La fascia di età pediatrica si riferisce a tutta la popolazione assistibile in età pediatrica, indipendentemente dalla scelta effettuata, secondo quanto indicato nella convenzione di pediatria vigente.

Per quanto concerne le **esenzioni** la situazione è così riepilogata:

	Situazione al 31.12.2023	Situazione al 31.12.2024	Situazione al 31.12.2025
n. esenti per patologia	83.119	125.472	85.300
n. esenti per reddito	59.994	54.706	56.009

Fonte dati: Piattaforma Regionale PADDI

I dati ISTAT riguardano la popolazione residente ed in quanto tali differiscono dai dati sopra riportati, che riguardano la popolazione assistibile (coloro che hanno effettuato la scelta del medico).

## 1.2 MODELLO ORGANIZZATIVO

L'Azienda ASL TO5, in ottemperanza alle disposizioni normative vigenti e in coerenza con il sistema dei principi e valori propri dell'ente, adotta il seguente modello organizzativo:

- distinzione tra la funzione strategica in capo alla direzione generale e al collegio di direzione e quella tecnico-professionale e gestionale in capo ai dirigenti delle strutture complesse e semplici dipartimentali, con chiara determinazione delle differenti responsabilità e competenze;
- adozione del modello dipartimentale per l'organizzazione delle attività assistenziali e socio assistenziali territoriali, di ricerca, didattiche e di prevenzione. Il dipartimento rappresenta la struttura deputata all'efficacia della funzione cui è preposto e al conseguimento di sinergie ed efficienze attuabili mediante azioni di interscambio e condivisione delle risorse. I dipartimenti

sono finalizzati a costruire la reale integrazione dell'attività dei professionisti della rete di assistenza, la collaborazione multidisciplinare attraverso lo sviluppo di percorsi di cura a livello di strutture organizzative diverse. In particolare, l'individuazione delle strutture dipartimentali ospedaliere è orientata ad un modello di organizzazione per intensità e gradualità delle cure, per favorire il progressivo superamento dell'articolazione per reparti differenziati secondo la disciplina specialistica. Tutti i dipartimenti si interfacciano, per gli aspetti di competenza, con la struttura denominata Direzione Professioni Sanitarie (Di.P.Sa.) che esercita la funzione di seguito descritta di governo delle professioni sanitarie. Il funzionamento dei dipartimenti è normato da apposito regolamento aziendale. Sono organi del dipartimento il Direttore del dipartimento ed il comitato di dipartimento;

- governance aziendale assicurata attraverso la semplificazione organizzativa, la responsabilizzazione del collegio di direzione e l'articolazione del processo decisionale basato sulla partecipazione e sulla responsabilità diffusa, con largo ricorso all'istituto della delega;
- garanzia della continuità assistenziale, intesa come presa in carico globale del cittadino/paziente, secondo la logica ospedale-territorio-servizi sociali e articolazione per processi, ovvero la ricostruzione dell'organizzazione basata non sulle discipline ma sul percorso che il cittadino e il paziente sono chiamati a intraprendere per fruire del servizio;
- articolazione della rete dei servizi territoriali nei distretti sanitari della ASL ai quali compete la governance dell'insieme dei servizi territoriali. Il Distretto è quindi l'articolazione aziendale deputata a garantire l'erogazione dei servizi essenziali di assistenza sul territorio. Tale modello è orientato a garantire la continuità assistenziale nella presa in carico e nei percorsi di cura fra territorio ed ospedale e viceversa, definendo alcuni interventi strategici finalizzati al rafforzamento della governance del sistema territoriale e alla valorizzazione del ruolo svolto dall'Assistenza Primaria, nelle sue forme organizzative multidisciplinari e multiprofessionali, nella risposta ai bisogni di salute della popolazione;
- in particolare, fa capo al distretto l'erogazione dell'assistenza primaria sul proprio territorio anche tramite lo sviluppo delle nuove forme organizzative con caratteristiche potenzialmente riconducibili ai profili della rete aggregazioni funzionali territoriali (AFT) e unità complesse di cure primarie (UCCP). Con DGR n. 3-4287 del 29/11/2016 la Regione ha approvato le linee di indirizzo per l'avvio e lo sviluppo del modello sperimentale di assistenza Primaria: le Case della Salute. Infatti, queste troveranno definizione e avvio nell'ambito della programmazione distrettuale;
- il distretto costituisce centro di responsabilità e di autonomia gestionale ed economica, nell'ambito degli indirizzi della direzione strategica dell'ASL, coerentemente con la programmazione regionale. Con le risorse assegnate e in relazione agli obiettivi di salute, il distretto definisce il Programma delle attività territoriali-distrettuali (PAT) in coerenza con lo schema tipo e gli indirizzi regionali.

Con DGR 27 luglio 2015, n. 42-1921 la Regione ha modificato e integrato principi e criteri per l'organizzazione delle aziende sanitarie e per l'applicazione dei parametri standard per l'individuazione delle strutture semplici e complesse, dando disposizione alle aziende sanitarie di procedere alla riadozione degli atti aziendali.

Sulla base del citato provvedimento questa Azienda ha approvato il nuovo atto aziendale in data 19 ottobre 2015 con delibera n. 408 (successivamente modificato con le seguenti deliberazioni: n. 706 del 24/7/2017, n. 548 dell'8/5/2019, n. 743 del 31/12/2020, n. 272 del 7/05/2021, n. 663 del 18/10/2022 e n. 777 del 30/10/2023).

L'Azienda nel biennio 2024-2025 ha terminato il processo di riorganizzazione aziendale avviato con la deliberazione n. 663 del 18/10/2022 e proseguito con la deliberazione n. 777 del 30/10/2023.

## MEDICINA GENERALE

Relativamente alla medicina generale, l'Azienda opera mediante 192 Medici di Medicina Generale che assistono complessivamente una popolazione pari a 267.046 persone, e 26 pediatri che assistono complessivamente una popolazione pari a 27.299 bambini.

Nella tabella che segue vengono riportati i dati suddivisi per distretto:

Distretti	Dati al 31/12/2024		Dati al 31/12/2025	
	Titolari	Assistiti	Titolari	Assistiti
<b>MEDICI GENERICI</b>				
Chieri	63	88.643	67	89.654
Carmagnola	33	46.029	30	45.607
Moncalieri	47	66.755	49	65.807
Nichelino	45	66.737	46	65.978
<b>Totale</b>	<b>188</b>	<b>268.164</b>	<b>192</b>	<b>267.046</b>
<b>PEDIATRI DI LIBERA SCELTA</b>				
Chieri	8	8.108	9	9.038
Carmagnola	4	4.349	4	4.492
Moncalieri	7	8.026	6	6.934
Nichelino	7	6.150	7	6.835
<b>Totale</b>	<b>26</b>	<b>26.633</b>	<b>26</b>	<b>27.299</b>

Distretti	Dati al 31/12/2024		Dati al 31/12/2025	
	Titolari	Assistiti	Titolari	Assistiti
<b>TOTALE</b>				
Chieri	71	96.751	76	98.692
Carmagnola	37	50.378	34	50.099
Moncalieri	54	74.781	55	72.741
Nichelino	52	72.887	53	72.89
<b>TOTALE AZIENDA</b>	<b>214</b>	<b>294.797</b>	<b>218</b>	<b>294.345</b>

Il contesto demografico e sociale sopra descritto del territorio dell'ASL TO5 genera una serie di sfide che richiedono nuove soluzioni che passano anche dalla costruzione delle Case della Comunità, in termini di promozione dei cosiddetti medicina e welfare di iniziativa:

▣ **Invecchiamento della popolazione:** l'aumento della domanda di assistenza per patologie croniche, supporto alla non autosufficienza e prevenzione della solitudine, attraverso servizi domiciliari innovativi e dignitosi, l'utilizzo delle nuove tecnologie e il consolidamento della dimensione di comunità e prossimità.

▣ **Disuguaglianze territoriali:** difficoltà di accesso ai servizi per i cittadini che vivono in aree rurali, aggravate dalla scarsità di mezzi di trasporto e dalla mancanza di personale sanitario

▣ **Aumento della vulnerabilità sociale:** sono evidenti nuove povertà, marginalità e isolamento sociale che necessitano di interventi integrati sanitari e sociali e della promozione di un ecosistema collaborativo e non competitivo

Le Case della Comunità rappresentano dunque un'opportunità per affrontare queste sfide attraverso:

- ▮ **Servizi di prossimità:** ampliamento dell'assistenza domiciliare integrata e implementazione di unità mobili per raggiungere aree periferiche, anche grazie alla presenza degli infermieri di comunità.
- ▮ **Innovazione tecnologica:** utilizzo di telemedicina, piattaforme digitali e strumenti di monitoraggio remoto per garantire continuità assistenziale.
- ▮ **Integrazione socio-sanitaria:** creazione di equipe multidisciplinari che mettono in comune conoscenze ed analisi e collaborano con il Terzo Settore per offrire un supporto personalizzato e coordinato.
- ▮ **Partecipazione attiva dei cittadini:** coinvolgimento della comunità nella co-programmazione, co-progettazione e co-produzione dei servizi, incentivando modelli di welfare di comunità e solidarietà.

Questo percorso di co-programmazione mira a creare una visione condivisa e partecipata per la realizzazione di Case della Comunità che siano in grado di rispondere alle specifiche esigenze del territorio dell'ASL TO5, valorizzando il contributo di tutti gli attori coinvolti.

## LA CO-PROGRAMMAZIONE CON IL TERZO SETTORE

Il coinvolgimento degli Enti del Terzo Settore nella co-programmazione delle Case della Comunità è strategico e si inserisce nel quadro di una governance partecipativa che mira a valorizzare il contributo della società civile organizzata nella programmazione e gestione dei servizi socio-sanitari territoriali. Gli ETS, all'interno del presente tavolo di co-programmazione, sono dunque chiamati a collaborare in:

Analisi dei bisogni locali:

- mappare i bisogni e le risorse socio-sanitari del territorio, grazie alla loro conoscenza capillare della comunità. o rilevare le necessità specifiche di categorie vulnerabili, come anziani, disabili, minori e migranti.

Definizione degli obiettivi strategici:

- Pianificazione collaborativa degli interventi da realizzare nelle Case della Comunità, sulla base delle esigenze reali.
- Sulla base della loro esperienza e conoscenza dei contesti locali, promozione di approcci inclusivi e innovativi, con un focus sull'integrazione tra servizi sociali e sanitari.

Promozione della partecipazione comunitaria:

- **Facilitare il coinvolgimento attivo della cittadinanza**, rappresentando un ponte tra le istituzioni e i cittadini, basato sulla fiducia e sulla condivisione del bene comune o Costruire insieme il senso di appartenenza e fiducia alle Case della Comunità, come luoghi di riferimento per la salute e il benessere, visibili e accessibili. Integrazione delle competenze:
- **Mettere a disposizione potenziali competenze specifiche** in ambiti come la prevenzione, l'assistenza domiciliare, il trasporto sociale, il supporto psicologico e l'educazione sanitaria. o Promuovere modelli di intervento basati sulla solidarietà e sulla mutualità.
- **Promuovere la presa in carico integrata dei pazienti cronici**: obiettivo è favorire un accesso equo alle risorse di prossimità con finalità di sostegno e accompagnamento, con particolare rilevanza al tema dei trasporti dal domicilio alle strutture sanitarie
- **Promuovere la presa in carico integrata di pazienti affetti da patologie in fase diagnostica**: obiettivo è favorire un accesso equo alle risorse di prossimità con finalità di sostegno e accompagnamento, con particolare rilevanza al tema dei trasporti dal domicilio alle strutture sanitarie
- **Promuovere spazi di ascolto**: obiettivo è garantire il confronto dei cittadini con Associazioni con finalità di natura conoscitiva e informativa relativamente al tema del fine vita
- **Promozione la costruzione di reti socio sanitarie per cittadini stranieri**: obiettivo è garantire supporto per l'avvicinamento ai servizi sanitari (MMG, PLS, vaccinazioni..) attraverso l'accompagnamento ai servizi amministrativi (Centri ISI, Questura...)
- **Promuovere la costruzione di reti sociali per giovani e famiglie**: obiettivo è:
  - promuovere, in particolare nei territori maggiormente disagiati e periferici, attività ludico ricreative tra peer e spazi educativi di socializzazione, quale strumento facilitante l'emersione delle fragilità in ottica di prevenzione dei fenomeni di cyberbullismo, body shaming, utilizzo dei chatbot AI
  - avvicinare le famiglie e i giovani ai percorsi di salute, attraverso l'accompagnamento alle risorse comunitarie
- **Promuovere l'intercettazione precoce dei fenomeni relativi alla violenza di genere e intrafamiliare**: obiettivo è individuare risorse pubbliche e private per garantire l'informativa costante sulla tematica e l'accesso ai percorsi di sostegno in sinergia pubblico e privato