DOI:10.48291/SISA.68.4.7 Sistema Salute, 68, 4, 2024: pp. 497-508

La metrica di salute per guidare e valutare le innovazioni nel PNRR[1]

The health metric to guide and evaluate innovations in NRRP

Giuseppe Costa*

**Dipartimento di Scienze Cliniche e Biologiche Università degli Studi di Torino*

Parole Chiave: disuguaglianze sanitarie, metrica, assistenza integrata di comunità

RIASSUNTO
Tra le dimensioni del benessere, la salute è quella percepita come più importante dagli individui e dalle comunità. È anche più facile da misurare. La distribuzione della salute nella popolazione può quindi essere la metrica più utile per identificare i problemi e cercare soluzioni. Particolarmente eloquente è la ricerca delle disuguaglianze sanitarie, perché mostrano che qualcuno ha fatto meglio di qualcun altro e che il cambiamento è possibile migliorando le condizioni di vita e l'accesso alle cure per tutti. Pertanto, la metrica della salute diseguale può essere la chiave per attivare un cambiamento, da proporre alla comunità locale e ai professionisti che costruiscono le nuove Case di Comunità.

Key Words: health inequalities, metric, integrated community care

ABSTRACT
Among the dimensions of well-being, health is the one perceived as most important by individuals and communities. It is also easier to measure. The distribution of health in the population may therefore be the most useful metric for identifying problems and looking for solutions. Particularly eloquent is the search for health inequalities, because they show that someone has done better than someone else and that change is possible by improving living conditions and access to care for all. Therefore, the metric of unequal health can be the key to activating a change, to be proposed to the local community and to the professionals who build the new Community Houses.

[1] Questo documento è il risultato di due esperienze pilota che stanno usando la metrica della salute disuguale per indirizzare le innovazioni del PNRR e del Piano Cronicità, rispettivamente nella ASLTO3 e nella ASL Città di Torino; le esperienze sono descritte in dettaglio nelle due seguenti pubblicazioni,di cui questo contributo è una sintesi (1, 2).

Autore per corrispondenza: giuseppe.costa@unito.it

Innovazioni non solo materiali

La missione 6 del PNRR riguarda investimenti strutturali e di processo che la programmazione nazionale ha disciplinato tramite standard per Ospedali di Comunità (OdC), Case della Comunità (CdC) e Centrali Operative Territoriali (COT), standard che a loro volta le regioni stanno trasferendo nella programmazione applicativa nelle aziende sanitarie. In molti è viva la preoccupazione che questi investimenti strutturali non siano capaci di promuovere anche nuovi contenuti per la sanità territoriale, in termini di una salute più ricca e giusta, livelli di assistenza più coordinati e integrati, più sanità di iniziativa e di prossimità, più efficienza nei processi, migliore cooperazione tra politiche locali rilevanti per la prevenzione e la cura, e maggiore partecipazione di tutti gli attori della comunità locale. I riferimenti teorici per queste innovazioni di contenuto e processo sono stati ben elaborati nel modello di *Integrated Community Care* (3) che si caratterizza per alcune cifre distintive di seguito riassunte.

La comunità per la salute che vorremmo

Il sistema con tutti i suoi attori e strumenti deve essere centrato sul valore (di benessere e salute) da creare per la persona, in modo proporzionale al bisogno. Un bisogno che va cercato attivamente tramite una lettura plurale e corale del territorio e dei suoi bisogni da parte delle persone che ne diventano così protagoniste. Questo requisito definisce quindi la metrica da usare per la programmazione e valutazione del sistema, una metrica di salute, misurabile attraverso indicatori specifici, da distribuire nella popolazione nel modo più equo possibile.

La ricerca dei bisogni e delle soluzioni (a loro volta basate su prove di efficacia) segue un approccio di iniziativa e non di attesa: questo requisito richiede un atteggiamento di ricerca attiva/anticipazione dei rischi e dei bisogni, e di relativa presa in carico secondo gli indirizzi delle linee guida, contestualizzate in percorsi specifici per il territorio pensati per rispondere anche a chi è in condizione di maggiore vulnerabilità sociale, seguendo una logica di capacitazione e generazione di autonomia.

Tutti gli attori del territorio concorrono a questo scopo, quelli dei servizi pubblici e convenzionati, dei servizi sanitari e sociali, degli enti locali, come gli attori del privato produttivo e sociale, orientando i loro stili di impresa (privato) o di management (pubblico) in modo intersettoriale e multilivello.

Le soluzioni introdotte dalle innovazioni nascono da un processo di ricerca-azione in cui tutti questi attori imparano valutando cosa funziona meglio, partendo dalla esperienza e dal confronto, configurando in questo modo un governo che è al tempo stesso orizzonta-

le, perché aperto a tutti i contributi, e competente, perché capace di apprendere dai dati dell'esperienza. Le soluzioni introdotte devono poi essere sostenibili, cioè devono essere introdotte per funzionare nell'ordinario e non solo nei progetti sperimentali.
In questo modo nel territorio si fa crescere anche il capitale sociale, cioè una speciale capacità di generare nuove risorse e funzionamenti nelle persone della comunità, attraverso nuovi linguaggi, culture e meccanismi di *governance* i cui benefici possono andare oltre quelli di salute per cui l'innovazione nasce.
Le CdC dovrebbero essere il luogo, l'occasione, il simbolo di questa trasformazione a cui gli attuali servizi del territorio nei vari luoghi in cui operano e gli attuali attori della comunità sono chiamati a partecipare come agenti del cambiamento.

Un metaPDTA ampio e flessibile per la cronicità

Cosa devono fare (e cosa non debbono fare) questi attori per tendere a questo modello, rinnovando i luoghi delle cure sanitarie e sociali e della prevenzione, il loro ruolo e le loro competenze, compresi gli strumenti di loro responsabilità?
Seguendo le priorità del *Piano Nazionale Cronicità* e del *Piano Nazionale Prevenzione*, occorre progettare e implementare un *meta*PDTA per le malattie croniche e la non autosufficienza che si preoccupi di disciplinare con procedure tecniche di provata efficacia tutta la piramide del fabbisogno (dalla prevenzione alla autocura, alla presa in carico e cura di ogni importante malattia cronica, alla presa in carico della multi-morbosità e fragilità). Questo *meta*PDTA deve integrare il contributo di base e specialistico di ogni figura professionale in processi regolati e condivisi nelle responsabilità; deve integrare la responsabilità sanitaria con quella sociale e delle altre politiche locali; deve attivare relazioni orizzontali di cooperazione e responsabilità con tutte le risorse per la salute che sono mobilitabili nella comunità e nel territorio, per farli diventare una comunità e un territorio che curano; deve investire sui nuovi formati e processi stabiliti da un competente *service design* per dematerializzare e semplificare processi e prodotti intorno al fascicolo elettronico e alla telemedicina; deve imparare ad apprendere dalla propria esperienza attraverso un sistema di valutazione continuo e una metrica di misura dei prodotti e dei risultati. Questo impegno deve riguardare le principali malattie croniche e le limitazioni funzionali e la loro integrazione reciproca nel *meta*PDTA, in un approccio di medicina di iniziativa che sia fatto su misura della stratificazione del rischio, per ottimizzare le capacità e competenze di prevenzione, autocura, aderenza a linee guida fino al piano di assistenza individuale per la gestione della fragilità.
Per questo traguardo oltre al luogo della CdC occorrono alcuni prerequisiti, come un'a-

deguata infrastruttura informativa, un modello utile per la stratificazione del rischio e per il monitoraggio degli indicatori di processo e risultato dei PDTA, una funzione di raccordo e capacitazione come quella dell'Infermiere di Famiglia e Comunità (IFeC), un meccanismo di ricerca-azione che permette di apprendere dalle esperienze.
Per ognuna di queste innovazioni i territori possono contare già su esperienze esemplari che hanno coinvolto molti attori dentro e fuori la sanità locale. Serve un investimento iniziale di ingaggio, armonizzazione e arricchimento di competenze attraverso formazione, accompagnamento, valutazione, meccanismi incentivanti per allargare sempre di più la comunità degli agenti che conoscono e possono moltiplicare queste linee di cambiamento, motivandoli attraverso miglioramenti che li riguardano da vicino. Però serve anche un filo rosso che permetta di far convergere l'impegno di tutti verso i risultati su una salute più ricca ed equa.

Una metrica di salute per le Case della Comunità nella ASL TO3

Il traguardo di un benessere più abbondante e giusto nella comunità dipende dalle scelte che ogni attore deve fare nel suo settore di competenza, sanitario e non sanitario. Ognuno di questi settori si prefigge risultati di promozione e salvaguardia del benessere (l'esito ultimo degli sforzi delle politiche pubbliche) che si misurano su metriche spesso tra loro non comunicanti, con la conseguenza che proprio uno dei requisiti della CdC che è la condivisione della responsabilità tra settori diversi non si riesce a realizzare per carenza di una metrica comune di comunicazione tra i settori.
In questo contesto la salute ha molte ragioni per candidarsi ad essere una delle metriche più utili per far dialogare i diversi settori, perché tra tutte le dimensioni del benessere quella della salute è la più analiticamente rilevata in tutta la popolazione in modo continuo nel tempo, e perché è quella trasversalmente sensibile all'influenza di tutti i settori come insegna l'approccio di "*Health in All Policies*". Del resto, proprio nella recente pandemia si è dimostrato come tutte le scelte quotidiane della società (dal tempo libero, alla scuola, al lavoro, ai trasporti) venissero influenzate dai bollettini sull'andamento dei contagi e delle conseguenze della malattia; questa primogenitura della salute come metrica su cui misurare le scelte di tutte le politiche è un lascito che la pandemia consegna al senso comune e che va valorizzata. Questa metrica diventa ancora più eloquente quando la si declina lungo l'asse delle disuguaglianze sociali e geografiche perché la salute disuguale sta a rivelare se qualcuno ha fatto meglio di qualcun altro, dimostrando così che si può fare e dando una misura del potenziale di miglioramento che ogni azione può guadagnare in termini di benessere. Questa metrica è anche quella che la nuova economia e finanza

di impatto si aspettano di maneggiare per fare scelte ben informate di priorità di investimento ex ante e valutarne l'impatto ex post.
È così che alcuni progetti pilota di CdC si stanno costruendo intorno al filo rosso della metrica di salute ed equità. È il caso della esperienza della ASL TO3 dove la Direzione generale ha dato mandato ai suoi distretti di programmare l'introduzione delle innovazioni della sesta missione del PNRR come se le CdC fossero già insediate, incaricando un tavolo intersettoriale di distretto di cominciare con una analisi dei bisogni prioritari. Per questo scopo l'osservatorio epidemiologico ha dotato ogni tavolo di distretto di un dossier di un centinaio di indicatori che descrivono le disuguaglianze nei bisogni del proprio territorio, distinti in tre categorie: a) le disuguaglianze territoriali e sociali in incidenza, prevalenza e mortalità nelle principali malattie croniche (che corrispondono ai traguardi del profilo di salute del PNP-Piano Locale di Prevenzione e del PNC-Piano Locale Cronicità); b) le disuguaglianze territoriali e sociali in esiti dell'assistenza (che sono il traguardo del programma nazionale esiti PNE); c) le disuguaglianze territoriali e sociali nella ripresa di un equo accesso a prestazioni e interventi dopo la pandemia (traguardo del sistema di garanzia dei LEA).
Nella tabella 1 è descritta una selezione esemplificativa di questi tre tipi di indicatori esaminati alla luce di un indicatore composito di svantaggio individuale. Per quanto riguarda i bisogni, i dati mostrano che la presenza di più di uno svantaggio sociale a carico dell'assistito determina un aumento del rischio di avere due o più malattie croniche (3,8% contro il 2,4% tra chi non ha svantaggi), o di essere in una condizione di fragilità clinica (12,2% contro 5,8%). Per quanto riguarda l'accesso ai LEA il fatto di trovarsi in una condizione di svantaggio sociale può condizionare la facilità di recupero dell'accesso a prestazioni diagnostiche o interventistiche ritardate a causa della pandemia: ad esempio agli assistiti senza svantaggi nel 2021 manca solo un 10,7% di interventi di protesi del ginocchio per recuperare i livelli di accesso che avevano prima della pandemia; mentre agli assistiti con più di uno svantaggio mancavano ancora il 32,1% di interventi prima di recuperare i livelli di accesso raggiunti prima della pandemia. A proposito di risultati e di qualità dell'assistenza ricevuta, tra gli assistiti con più di uno svantaggio solo il 40,9% degli anziani con frattura di femore avevano un intervento chirurgico entro le 48 ore, mentre tra quelli senza svantaggi sociali il 51,9% riusciva ad essere operato entro le 48 ore.

ASL TO3	**Indice composito individuale di svantaggio sociale***			
		Nessuno svantaggio	**1 svantaggio**	**2 o più svantaggi**
Indicatori di bisogno	*Prevalenza % standardizzata 2019*			
	Almeno 2 malattie croniche	2,41	2,79	3,80
	Indice di fragilità (% oltre il 90esimo percentile)	5,79	10,71	12,17
Indicatori di accesso (progetto MIMICO)	*Variazione % volumi 2021 vs 2019 (periodo gennaio-luglio)*			
	Interventi di protesi del ginocchio	-10,67	-24,14	-32,08
	Interventi di protesi d'anca	-10,06	-13,65	-27,27
	Interventi per tumore maligno della mammella	-3,98	5,26	-22,86
	Prima visita cardiologica	-11,58	-32,65	-25,95
	Prima visita oncologica	57,73	-11,66	3,91
	Visita psichiatrica di controllo	-11,19	-36,27	-31,99
	Ecocardiografia	-10,04	-27,01	-18,81
Indicatori di esito (PReValE)	*Prevalenza % standardizzata 2019*			
	Stemi: % trattati con PTCA entro 90'	84,61	85,20	75,26
	% prostatectomia trans uretrale per iperplasia benigna	65,20	61,52	57,04
	Frattura femore: % intervento chirurgico entro 48 h	51,90	47,67	40,87

Tabella 1. Disuguaglianze sociali in alcuni esempi di bisogno, accesso ai LEA e risultati nella ASL TO3

*componenti indice: istruzione dell'obbligo, indice di affollamento, titolo di godimento in affitto o case popolari (informazione disponibile solo per i soggetti con 30 anni o più di età presenti al censimento)

Oltre all'indicatore composito di svantaggio sociale, il dossier permetteva di esaminare le disuguaglianze per residenza, sesso, età, condizione migratoria, livello di istruzione, qualità dell'abitazione, deprivazione dell'area di residenza.
Il profilo geografico e sociale dei bisogni di salute, dei LEA e dei loro esiti dimostra che ci sono importanti disuguaglianze geografiche e disuguaglianze sociali che vanno spiegate e se necessario corrette; disuguaglianze che ogni Distretto può prendere come

riferimento per stabilire priorità negli impegni di innovazione e integrazione dell'assistenza territoriale e della continuità assistenziale che sono all'ordine del giorno in questa fase di progettazione della CdC. In effetti l'uso di questo strumento epidemiologico è stato dapprima sperimentato con soddisfazione in un distretto della ASL TO3 e sulla base dei risultati esteso agli altri quattro distretti, con un mandato esplicito della direzione aziendale di vincolare la progettazione delle CdC alla metrica della salute disuguale.

La sperimentazione nel distretto di Pinerolo ha permesso di condividere i dati distrettuali della metrica con i partecipanti al tavolo di lavoro comprendente le diverse strutture del distretto, la medicina generale, il dipartimento di prevenzione, il consorzio socioassistenziale, i rappresentanti delle amministrazioni locali, i rappresentanti sindacali, i rappresentanti del terzo settore. L'evidenza delle disuguaglianze ha mostrato di saper suscitare attenzione tra i partecipanti e renderli consapevoli che una comune strategia di lettura dei bisogni è possibile, cosa che ha aiutato la direzione del distretto a motivare il coinvolgimento dei partecipanti in una progettazione delle CdC che si focalizzi sui valori di una salute più equamente distribuita. I risultati di questo test distrettuale sono stati condivisi con gli altri distretti, che hanno valutato come trasferibile l'esperienza. La direzione aziendale ha così stabilito di inserire tra gli obiettivi annuali aziendali, in particolare per i distretti, il compito di identificare attraverso i dati almeno tre fonti di disuguaglianza su cui cercare spiegazioni, e su una di queste fonti attivare un ciclo di audit per la loro correzione utilizzando le conoscenze, competenze e responsabilità che sono rappresentate nel tavolo distrettuale, e valorizzando le innovazioni del PNRR per l'attuazione delle soluzioni.

La tesi di queste esperienze è che tutti gli attori devono misurarsi con le differenze nei bisogni di salute prioritari della CdC, la cui evidenza serve ad attivare processi di *audit* clinico ed organizzativo, dove tutti i partecipanti sono chiamati a cercare le spiegazioni di queste differenze, e quindi identificare cause evitabili che sono alla loro portata, la cui soluzione dovrà diventare la prima occasione di costruzione del nuovo modello di assistenza territoriale. Se si trovano disuguaglianze statisticamente significative in ognuno di questi programmi, allora significa che ci sono luoghi o persone che fanno meglio di altri in termini di salute e di accesso e risultati delle cure; se è così, significa che c'è spazio per un miglioramento a patto che si identifichino i meccanismi attraverso cui si generano queste disuguaglianze, sapendo che dietro ad ogni meccanismo ci sono responsabilità che, ben identificate e coinvolte, diventano partner di azioni di cambiamento orientate a creare valore di salute più uguale per le persone. Per ognuna

di queste disuguaglianze occorre innescare processi di *audit* in cui partecipino tutti i soggetti della comunità che ne possano avere responsabilità: investigare insieme meccanismi e azioni di correzione della salute disuguale deve diventare obiettivo prioritario dei centri di responsabilità della organizzazione della Casa della Comunità per mettere in moto il processo.
A questo punto tutte le leve di innovazione del PNRR si possono attivare verso questo traguardo comune: ridefinire e implementare le nuove procedure tecniche (PDTA), centrate sui pazienti bersaglio (stratificazione del rischio e infrastruttura informativa in sviluppo attraverso la Centrale Operativa Territoriale), con l'ausilio della funzione dell'IFeC nell'attivazione e raccordo tra le responsabilità e le risorse dei servizi e della comunità, e valorizzando l'impulso logistico e simbolico che il nuovo luogo delle cure Casa della Comunità può rappresentare in questo processo.

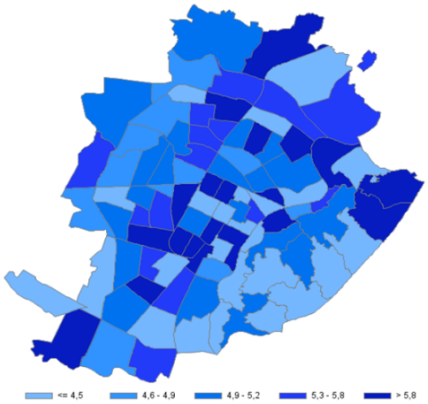
La metrica del diabete disuguale nel piano cronicità locale di Torino

Anche l'ASL Città di Torino prima della pandemia aveva incominciato la sua programmazione del Piano Locale Cronicità (PLC) proprio prestando particolare attenzione alla distribuzione disuguale del diabete. Il diabete era stato scelto per sperimentare le innovazioni del PLC, perché è una malattia cronica spesso a buona parte delle altre malattie croniche, che quindi riassume bene il fabbisogno di prevenzione e di assistenza rilevante per il PLC; inoltre è una voce nosologica ben tracciabile e monitorata nei sistemi informativi sanitari locali. A partire da questi dati l'osservatorio epidemiologico, in collaborazione con il dipartimento di endocrinologia e malattie metaboliche e coi distretti della città ha elaborato un profilo delle disuguaglianze di rischio di diabete nella città.
Si è partiti dall'analisi della geografia della prevalenza del diabete nella città; a parità di età il diabete era molto più frequente nei quartieri operai del centro-nord e del sud della città rispetto ai quartieri più benestanti dell'oltre Po e del centro ovest città. Tra i due estremi correva una differenza del doppio: 4 diabetici su cento nei quartieri ricchi e 8 su 100 in quelli poveri. Questo divario geografico trovava riscontro anche in un divario sociale; a parità di età tra i torinesi laureati la prevalenza di diabete era tre volte inferiore a quella misurata tra i torinesi con appena la scuola dell'obbligo.
Questo riscontro ha subito destato l'attenzione dei professionisti sanitari interessati al percorso diabete (distretto, specialisti, medici di medicina generale, dietisti, infermieri, farmacisti), ma anche gli *stakeholder* della comunità locale. La prima domanda

che veniva spontanea era di chi fosse la colpa di questa impressionante disuguaglianza e come si potesse riparare. Era colpa del modo con cui i torinesi si ammalano di diabete o del modo con cui i malati di diabete vengono trattati a Torino?
Tornando sui dati l'osservatorio epidemiologico ha provato a distinguere queste due possibilità; la Figura 1 fa vedere come ci si possa avvicinare ad una risposta. La mappa di destra indaga se il modo con cui ci si ammala di diabete a Torino sia disuguale o meno: in effetti a parità di età l'incidenza di diabete, cioè il numero di nuovi casi di diabete che vengono diagnosticati ogni anno a Torino è distribuito nella città in modo molto disuguale, in una misura simile a quella osservata prima nella distribuzione dei casi di malattia presenti nella popolazione residente. Viceversa a sinistra della Figura la mappa descrive la letalità tra i casi di diabete sempre a parità di età: cioè il rischio di morire entro cinque anni per i malati di diabete presenti nella città, un indicatore molto sensibile alla adeguatezza e qualità della presa in carico del malato di diabete da parte dell'assistenza. Risulta molto evidente dalla mappa di sinistra che la letalità è distribuita in modo eterogeneo ma casuale nella geografia della città e cioè che, una volta preso in carico dal sistema assistenziale, il diabetico ha la stessa probabilità di ammalarsi di complicazioni che lo portino a morte ovunque esso risieda nella città, cioè il modo di trattare il diabete non è disuguale. Sotto entrambe le mappe c'è la controprova di come variano l'incidenza e la letalità al variare del titolo di studio degli assistiti: risulta chiaro che l'incidenza cresce all'abbassarsi del titolo di studio, mentre la letalità non è differente tra i vari livelli di istruzione. È stato possibile confermare questo riscontro esaminando la distribuzione geografica e sociale dei principali indicatori di aderenza al controllo della glicemia e del rischio di complicazioni così come prescritto dal PDTA, tipo la frequenza di controllo della emoglobina glicata o del rischio cardiovascolare, nefrologico ed oculistico; in tutti questi casi le mappe mostravano che le zone e i gruppi sociali con più diabete, quindi con più bisogno di controllo, erano effettivamente quelli che facevano più controlli.

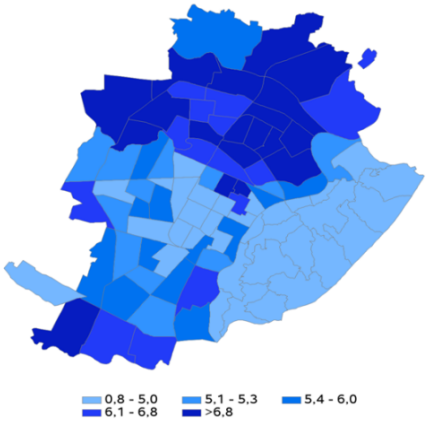
Figura 1. La geografia sociale di incidenza e letalità di diabete a Torino

Letalità % nei diabetici nel periodo 2016-2018, standardizzata per età



Livello di istruzione	
Alto	5,1
Medio	5,1
Basso	5,6

Incidenza ‰ di diabete nel periodo 2016-2018, standardizzata per età



Livello di istruzione	
Alto	8,8
Medio	11,9
Basso	15,6

Sulla base di questi dati si sono costituite due comunità di pratiche, una a prevalenza sanitaria e una non solo sanitaria. Quella sanitaria era composta dai professionisti della sanità dedicati al PDTA che, a questo punto, elaboravano uno specifico mandato di proseguire sulla strada del modello integrato di presa in carico del diabete tra medicina generale e medicina specialistica, un modello che aveva mostrato di essere così efficace ed equo, e di cui rimaneva da allargare sempre più la copertura anche a quella quota minoritaria di soggetti più vulnerabili che ancora non erano stati presi in carico. La comunità di pratiche non solo sanitaria era quella che aveva il compito più difficile, di occuparsi cioè del modo così disuguale in cui i torinesi si ammalano di diabete. È così che il Distretto competente per i quartieri più poveri, incominciando dal quartiere Vallette, ha coinvolto tutti i soggetti della comunità locale che potevano aiutare a scoprire attraverso quali meccanismi accadesse che i torinesi di quei quartieri si ammalassero di diabete con più frequenza e come questi meccanismi potessero essere contrastati attraverso azioni efficaci da parte degli stessi soggetti o di altri livelli di responsabilità che potevano essere coinvolti. Le scuole si interessarono del modo con cui si poteva evitare l'epidemia disuguale di obesità infantile che sta all'origine di una parte significativa del diabete disuguale nell'adulto: allattamento al seno, competenze genitoriali, esercizio fisico, salute orale sono

altrettante piste di lavoro aperte con la scuola locale. I gruppi del cammino degli adulti hanno preso in carico il rischio disuguale di sedentarietà. La bocciofila locale si è assunta l'onere di aiutare a motivare i soggetti ad alto rischio non ancora in carico di sottoporsi a test per la valutazione del rischio presso le farmacie e l'eventuale indirizzamento alla medicina generale. La grande distribuzione locale si è impegnata nel progetto del frigo di quartiere per una alimentazione più corretta tra le categorie bisognose e più vulnerabili. È così che ha preso forma un piano di azione partecipato nel quartiere che, partendo dal profilo del diabete disuguale, ha portato molti soggetti del territorio a promuovere una comunità con meno diabete e meno disuguaglianze nel diabete. Un piano che oggi concorre alla realizzazione del piano locale di prevenzione e del piano locale cronicità e, al tempo stesso, prefigura una piattaforma di conoscenze e collaborazioni che anticipano il funzionamento della Casa della Comunità.

Riassumendo: l'incidenza del diabete si concentra nelle zone più povere della città; infatti la distribuzione sociale è fortemente a sfavore delle persone meno istruite; viceversa la letalità tra i diabetici è distribuita in modo casuale nella città senza nessuna evidente disuguaglianza tra più o meno istruiti. La conclusione è che i torinesi si ammalano in modo disuguale di diabete ma, una volta diagnosticato, il corso della loro malattia è uguale (4). Dunque se si vuole guadagnare salute si deve intervenire soprattutto sui meccanismi che generano nuovi casi di diabete (incidenza), e non si deve disinvestire sui meccanismi con cui si prende in carico e si tratta la malattia che invece funzionano già in modo piuttosto equo. È così che questa metrica di salute disuguale dimostra di essere capace di ingaggiare ognuno degli attori della comunità locale guidandoli a farsi le domande giuste su come fare per prevenire le disuguaglianze di incidenza e conservare o migliorare l'uguaglianza di cura e risultato. In effetti sulla base di queste conoscenze due comunità di pratiche si sono organizzate alle Vallette, uno dei quartieri più colpiti, proprio per interrogarsi sui meccanismi di generazione di questo diabete così disuguale. Ognuno dei meccanismi identificati è un potenziale punto di ingresso per le azioni di risposta, come quelle su cui si stanno interrogando gli attori della comunità di pratiche, dalla bocciofila che prova a spingere i soggetti a rischio a controllare la glicemia, alle scuole che promuovono attività fisica per la prevenzione dell'obesità disuguale, agli specialisti e medici di medicina generale che allargano la platea dei pazienti seguiti in modo attivo secondo le linee guida.

Conclusioni

L'innovazione si innesca più facilmente se c'è una narrazione capace di suscitare l'attenzione e la responsabilità degli stakeholder: le differenze geografiche e sociali nei bisogni

e nei rischi sono una buona metrica per ingaggiare l'attenzione degli attori. A Torino chi guarda alle mappe del diabete non può fare a meno di chiedersi perché in quel quartiere povero ci dovrebbe essere il doppio del rischio di diabete che nel quartiere ricco. L'epidemiologia è in grado di tracciare un profilo dei bisogni e dei rischi secondo le differenze geografiche e sociali della popolazione delle ASL in ogni distretto. Tutti gli attori della innovazione sarebbero così coinvolti e si chiederebbero perché ci sono queste differenze, se sia colpa della sanità o di altre politiche e condizioni, e se loro possono farci qualcosa, o direttamente, nell'ambito delle innovazioni territoriali del PNRR, o indirettamente, come patrocinatori presso i verso i decisori in altri settori delle politiche. I cambiamenti introdotti dal PNRR dovrebbero infine saper dimostrare di creare valore (in termini di salute, soddisfazione, accesso) in modo equo: è così che ritorna la stessa metrica di prima, questa volta per imparare dalla valutazione quali sono le conseguenze delle azioni intraprese. Tra l'altro si tratta di una metrica che incomincia ad essere di interesse anche per gli investitori che sono più attenti alla misurabilità dell'impatto sul benessere-salute come misura di impatto sociale, un approccio molto auspicato nella Commissione Europea e negli enti filantropici.

Bibliografia

1. 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 L'opportunità del PNRR: le Case della Comunità. In G. Cesaroni e M. Davoli (a cura di) Salute ed equità nella regione Lazio. Il Pensiero Scientifico Editore, 2022: 123-164.
2. Costa G La salute disuguale e le Case della Comunità. Nuove sfide per il binomio Cultura e Salute. In AAVV Economia della cultura. Fascicolo speciale marzo 2023 (doi: 10.1446/112787).
3. Ehrenberg N, Vandenbroeck P, Sørensen M, Vandensande T Integrated Community Care. A Community-Driven Integrated Approach to Care. In Amelung V, Stein V, Suter E, Goodwin N, Nolte E, Balicer R (eds) Handbook Integrated Care. Springer Books, edition 2, 2021:105-118.
4. Gnavi R, Piccariello R, Pilutti S *et al.* L'epidemiologia a supporto delle priorità di intervento: il caso del diabete a Torino. Epidemiol Prev 2020; 44(5-6 Suppl 1):172-8.

Conflitti di interesse dichiarati: nessuno