

**La salute nelle città.
Health equity audit delle politiche
urbane: il caso di Torino**

XLIII Convegno AIE 2019

Nicolás Zengarini

Catania, 25 ottobre 2019

Scaletta dei contenuti

1. Quali dati e quali messaggi per accompagnare un processo di *health equity audit* delle politiche urbane.
2. Qual è stata la strategia di ingaggio utilizzata e a chi è stata rivolta. (MINDMAP)
3. Qual è stata la metodologia per supportare la scelta di priorità da un portfolio di politiche a disposizione nel setting cittadino.(EURO-Healthy)
4. Conclusioni e cosa abbiamo imparato?

Quali dati e quali messaggi ?

Gli ultimi 40 anni di storia di salute e di trasformazioni sociali a Torino sono state messe a confronto in una rassegna sulle disuguaglianze di salute



Basata sui dati dello
Studio Longitudinale Torinese (SLT)

Quali dati?

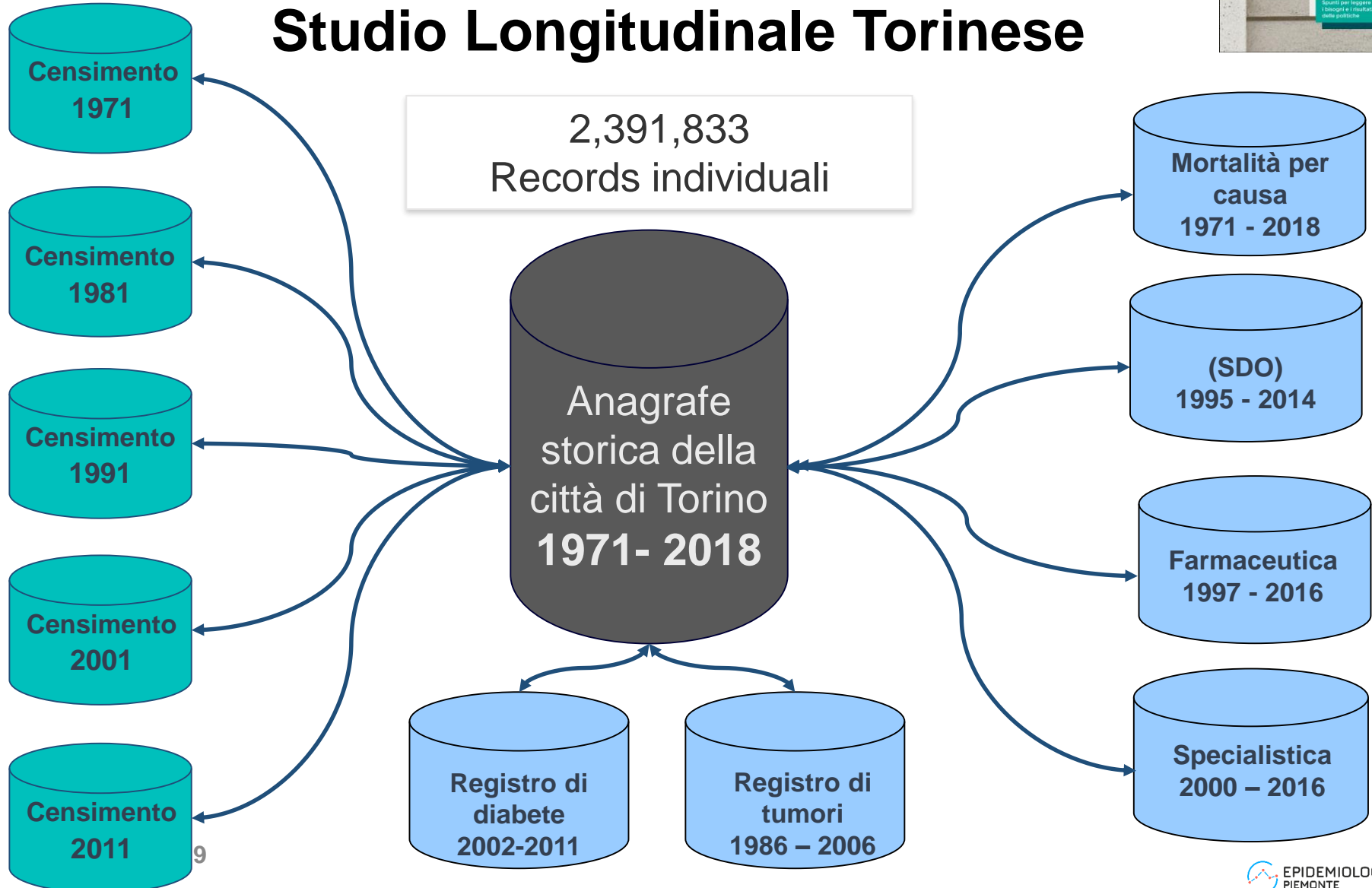
40

anni
di salute
a Torino

Spunti per leggere
i dati e gli indicatori
della politica

Studio Longitudinale Torinese

2,391,833
Records individuali



Quali dati?

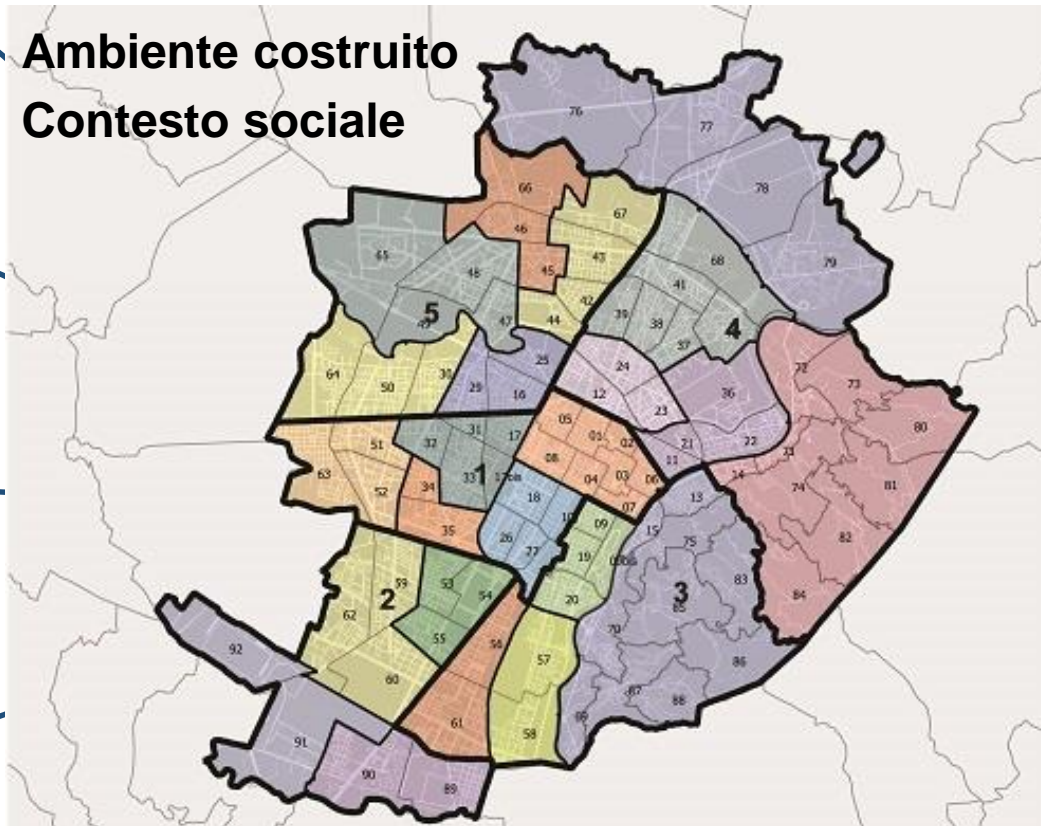
40

anni
di salute
a Torino

Spunti per leggere
i dati e gli indicatori
della politica

Studio Longitudinale Torinese

Ambiente costruito
Contesto sociale



Censimento
1971

Censimento
1981

Censimento
1991

Censimento
2001

Censimento
2011

Mortalità per
causa
1971 - 2018

(SDO)
1995 - 2014

Farmaceutica
1997 - 2016

Specialistica
2000 - 2016

Registro di
diabete
2002-2011

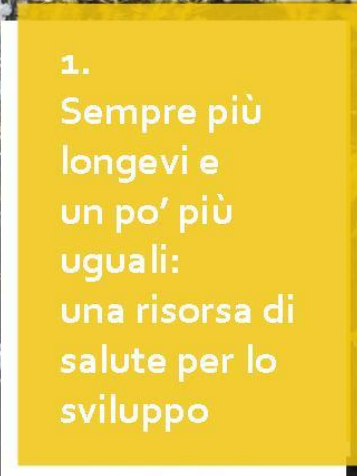
Registro di
tumori
1986 - 2006

Quali messaggi?


40

anni
di salute
a Torino

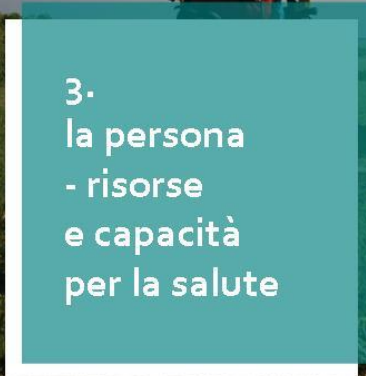
Spunti per leggere
i dati e i risultati
sulla politica



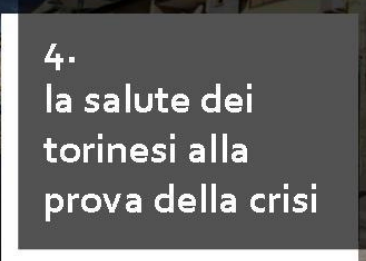
1.
Sempre più
longevi e
un po' più
uguali:
una risorsa di
salute per lo
sviluppo



2.
Il territorio
- risorse
e capacità
per la salute



3.
la persona
- risorse
e capacità
per la salute



4.
la salute dei
torinesi alla
prova della crisi

- Trend
- Determinanti sociali
- Confronti europei

- Differenze geografiche
- Segregazione
- Ambiente
- Disagio sociale
- Incidenti e violenze

- Famiglia
- Casa
- Lavoro
- Reddito
- Istruzione
- Sanità
- Immigrati
- Fasi di vita

- Crisi
- Futuro

Scaletta dei contenuti

1. Quali dati e quali messaggi per accompagnare un processo di *health equity audit* delle politiche urbane.
2. Qual è stata la strategia di ingaggio utilizzata e a chi è stata rivolta. (MINDMAP)

Chi è stato coinvolto?



Area	Attivi	Informati
Pubblica amministrazione <ul style="list-style-type: none">- Regione, Comune- Assessorati: sociale, scuola, ambiente, ICT, lavoro, casa- Azienda sanitaria locale- Network Innovazione e smart city	18	48
Organizzazione non governative <ul style="list-style-type: none">- donatori (banche e fondazioni), start up, Chiesa, Gruppi regionali migrazione e salute	18	37
Università e centri ricerca	14	21
Sindacati	6	11
Organizzazioni no profit	3	12
Media di massa	1	8

Consultazione strutturata con tecniche di world café, in tre appuntamenti a distanza di un mese e una conferenza pubblica

Novembre 2016

Fatti Trasferimento di conoscenze

Presentazione generale dei dati scientifici della rassegna, storie di vita, accesso alle opportunità, ambiente costruito



Dicembre 2016

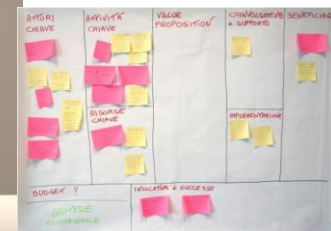
Spiegazioni – Comprendere i meccanismi

Analisi e voci dagli stakeholder in gruppi inter-disciplinari



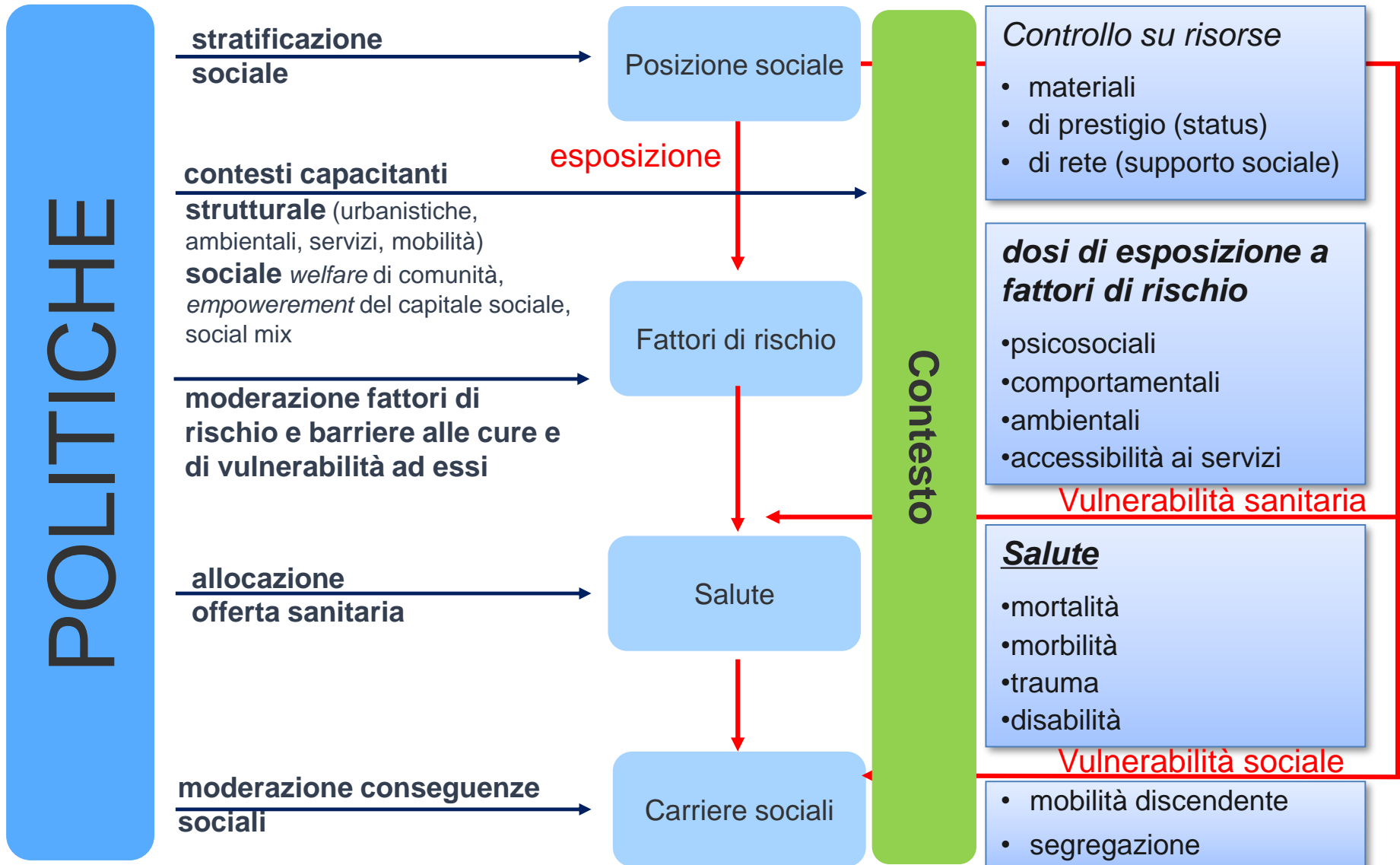
Gennaio 2017

Soluzioni - policy framework orientare decisioni e azioni concrete, definire problemi, soluzioni, risorse, responsabilità, strumenti e metodi di azione, sviluppare un approccio partecipativo, proporre potenziali azioni intersettoriali



Proposta di un modello concettuale

Interventi e azioni per il contrasto delle disuguaglianze di salute



Conferenza pubblica 17 marzo 2017



- Presentazione ufficiale del libro su quarant'anni di storie di salute a Torino
- Presentazione dei risultati dei lavori dei partecipanti
- I principali decisori (assessorati comunali, direzione azienda sanitaria locale, presidenza della agenzia per la casa) prendono la responsabilità di guidare un piano partecipato di riduzione delle disuguaglianze di salute

“serve una scelta di priorità”

MANDATO DI AUTORITA’



Scaletta dei contenuti

1. Quali dati e quali messaggi per accompagnare un processo di *health equity audit* delle politiche urbane.
2. Qual è stata la strategia di ingaggio utilizzata e a chi è stata rivolta. (MINDMAP)
3. Qual è stata la metodologia per supportare la scelta di priorità da un portfolio di politiche a disposizione nel setting cittadino. (Euro-Healthy)

Metodologia utilizzata per supportare la scelta un portfolio di politiche e azioni prioritari.

Dalla comunità di pratica finora attivata sono stati scelti **15 dei più influenti stakeholder e decisori**, per ingaggiarli in un percorso strutturato di PS

Area di politiche	Partecipanti
Pubblica amministrazione <ul style="list-style-type: none">- Comune- Sociale, scuola, ambiente, ICT, lavoro, casa- Azienda sanitaria locale- Agenzia della casa- Rete innovation e smart city	9
Enti non governativi <ul style="list-style-type: none">- donatori (banche e fondazioni), imprese sociali innovative, gruppo regionale immigrazione e salute	3
Sindacati	2
Enti no profit	1

Health equity audit delle politiche urbane

23 politiche/interventi

8 determinanti sociali

Politiche per la qualità del lavoro e delle organizzazioni

Promozione della qualità nel lavoro

Conciliazione e servizi territoriali, orari e accessibilità

Alternanza scuola - lavoro

Politiche per l'integrazione nell'occupazione

Gestione di incontro domanda - offerta e servizi per il lavoro

Orientamento

Formazione professionale

Politiche di protezione sociale ed empowerment

Sostegno al reddito

Risposta alla domanda sociale di abitazioni

Integrazione sociali per l'integrazione dei migranti

Sostegno di comunità per donne e minori

Strategie di inclusione attiva e promozione di comunità

Politiche per l'istruzione e la promozione culturale

Contrasto all'abbandono scolastico e di integrazione nell'istruzione

Promozione della crescita socio-culturale dei giovani

Politiche di supporto economico allo studio

Politiche per la qualità dell'ambiente di vita

Riduzione dell'inquinamento e aumento salutogenicità

Miglioramento delle aree verdi

Riqualificazione spazi abbandonati

Politiche per la salute e l'integrazione sociale

Servizi e residenze per anziani non autosufficienti

Promozione della domiciliarità

Inserimento socio-lavorativi sostenuti ed eventualmente protetti

Politiche sanitarie

Promuovere stili di vita salubri

Promozione di salute mentale

Riduzione delle barriere di accesso alle cure di qualità

Istruzione

Condizione occupazionale

Qualità del lavoro

Reddito

Condizione abitativa

Condizione familiare

Ambiente sociale

Ambiente costruito

Fase di consultazione: cosa abbiamo chiesto ai partecipanti?

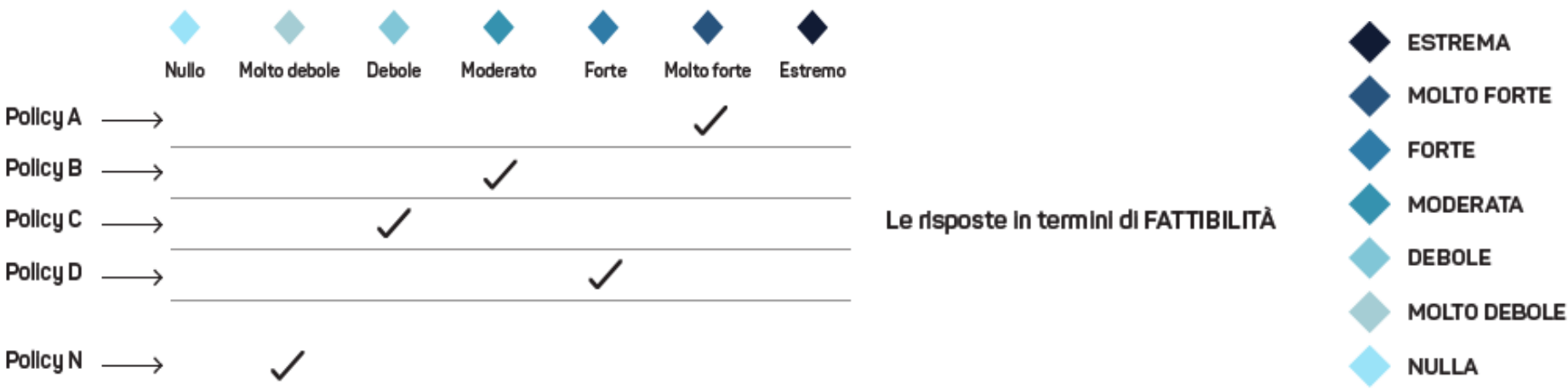
Attraverso una consultazione Delphi (estate 2018) eseguita in due fasi (la prima faccia a faccia con l'intervistatore, la seconda on line).

1. GIUDIZIO IN TERMINI DI EFFICACIA

Quanto è il peso di ciascuna delle seguenti politiche, sviluppata correttamente e con risorse adeguate, nel ridurre le disuguaglianze sociali....in ciascun asse

2. GIUDIZIO IN TERMINI DI FATTIBILITÀ

In quale misura la politica è fattibile, ovvero ha un buon rapporto tra le risorse investite (attuali e future) e i tempi ed effetti generati?

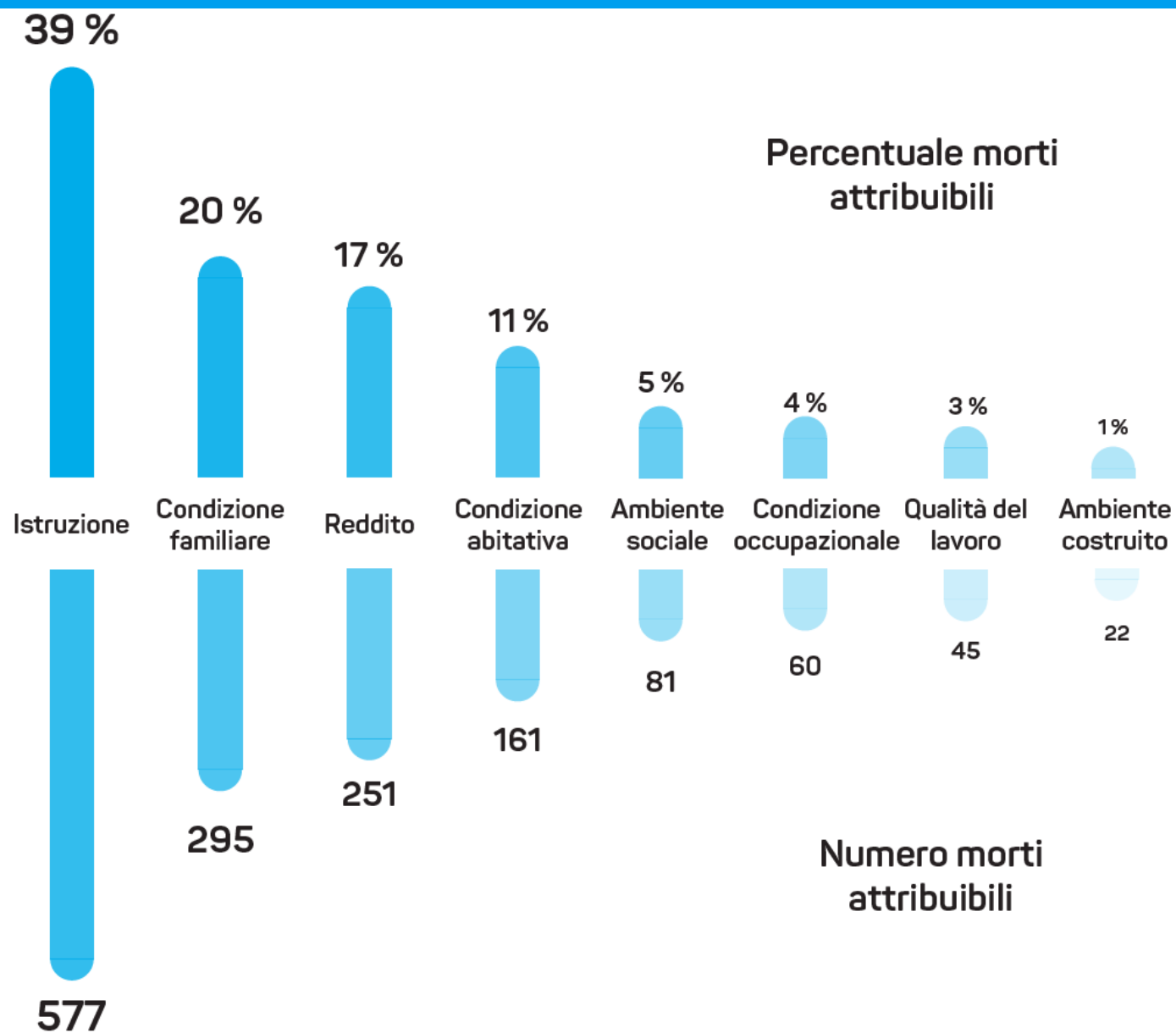


Le risposte in termini di FATTIBILITÀ

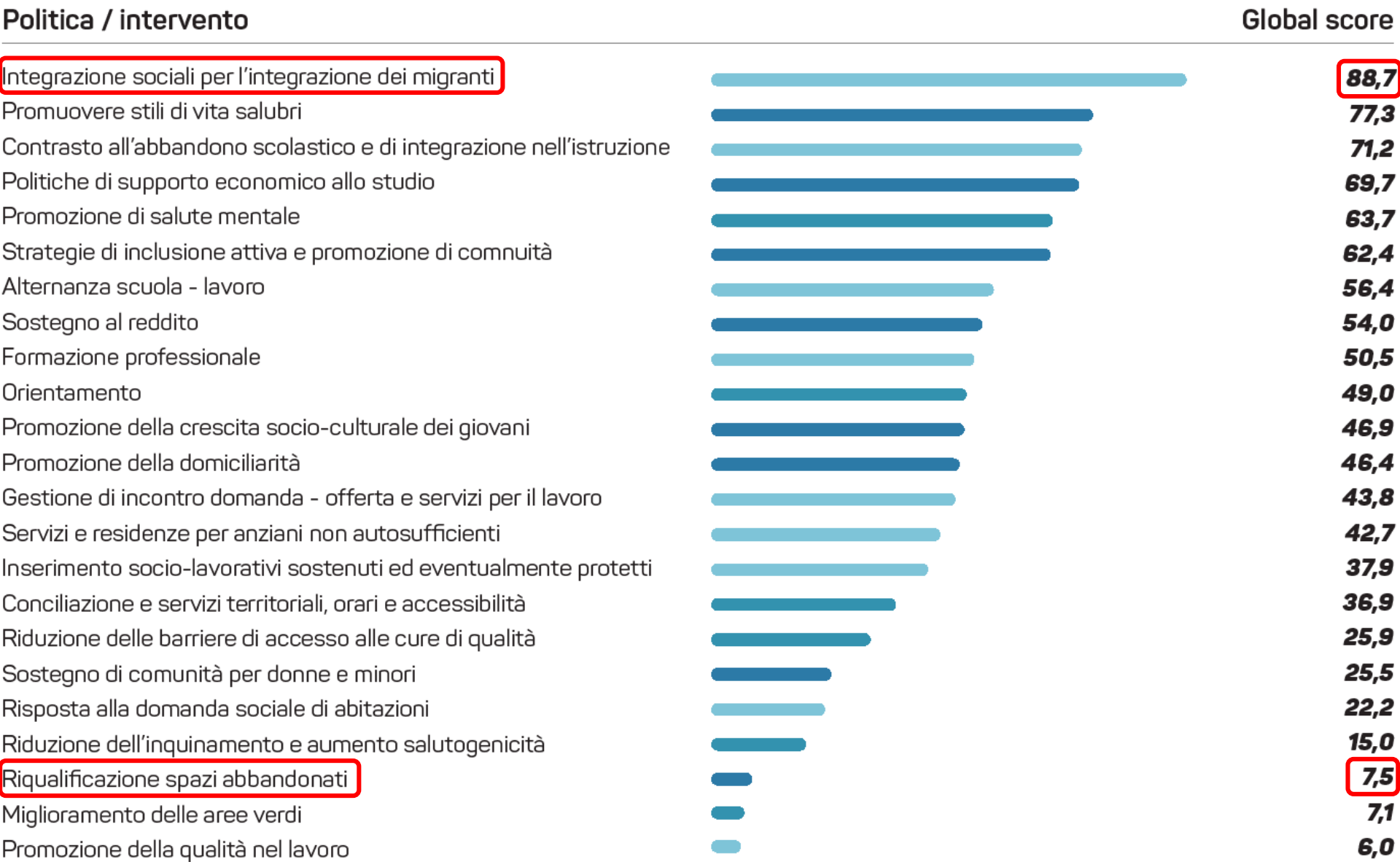
Efficacia attesa nella riduzione delle disuguaglianze in ogni determinante da parte delle 23 politiche e relativo giudizio di fattibilità (Do-ability)

Politiche di intervento	Condizione occupazionale	Qualità del lavoro	Istruzione	Reddito	Condizione familiare	Condizione abitativa	Ambiente costruito	Ambiente sociale	Do-ability
Politiche per la qualità del lavoro e delle organizzazioni									
Promozione della qualità nel lavoro	◆	◆							Debole
Conciliazione e servizi territoriali, orari e accessibilità	◆	◆		◆	◆		◆		Forte
Alternanza scuola - lavoro	◆	◆	◆	◆					Moderato
Politiche per l'integrazione nell'occupazione									
Gestione di incontro domanda - offerta e servizi per il lavoro	◆		◆	◆	◆	◆		◆	Forte
Orientamento	◆	◆	◆						Forte
Formazione professionale	◆								Debole
Politiche di protezione sociale ed empowerment									
Sostegno al reddito				◆	◆	◆			Debole
Risposta alla domanda sociale di abitazioni						◆	◆	◆	Debole
Integrazione sociali per l'integrazione dei migranti	◆	◆	◆	◆	◆	◆		◆	Debole
Sostegno di comunità per donne e minori	◆				◆				Forte
Strategie di inclusione attiva e promozione di comunità	◆		◆		◆		◆	◆	Moderato
Politiche per l'istruzione e la promozione culturale									
Contrasto all'abbandono scolastico e di integrazione nell'istruzione	◆	◆	◆	◆				◆	Forte
Promozione della crescita socio-culturale dei giovani	◆	◆	◆					◆	Forte
Politiche di supporto economico allo studio	◆	◆	◆	◆					Moderato
Politiche per la qualità dell'ambiente di vita									
Riduzione dell'inquinamento e aumento salutogenicità						◆	◆	◆	Moderato
Miglioramento delle aree verdi							◆	◆	Moderato
Riqualificazione spazi abbandonati							◆	◆	Moderato
Politiche per la salute e l'integrazione sociale									
Servizi e residenze per anziani non autosufficienti	◆				◆	◆	◆	◆	Forte
Promozione della domiciliarità	◆				◆	◆	◆	◆	Moderato
Inserimento socio-lavorativi sostenuti ed eventualmente protetti	◆	◆		◆		◆		◆	Forte
Politiche sanitarie									
Promuovere stili di vita salubri	◆	◆	◆		◆			◆	Debole
Promozione di salute mentale	◆	◆	◆		◆			◆	Debole
Riduzione delle barriere di accesso alle cure di qualità	◆			◆				◆	Debole

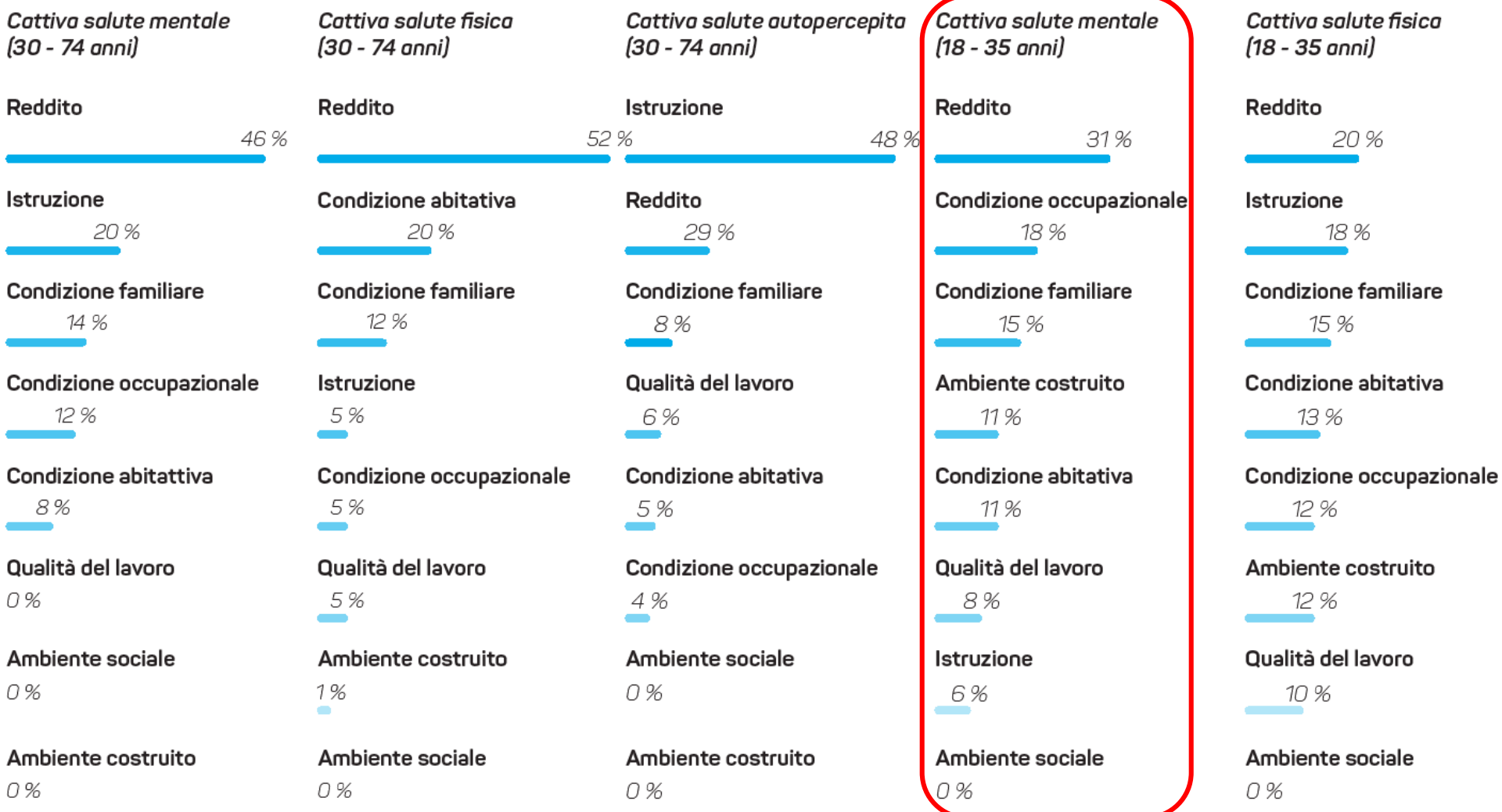
% di morti annuali attribuibili alle disuguaglianze sociali (mortalità prematura tra 30 e 74 anni) a Torino durante il periodo 2002-2013.



Graduatoria delle 23 politiche/azioni secondo l'efficacia attesa (in ordine decrescente) rispetto alla riduzione delle disuguaglianze di mortalità a Torino



Cosa succede se cambiamo le dimensioni di salute su cui valutare l'impatto degli otto determinanti sociali?



Scaletta dei contenuti

1. Quali dati e quali messaggi per accompagnare un processo di *health equity audit* delle politiche urbane.
2. Qual è stata la strategia di ingaggio utilizzata e a chi è stata rivolta. (MINDMAP)
3. Qual è stata la metodologia per supportare la scelta di priorità da un portfolio di politiche a disposizione nel setting cittadino. (Euro-Healthy)
4. Conclusioni e cosa abbiamo imparato?

I risultati della analisi di priorità:

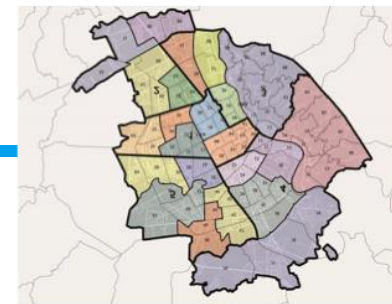
Le principali autorità della città (comune, asl, atc, altri attori del terzo settore) hanno stabilito di concentrare **risorse di innovazione su un area deprivata della città.**

Approfondimento sul PTDA diabete: valutazione di equità nell'accesso al modello di gestione integrata del paziente diabetico.

L'Health Equity Audit condotto con adeguati dati epidemiologici è il **modello** più evoluto da seguire per imparare come integrare i dati della nuova piattaforma digitale della città (big data e dintorni) nei processi decisionali degli stakeholder locali e dei donatori.

Torino social Impact: piattaforma per l'innovazione sociale (Camera di Commercio e Compagnia San Paolo)...

Cosa abbiamo imparato?



No data no facts...

Studio Longitudinale Torinese

2,391,833
Records individuali

Anagrafe
storica della
città di Torino
1971-2018

Censimento
1971

Censimento
1981

Censimento
1991

Censimento
2001

Censimento
2011

Mortalità per
causa
1971 - 2018

(SDO)
1995 - 2014

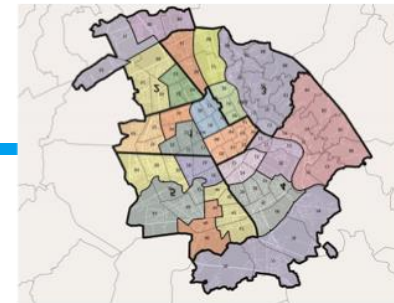
Farmaceutica
1997 - 2016

Specialistica
2000 - 2016

Registro di
diabete
2002-2011

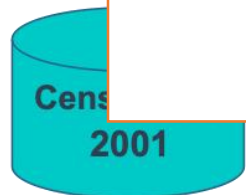
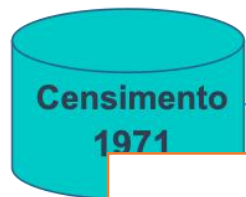
Registro di
tumori
1986 - 2006

Cosa abbiamo imparato?

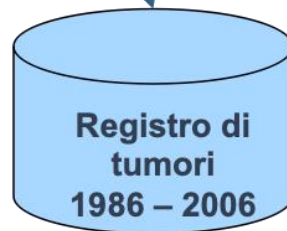


No data no facts...

Studio Longitudinale Torinese



Investire in infrastruttura locale di indagine (longitudinale), possibilmente in rete.



Cosa abbiamo imparato?

Health equity audit come chiave di Salute in Tutte le Politiche a livello locale...

**DALLA TEORIA
ALL'AZIONE**



**AUMENTARE
LA CONSAPEVOLEZZA
E COSTRUIRE COMUNITA'**



**ASCOLTARE
E INGAGGIARE**



MANDATO DI AUTORITA'

Cosa abbiamo imparato?

Health equity audit come chiave di Salute in Tutte le Politiche a livello locale...

DALLA TEORIA
ALL'AZIONE



AUMENTARE
LA CONSAPEVOLEZZA

**IL SETTING DELLA CITTA'
COME LA SEDE PIU' APPROPRIATA
PER COSTRUIRE COOPERAZIONE
E COORDINAMENTO
INTERSETTORIALE
PARTECIPATO**



MANDATO DI AUTORITY'



Gruppo di ricerca

Giuseppe Costa
Roberta De Bonis
Moreno Demaria
Roberto Dimonaco
Annalisa Magone
Silvia Pilutti
Morena Stroscia
Nicolás Zengarini



Nicolás Zengarini

m. nicolas.zengarini@epi.piemonte.it

t. 011-40188357

www.epi.piemonte.it

Un po' di storia...

1988

ARTICOLI

Un sistema longitudinale di sorveglianza della mortalità secondo le caratteristiche socio-economiche, come rilevate ai censimenti di popolazione: descrizione e documentazione del sistema

Giuseppe Costa,
Moreno Demaria
Area di Epidemiologia, Ust. 1-23, Torino

Ricevuto: novembre 1987
Versione definitiva accettata: marzo 1988

Introduzione

Solitamente le statistiche demografiche vengono ricavate mettendo in relazione il numero di eventi che accadono in un determinato periodo di calendario con stime indipendenti della popolazione a rischio a metà del periodo di calendario.

Gli eventi osservabili sono quelli di rilevanza anagrafica e di stato civile, come la nascita, la morte, il matrimonio, la separazione, la migrazione.

Nel nostro paese la frequenza di tali eventi si può solo descrivere rispetto al sesso, all'età e al luogo di residenza, in quanto sesso, età e residenza sono le uniche caratteristiche individuali per le quali i dati sono derivabili in modo consistente tra le due fonti (quella che conta gli eventi e quella che fornisce le stime di popolazione).

Infatti le informazioni sulle caratteristiche socio-economiche dei soggetti o sono rilevate in modo difforme tra le due fonti quanto a livello di dettaglio, classificazione e aggiornamento (è il caso dell'istruzione e della professione), o sono rilevate unicamente da una sola fonte (come le notizie sull'abitazione). Di conseguenza in Italia non è possibile, ad esempio, descrivere il profilo di mortalità secondo indicatori di classe sociale o secondo la professione: eppure si tratta di dimensioni essenziali per la valutazione dello stato di salute di una popolazione.

In Gran Bretagna fin dal 1851 vengono periodicamente pubblicati i Decennial Supplements on Occupational Mortality, che presentano la mortalità secondo la professione negli anni immediatamente vicini al censimento di popolazione [21]; l'esperienza ungherese è analoga [14]. La prossimità temporale tra la professione dichiarata e registrata sul certificato di morte e quella dichiarata al censimento non è sufficiente ad assicurare comparabilità tra le due fonti; infatti le osservazioni circa le disuguaglianze nella salute tra le classi sociali, fatte sulla base di questo metodo, sono state più volte contestate a causa di una possibile distorsione di non comparabilità dell'informazione sulla professione ricavabile dalle due fonti [1].

Del resto gli studi di coorte a livello geografico non possono rappresentare una reale alternativa; in essi i tassi di mortalità propri di specifiche aree geografiche vengono correlati con la distribuzione delle caratteristiche socio-economiche nelle stesse aree [4, 5]. Questo modello di stu-

dio può avere il vantaggio di essere facilmente realizzabile, ma ancora una volta produce risultati non conclusivi, a causa delle ben note limitazioni delle analisi "ecologiche" [19].

Alcuni studi prospettici progettati per indagare l'effetto di fattori di rischio sulla morbilità-mortalità per specifiche patologie [6] potrebbero essere utilizzati per studiare l'effetto delle caratteristiche socio-economiche sulla mortalità a livello individuale. Ma spesso il piccolo numero di morti osservate nella maggior parte di questi studi limita queste possibilità di analisi.

Una soluzione al problema valida ed economica consiste nel modello di sorveglianza fondato su "record linkage". In questo caso le informazioni sulle caratteristiche socio-economiche dei soggetti deceduti e della popolazione a rischio, ad esempio, sono ottenute accoppiando a livello individuale i record di morte con i relativi record del censimento precedente. In questo modo si ottengono statistiche demografiche non distorte, poiché la fonte dell'informazione sull'individuo, sia esso contato al numeratore (deceduto) sia esso annoverato al denominatore (popolazione a rischio), è la stessa: il censimento.

Questo modello di sorveglianza è stato usato in diversi paesi, con poche variazioni significative di impostazione. Esso è sistematicamente usato nei paesi scandinavi [2, 10, 16, 20, 23], dove la disponibilità di un codice identificativo individuale univoco rende particolarmente agevole l'esecuzione di accoppiamenti automatici tra il record di morte e quello censuale su tutta la popolazione residente. In Gran Bretagna e in Francia questo stesso modello è stato applicato su un campione di popolazione [8, 9].

Lo studio francese riguarda due campioni di popolazione di circa 800.000 persone arruolate dai censimenti del 1954 e del 1975, la cui mortalità viene seguita prospetticamente. Questo modello prospettico può rivelarsi fragile in quanto le coorti fisse invecchiano con l'avanzare dell'osservazione e perdono la capacità di rappresentare le popolazioni anagrafiche dinamiche da cui erano state estratte. Inoltre le caratteristiche socio-economiche dei soggetti sono definite una tantum al censimento; man mano che il tempo passa, non potendo tener conto di cambiamenti che intercorrono nella condizione socio-economica del soggetto, la loro capacità descrittiva decade.

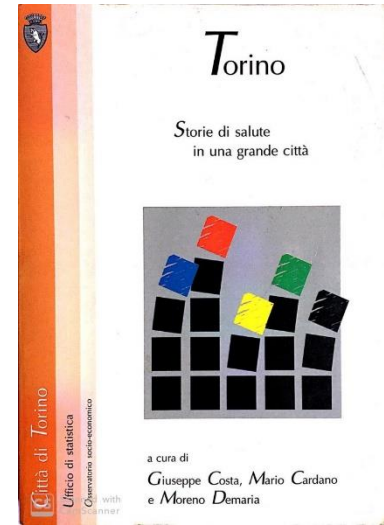
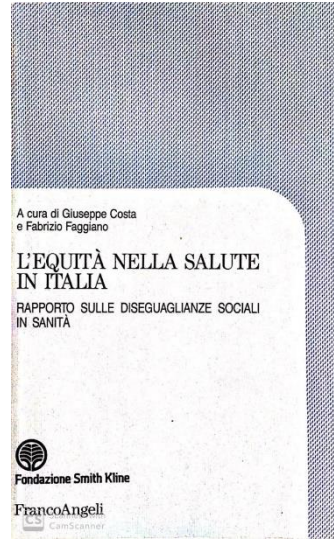
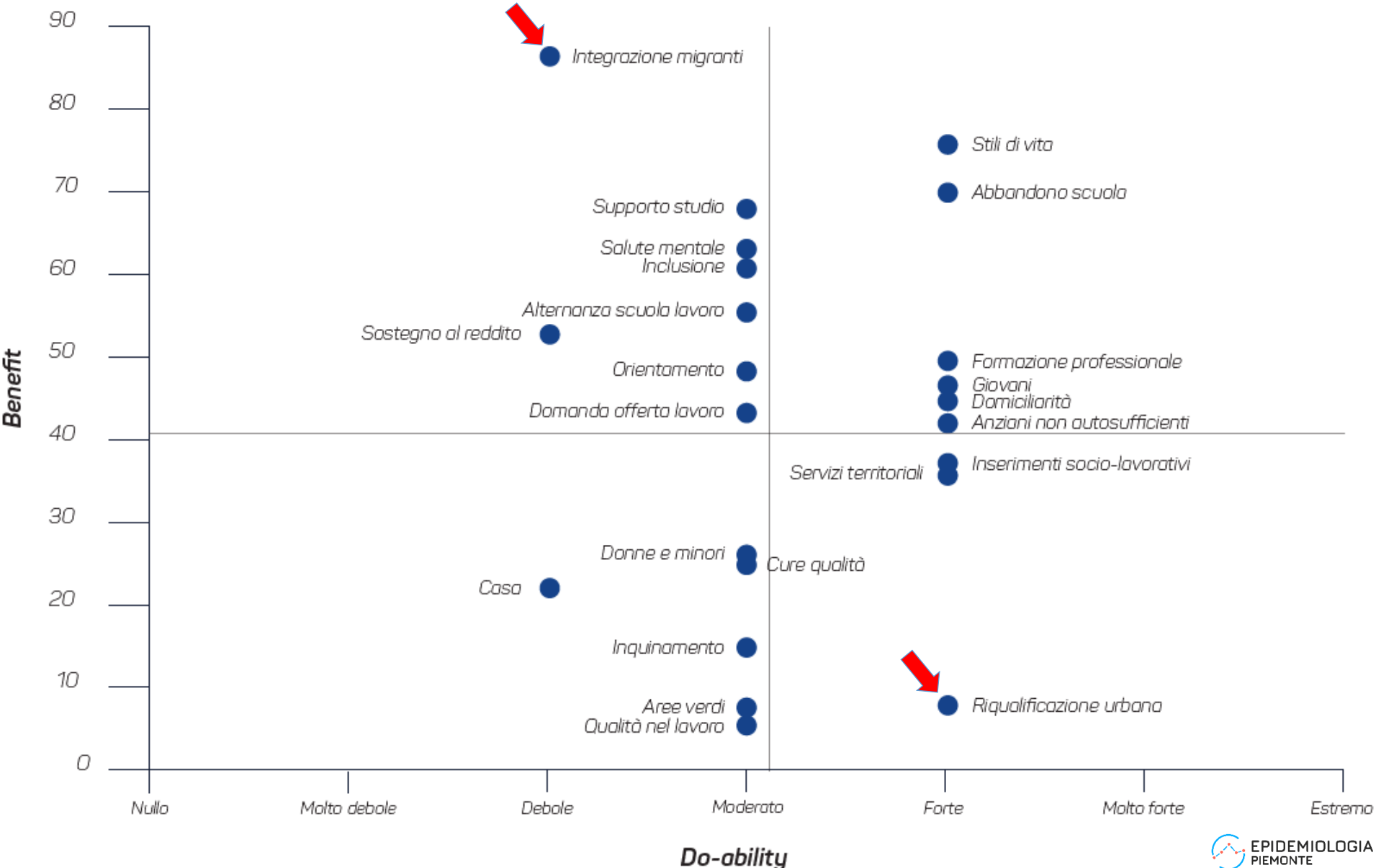


Grafico "benefit vs. do-ability": graduatoria delle 23 politiche/azioni secondo l'efficacia attesa rispetto alla riduzione delle disuguaglianze di mortalità a Torino (asse delle ordinate) e la fattibilità (asse delle ascisse).



Torino Social Impact

una piattaforma per l'innovazione sociale

(Camera di Commercio e Compagnia San Paolo)

2.5 I partner TSI



Torino Social Impact è oggi un network informale di attori dell'area metropolitana, che si sono impegnati reciprocamente attraverso la sottoscrizione di un **Memorandum of Understanding**.

Associazione di Progettazione sociale M.Maggiora	FabLab Torino/Officine	Novajo - Massa Critica	SocialTech
Associazione Quinto Ampliamento	Finpiemonte Spa	Officine Brand	Starteed
Associazione Rete delle Case del Quartiere	Fondazione Contrada Torino Onlus	Open Incet	Stefania Farina
Centro Servizi Volontariato - Vol.To	Fondazione Cottino	Opera Barolo	Sumisura s.c.
Città Metropolitana Torino	Fondazione Fitzcarraldo	Ordine dei commercialisti ed Esperti contabili di Torino	Talent Garden
Club degli Investitori	I3P	Planet Idea srl	Toolbox
Codex sc	2i3T	Plug	Top-IX
Comitato imprenditorialità sociale	Impact Hub Torino	Politecnico di Torino	Torino Wireless
Comitato Torino Finanza	Izmade srl SB	Print Club Torino	Unicoop Piemonte
Compagnia di San Paolo	Legacoop Piemonte	CGIL, CISL, UIL	Unione Industriale - Gruppo Giovani imprenditori
Comune di Torino	Links	S-Nodi	Università degli Studi di Torino
Confcooperative Piemonte Nord	Mamazen srl	SOCIAL Community Theatre Centre/Unito	Urban Center
CSP - Innovazione nelle ICT Scarl	Nesta Italia	SocialFare	
	Nestor srl		

Health equity audit delle politiche urbane

Valutare **23 politiche di competenza della città** nelle sue varie articolazioni istituzionali e sociali:

1. per stimare quanto ognuna potesse essere efficace nel ridurre disuguaglianze sociali.
2. quanto ne fosse fattibile l'implementazione nel contesto cittadino
3. stimare l'impatto sulle disuguaglianze di salute dei torinesi.