

Quali metriche servono per le Case della comunità?*

La Casa
della comunità
presa sul serio

Giuseppe Costa**, Silvia Pilutti***, Roberto Di Monaco****

Grazie al PNRR le Case e gli Ospedali di comunità sono centinaia di nuovi luoghi in cui è in corso un imponente riordino dei punti di erogazione dell'assistenza territoriale, che si accompagna ad innovazioni organizzative, tecnologiche e dei processi assistenziali. Queste trasformazioni aspirano anche dichiaratamente a far sì che si crei nuovo valore in termini di più salute e più capacità tra gli assistiti, più equità nei risultati e maggiore integrazione e cooperazione tra professioni e tra gli attori della comunità. In questa fase preliminare in cui si stanno completando i cantieri alcune esperienze locali più avanzate stanno prendendo sul serio queste aspirazioni provando a coinvolgere la comunità in una sperimentazione partecipata delle innovazioni. L'Associazione Prima la Comunità col sostegno di alcune Fondazioni Bancarie ha avviato un Laboratorio di accelerazione delle innovazioni nelle Case della comunità che coinvolge in un percorso di ricerca-azione alcune di queste esperienze pilota, per imparare da loro quali siano i fattori di successo nell'attivazione delle comunità verso obiettivi comuni di promozione e cura della salute. Nel suo percorso di apprendimento il Laboratorio utilizza una griglia di osservazione che indaga quanto sia importante il fatto che tutti gli attori condividano conoscenze appropriate su come si distribuiscono la salute nella comunità da un lato e le capacità degli attori dall'altro (Pilutti 2024). Queste conoscenze se condivise tra tutti gli attori della comunità potrebbero far crescere una comprensione comune dei bisogni di salute che è il valore

* Il testo costituisce la rielaborazione, frutto della collaborazione tra i tre Autori, dell'intervento svolto da Giuseppe Costa durante il workshop "La Casa della comunità presa sul serio" (Castelfranco Emilia, 29 maggio 2025), nell'ambito del PRIN "Il diritto costituzionale della salute e dell'organizzazione sanitaria, dopo l'emergenza della pandemia" (p.i. prof. Renato Balduzzi). Il contributo è destinato al volume "La Casa della comunità presa sul serio", a cura di R. Balduzzi e D. Servetti, Pisa, Pacini, 2026, in corso di pubblicazione.

** Professore emerito di Igiene, epidemiologia e sanità Pubblica nell'Università di Torino, giuseppe.costa@unito.it.

*** Psic-sociologa, Prospettive ricerca socio-economica s.a.s., silvia.pilutti@prospettivericerca.it.

**** Professore associato di Sociologia dei processi economici e del lavoro nell'Università di Torino, roberto.dimonaco@unito.it.

da creare e del come farlo insieme che sono le capacità da far crescere per tutti. Queste grandezze, se rilevate, monitorate e condivise sistematicamente, permetterebbero a questi ambiziosi obiettivi di essere più che “aspirazionali”, diventando esigibili perché misurabili e verificabili nei processi e nei risultati. Chiameremo queste due grandezze la metrica della salute e la metrica dell’empowerment, la cui importanza è emersa dall’esame critico di due esperienze: quella delle Microaree di Trieste (Di Monaco et al 2020) e quella del profilo di salute di Torino (Zengarini et al 2021), esperienze che vengono di seguito sintetizzate. Nel caso studio di Torino la Città e l’ASL di Torino hanno coinvolto cinquanta stakeholder che si sono impegnati a studiare il profilo delle disuguaglianze di salute nella città e hanno lavorato insieme per a) indagarne le caratteristiche allo scopo di co-interpretare attraverso quali meccanismi nascano queste disparità sociali di salute e quali siano le possibili soluzioni che risiedono tra le maglie delle azioni/interventi di responsabilità degli attori locali; b) confrontarsi tra loro per co-decidere quali di queste azioni/interventi sia a maggiore impatto e quindi prioritaria per la riduzione delle disuguaglianze di salute; c) ingaggiare le comunità locali più deprivate nella co-creazione di azioni/interventi a maggiore impatto. Dalla storia di Torino, tuttora in corso, si è appreso quanto possa essere importante mettere a disposizione di tutti gli attori una metrica comune che permetta loro di costruirsi un’immagine condivisa dei bisogni del territorio e della comunità: dati sulla loro frequenza e gravità e sulla loro evitabilità attraverso appropriate soluzioni. In questo modo ogni attore può aggiustare spontaneamente le decisioni e la programmazione di sua competenza in modo da concorrere al miglioramento della salute della comunità attraverso la mitigazione delle disuguaglianze che sono sotto il suo controllo e che ritiene ingiuste. Se poi questo concorso di intenzioni si trasforma in un piano di azione guidato dalle istituzioni pubbliche allora questa innovazione partecipata può entrare nel funzionamento ordinario delle istituzioni della comunità; nel caso torinese questo processo ha appunto intercettato la programmazione del piano locale cronicità, in prima istanza del piano sul diabete. Dunque, il caso di Torino suggerisce che la disponibilità di dati per alimentare la metrica della salute disuguale fornisce agli attori della comunità un linguaggio comune utile far riconoscere da tutti l’esistenza di un bisogno in quanto spazio di miglioramento raggiungibile attraverso azioni di riduzione delle disuguaglianze di salute evitabili. Il caso delle Microaree di Trieste è un’esperienza virtuosa di welfare generativo dove tre amministrazioni locali (servizi sociali dei comuni, sanità dell’ASL ed edilizia residenziale pubblica) hanno organizzato insieme un luogo dedicato per ognuna delle 15 Microaree della città ad alta densità di bisogno, un luogo abitato da tutti gli attori dei relativi servizi pubblici e del volontariato della città, animati e coordinati da una figura professionale apposita, incaricata di cercare e censire i bisogni che possono avere un impatto sulla salute e intermediarne la possibile soluzione con i servizi o le altre risorse della comunità. Negli anni dell’austerità del passato decennio le amministrazioni pubbliche hanno commissionato una ricerca di valutazione dell’impatto di questa esperienza per poter giudicare della sostenibilità del modello. Con i quaranta operatori delle MA la ricerca ha indagato quali fossero i meccanismi sociali che l’intervento sapeva attivare e ha identificato più di venti tipologie di bisogni/problemi alla cui soluzione l’intervento poteva concorrere, conclu-

dendo con una matrice di meccanismi e bisogni che è stata utilizzata come griglia per esaminare retrospettivamente le storie di 600 tra soggetti trattati e soggetti di controllo. L'analisi ha dimostrato che il trattamento copriva i soggetti a maggior rischio, migliorando significativamente la capacità di risoluzione dei bisogni/problemi attraverso la creazione di relazioni sociali di aiuto e di fiducia non solo tra servizio e assistito, ma anche tra operatori, tra servizi e con altre risorse della comunità. Gli esiti di salute esplorati erano di segno positivo, sia per quanto riguarda la salute mentale sia per l'uso inappropriato dei ricoveri. Il caso di Trieste ci ha dimostrato quanto sia cruciale identificare con gli attori le relazioni sociali che contano per risolvere i bisogni/problemi, dar loro un nome e misurarle con una apposita metrica dell'empowerment, perché la cura di questo tipo di capitale sociale che sa risolvere problemi è di per sé un effetto intermedio, stabile nel tempo, di grande valore per la salute.

Dopo l'approvazione del DM 77 e la progettazione delle nuove Case della comunità nell'area torinese alcune ASL hanno stabilito di chiedere agli attori del distretto di immaginare che le nuove Case della comunità siano già costruite (cosa che accadrà fra un anno al più) e di incominciare a provare pratiche di progettazione integrata e partecipata (Costa e al. 2022). Fondandosi proprio sulle due esperienze prima citate di Torino e Trieste, il servizio regionale di epidemiologia ha elaborato per questi tavoli intersettoriali di distretto un dossier sulla salute disuguale nella popolazione del distretto. Nel dossier sono descritte le disuguaglianze in più di cento indicatori, alcuni di bisogno (ad esempio frequenza di una malattia cronica come il diabete), altri di uso dei livelli di assistenza (ad esempio accesso a prestazioni chirurgiche non urgenti) e altri ancora di qualità dell'assistenza ricevuta (ad esempio interventi di rivascolarizzazione di un infarto entro 90' dall'evento). Per disuguaglianze si intendono le disuguaglianze tra aree geografiche sub-distrettuali e le disuguaglianze sociali (secondo diverse dimensioni di svantaggio sociale). In questo modo gli attori che partecipano al tavolo avrebbero la possibilità di identificare le disuguaglianze più intense e significative su cui concentrare le proprie conoscenze e competenze per spiegarne i meccanismi di generazione, stimarne l'evitabilità e trovarne i soggetti responsabili. In questo modo si potrebbero definire obiettivi sotto forma di sia di riduzione delle disuguaglianze (metrica della salute disuguale) sia di arricchimento delle relazioni sociali tra attori (metrica di empowerment), obiettivi che potrebbero concorrere a programmare il lavoro della nuova Casa della comunità. Dunque, il presupposto di queste nuove sperimentazioni sulle Case della comunità nell'area Torinese è che la metrica della salute disuguale sia utile per ingaggiare gli attori della comunità. Nell'esperienza torinese constatare che la frequenza di diabete a parità di età raddoppia passando dall'area più ricca a quella più povera della città è una informazione che non lascia indifferente nessuno degli attori: perché il diabete è distribuito in modo così disuguale? Di chi è la colpa? Di come ci si ammala o di come si viene curati? Queste sono altrettante domande che gli attori incominciano a porsi per cercare spiegazioni tra le conoscenze di cui sono portatori o richiedendo nuovi dati epidemiologici. Ad ogni spiegazione corrispondono possibili azioni di correzione; è così che il diabete disuguale fa partire un ciclo di *audit and feedback* che consegna alle Case della comunità le basi per iniziare e gestire cambiamenti.

Analogamente vedere che in uno specifico Distretto solo le persone più povere di competenze e risorse sociale non riescono a recuperare la frequenza di interventi di protesì al ginocchio che avevano prima della pandemia, oppure osservare che sempre i più poveri che hanno un infarto hanno meno probabilità di essere rivascolarizzati entro 90' inducono gli attori della comunità a chiedersi perché sia così disuguale l'accesso a questi livelli di assistenza di provata efficacia, e ancora una volta questa metrica dell'accesso disuguale alle cure fornisce agli attori una più chiara comprensione delle situazioni più critiche che richiederebbero un intervento di correzione. Questa consapevolezza agisce come un catalizzatore, informa e motiva le persone all'azione, poiché vedono dove concentrare gli sforzi per risolvere efficacemente il problema. Anche in questo contesto la metrica della salute disuguale può utilmente innescare un ciclo di *audit and feedback* mirato a scoprire cause, soluzioni e azioni di correzione, un lavoro che si fa insieme, andando molto oltre semplici accordi di carattere formale, facendo così crescere il capitale sociale di quella comunità, un capitale sociale rivolto a risolvere la disuguaglianza nei bisogni, un capitale sociale che potrebbe essere misurato con una sua apposita metrica di *empowerment*. A partire da questi primi due strumenti (metrica di salute disuguale e di *empowerment*) l'acceleratore di innovazioni delle Case della comunità sta incontrando e lavorando con venti pratiche significative che si sono cimentate in Italia e non solo ad innovare organizzazione, procedure e strumenti dell'assistenza socio-sanitaria territoriale in modo partecipato, allo scopo di scoprire insieme qual siano i fattori distintivi delle pratiche coi migliori risultati. Questo Osservatorio renderà pubblici i suoi risultati entro la metà del 2026.

Riferimenti bibliografici

- Costa G., Di Monaco R., Pilutti S., Dall'Occo F., Bena A., Fasano P., Gnavi R., Landriscina T., Migliardi A., Picariello R., Spadea T., Strippoli E., Zengarini N. (2022). *L'opportunità del PNRR: le Case della comunità*, in Dipartimento di Epidemiologia del Servizio Sanitario Regionale del Lazio, Salute ed equità nella Regione Lazio, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma, ISBN 9788849007510.
- Di Monaco R., Pilutti S., d'Errico A., Costa G., (2020), *Promoting health equity through social capital in deprived communities: a natural policy experiment in Trieste, Italy*, Social Science & Medicine – Population Health, Elsevier, ISSN: 2352-8273, 12 (2020) 100677 1-11.
- Pilutti S., Di Monaco R. e Costa G. (2024), *Guida per la raccolta e la valorizzazione delle esperienze verso le Case della comunità*, LABORATORIO NAZIONALE Acceleratore dell'innovazione nelle Case della comunità, Prospettive ricerca socio-economica Editrice, Torino, 1a edizione, aprile 2024, Pag.1-27, ISBN 978-88-907930-6-6
- Zengarini N., Pilutti S., Marra M., Scavarda A., Stroschia M., Di Monaco R., Beccaria F. & Costa G. (2021): *Focusing urban policies on health equity: the role of evidence in stakeholder engagement in an Italian urban setting*, Cities & Health, DOI: 10.1080/23748834.2021.1886543