

A black and white photograph of a busy street in Torino, Italy. In the foreground, a tram is moving through a dense crowd of people. The street is lined with buildings, and the overall atmosphere is one of a bustling urban environment. The image is used as a background for the text overlay.

**Health equity audit delle politiche urbane: un caso studio a Torino**  
**Quali sono le politiche con il più alto potenziale di miglioramento di equità nella salute nell'ambiente urbano?**

***Giuseppe Costa,***

*Osservatorio epidemiologico Regione Piemonte, Università di Torino*

*Gruppo di lavoro: Roberto Dimonaco, Nicolás Zengarini, Morena Stroscia, Silvia Pilutti, Annalisa Magone*

**Il caso studio di Torino si propone di coinvolgere gli attori delle politiche della città in un percorso di scelta di priorità per selezionare politiche ed azioni che sono più promettenti nel ridurre le disuguaglianze di salute**

## **Giustificazione**

**Perché usare le disuguaglianze di salute come criterio per identificare potenziali benefici di salute ancora raggiungibili nella città di Torino? Perché essi dimostrano che se qualcuno ha fatto meglio di qualcun altro... significa che si può fare!**

# Quale messaggio e quali dati?

Gli ultimi quarant'anni di storie di salute e di trasformazioni sociali a Torino sono state messe a confronto in una rassegna sulle disuguaglianze di salute di recente pubblicazione



Basata sui dati dello Studio Longitudinale Torinese, un sistema di sorveglianza epidemiologica che permette di ricostruire le carriere sociali e di salute delle persone e delle famiglie, integrando i dati amministrativi e statistici a livello individuale a partire dal 1971

# Studio Longitudinale Torinese (SLT)

Torino: circa 900000 abitanti

**Numero di record di SLT per  
2,391,833**

persone residenti a Torino tra il 1971 e il  
2015



record-linkage individuale tra:

## Informazione socioeconomica

Popolazione censita al  
1971, 1981, 1991, 2001, 2011  
Dati anagrafici e censuari

## Esiti di salute

Cause di morte (1971-2014)  
Ricoveri ospedalieri (1995-2014)  
Registri tumore (1986-2010)  
Registro diabete (2002-2011)  
Esami-visite specialistici(2000-2012)  
Prescrizioni farmaci (1997-2012)



**Più di 100 stakeholder della città sono stati arruolati e informati, 50 hanno partecipato ad una consultazione strutturata con tecniche di world café (tre appuntamenti a distanza di un mese e una conferenza pubblica)**

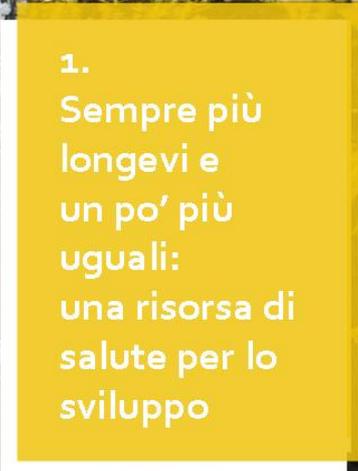
<b>Area</b>	<b>Attivi</b>	<b>Informati</b>
<b>Pubblica amministrazione</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Regione, Comune</li><li>- Assessorati: sociale, scuola, ambiente, ICT, lavoro, casa</li><li>- Azienda sanitaria locale</li><li>- Network Innovazione e smart city</li></ul>	<b>18</b>	<b>48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

# I principali messaggi trasmessi agli stakeholder

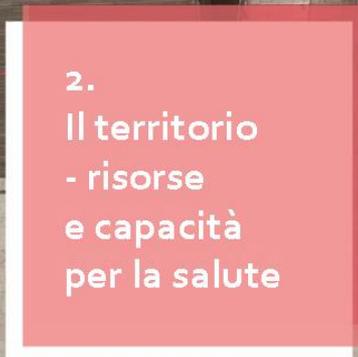
40

anni  
di salute  
a Torino

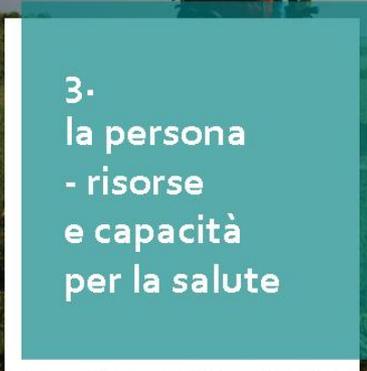
Spunti per leggere  
i bisogni e i risultati  
delle politiche



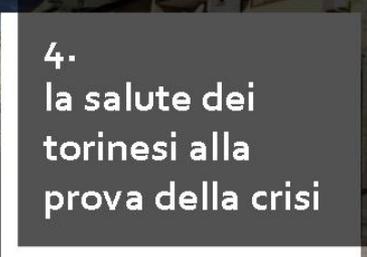
1.  
Sempre più  
longevi e  
un po' più  
uguali:  
una risorsa di  
salute per lo  
sviluppo



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

# Il processo di consultazione

Primo atelier: 22 Novembre 2016

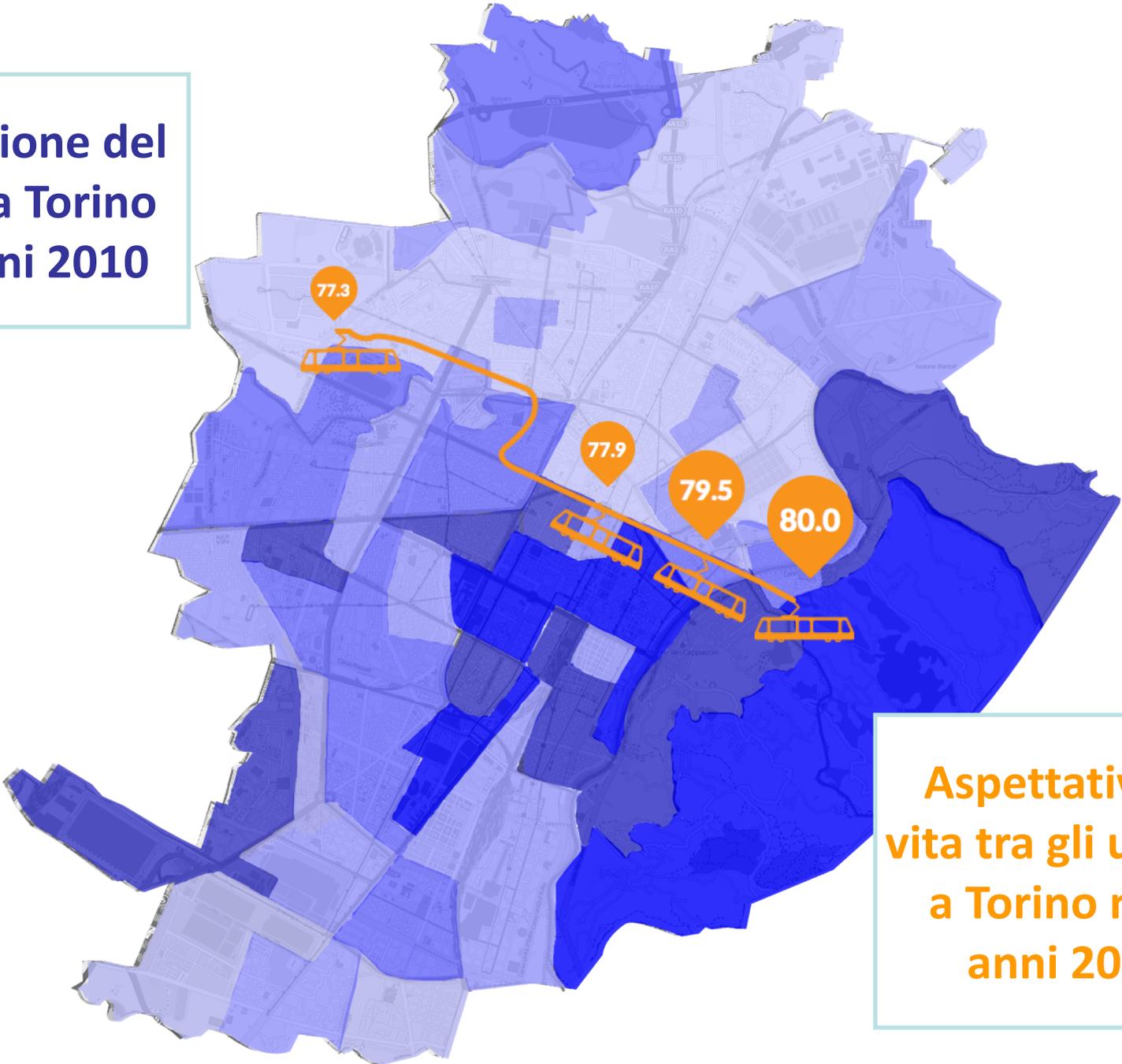
## Trasferimento di conoscenze

- Presentazione generale dei dati scientifici della rassegna
- Comprensione delle variazioni nella salute a Torino e delle disuguaglianze potenzialmente evitabili
- Identificazione condivisa di tre aree delle politiche su cui approfondire eventuali spazi di evitabilità delle disuguaglianze: storie di vita, accesso alle opportunità e cure, ambiente costruito

**ASCOLTARE  
E LASCIARSI  
COINVOLGERE  
DAI FATTI**

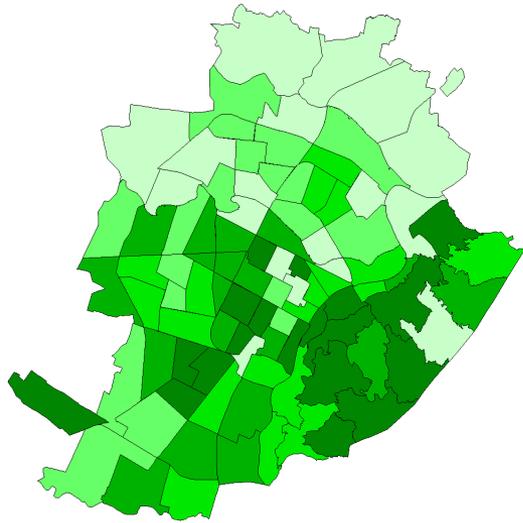


# Distribuzione del reddito a Torino negli anni 2010

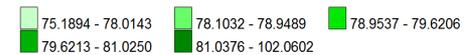
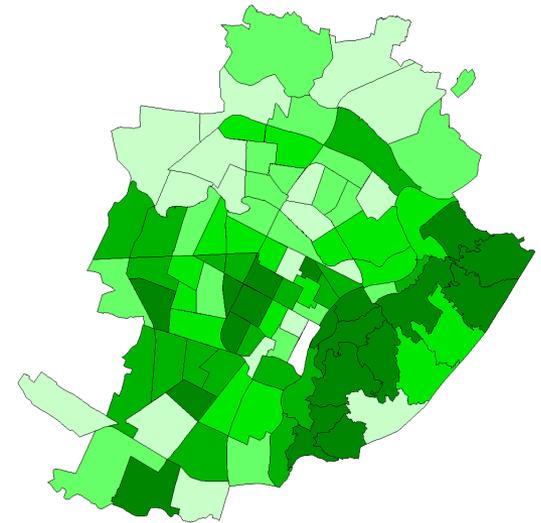


Aspettativa di vita tra gli uomini a Torino negli anni 2010

# UNA GEOGRAFIA DELLA SPERANZA DI VITA RIMASTA UGUALE NEGLI ULTIMI 40 ANNI

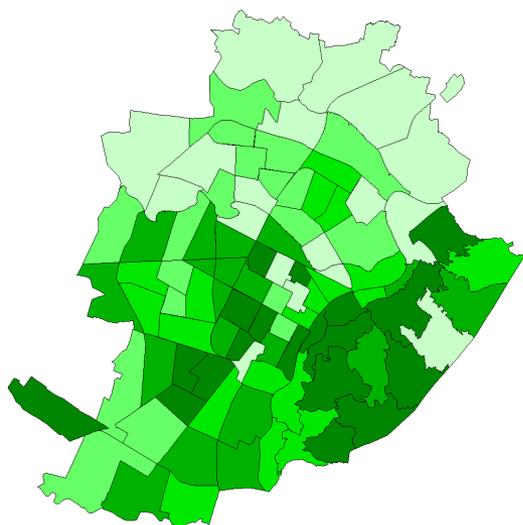


**ANNI  
1970**

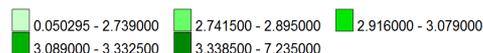
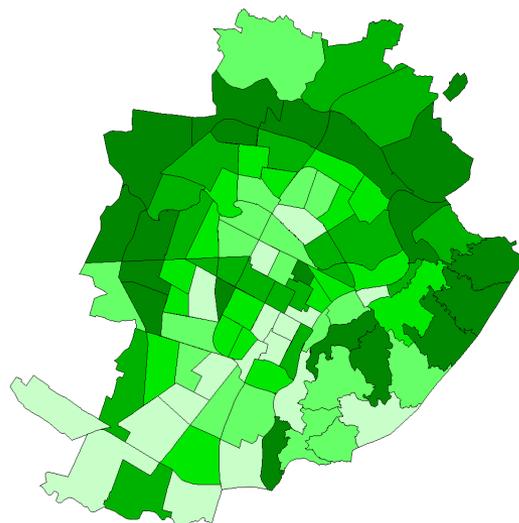


**ANNI  
2010**

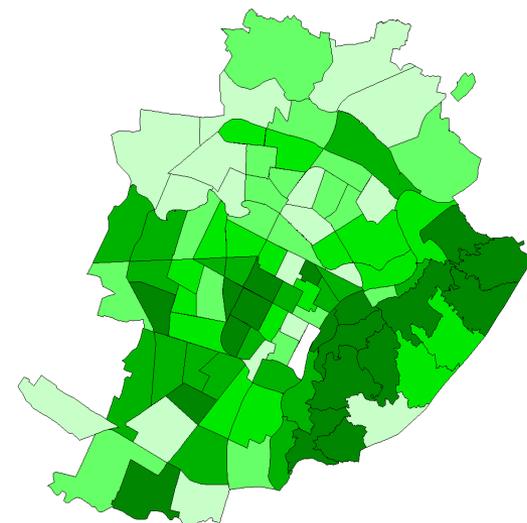
# MA DOVE I MIGLIORAMENTI DI SPERANZA DI VITA SONO STATI PIU' INTENSI NELLE AREE GEOGRAFICHE PIU' SVANTAGGIATE: UNA STORIA DI SUCCESSO CHE INCORAGGIA GLI STAKEHOLDER AD ANDARE AVANTI



**ANNI  
1970**



**AUMENTI DI  
SPERANZA DI VITA  
TRA GLI ANNI '70 E  
GLI ANNI 2010**



**ANNI  
2010**

# Il processo di consultazione

Secondo atelier 14 DICEMBRE 2016

## **Comprendere i meccanismi causali:**

agli stakeholder sono stati presentati i dati della rassegna che li aiutassero a comprendere i principali meccanismi di generazione delle disuguaglianze di salute nelle tre aree tematiche scelte

- 1) storie di vita (condizioni di vita nei primi anni, nella esperienza migratoria, nell'invecchiamento, nel ciclo di apprendimento)
- 2) Accesso alle opportunità e alle cure (occupazione, sanità, reddito, scuola)
- 3) Ambiente costruito (casa, ambiente urbano, ambiente naturale)

## **Concrete esperienze dal territorio.**

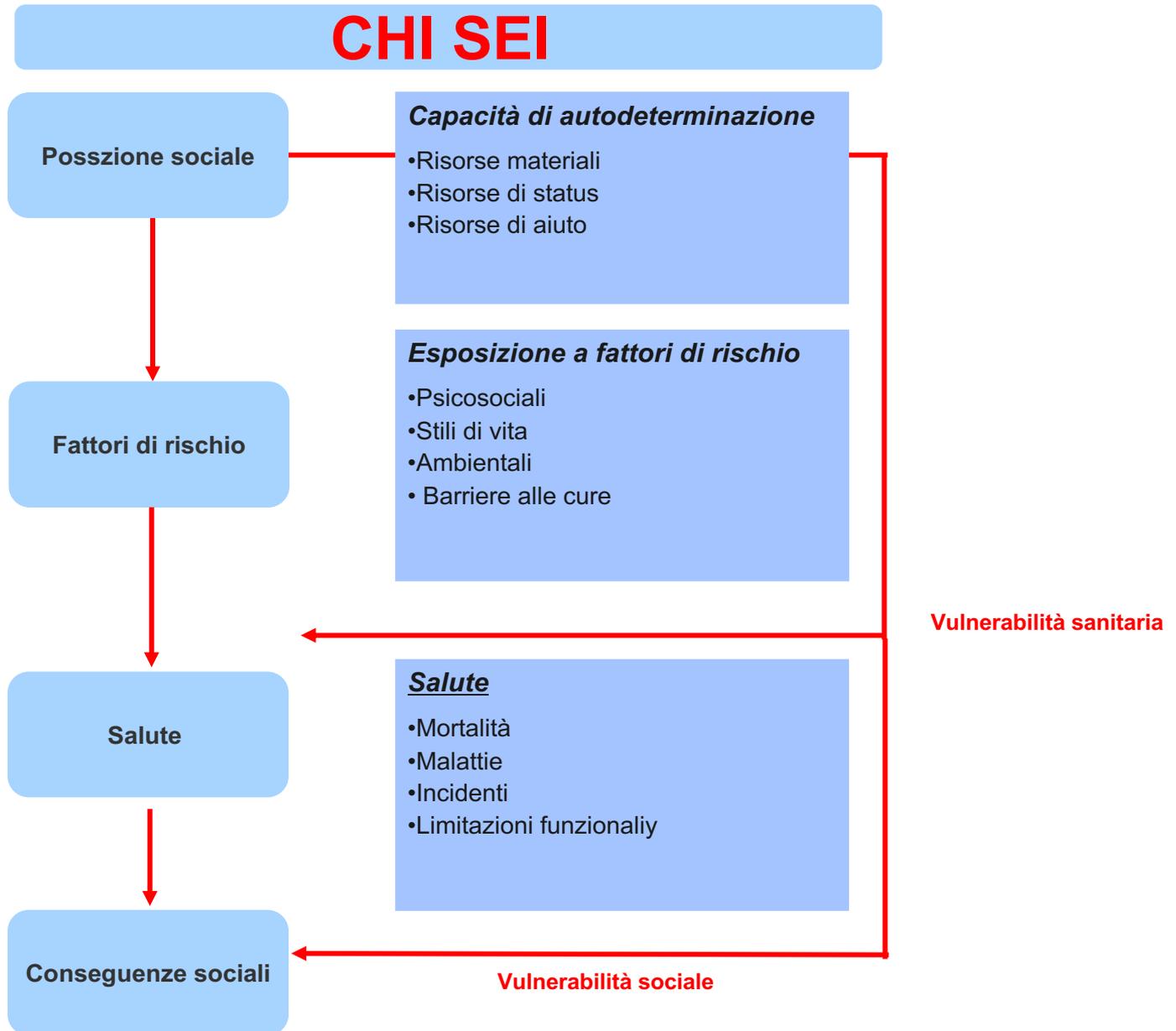
Analisi e voci dagli stakeholder, e gruppi Interdisciplinari sulle tre aree per condivisione di esperienze e buone pratiche

**AUMENTARE  
LA CONSAPEVOLEZZA  
DELLE CAUSE**



**COSTRUIRE UNA  
COMUNITA' DI PRATICA  
CONDIVIDERE LE  
ESPERIENZE**

# Meccanismi di generazione di disuguaglianze di salute



# Fattori di rischio → Esposizioni psicosociali

## Job strain tra gli uomini



# Fattori di rischio → stili vita insalubri

Prevalenza di **FUMATORI** in Italia  
Uomini 2010-2012

37%

30%



Bassa istruzione

Alta istruzione

Prevalenza di **SOVRAPPESO** in Italia  
Donne 2010-2012

52%

34%



Bassa istruzione

Alta istruzione

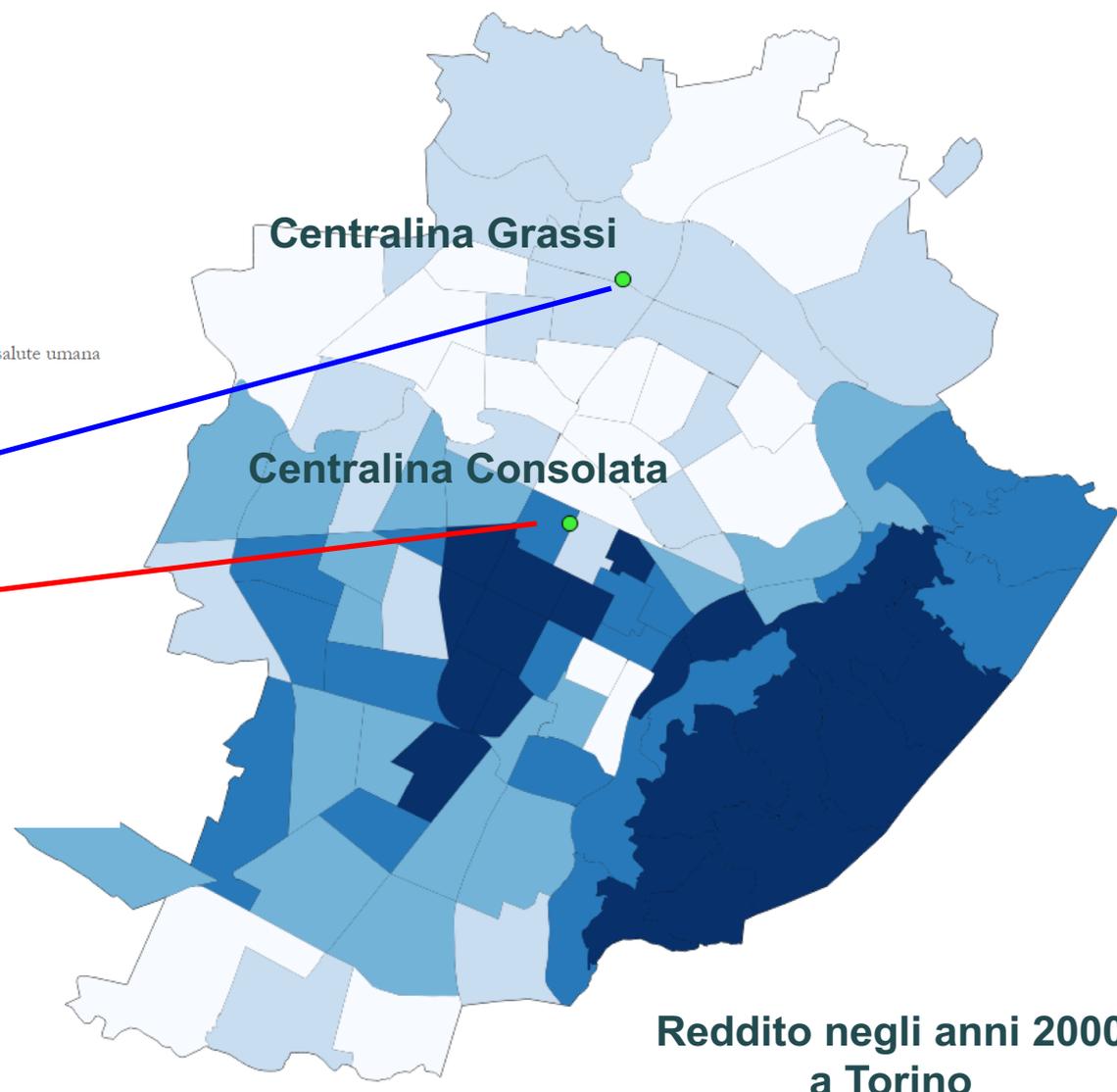
FATTORI DI RISCHIO  
STILI DI VITA



POSIZIONE SOCIALE  
= CONTROLLO

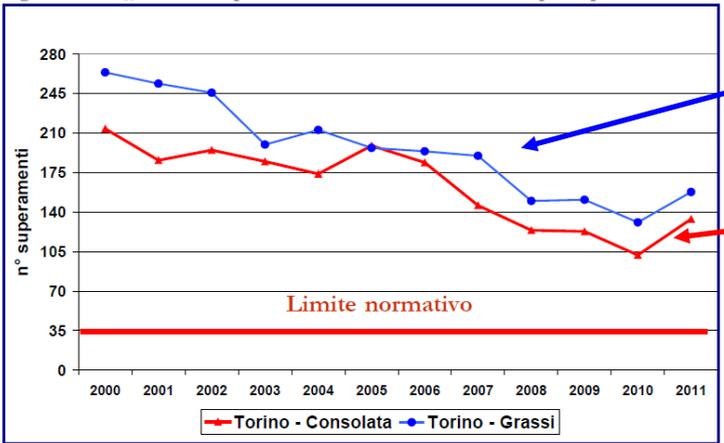
# Fattori di rischio → Esposizioni ambientali

## Livelli di inquinamento atmosferico



Reddito negli anni 2000 a Torino

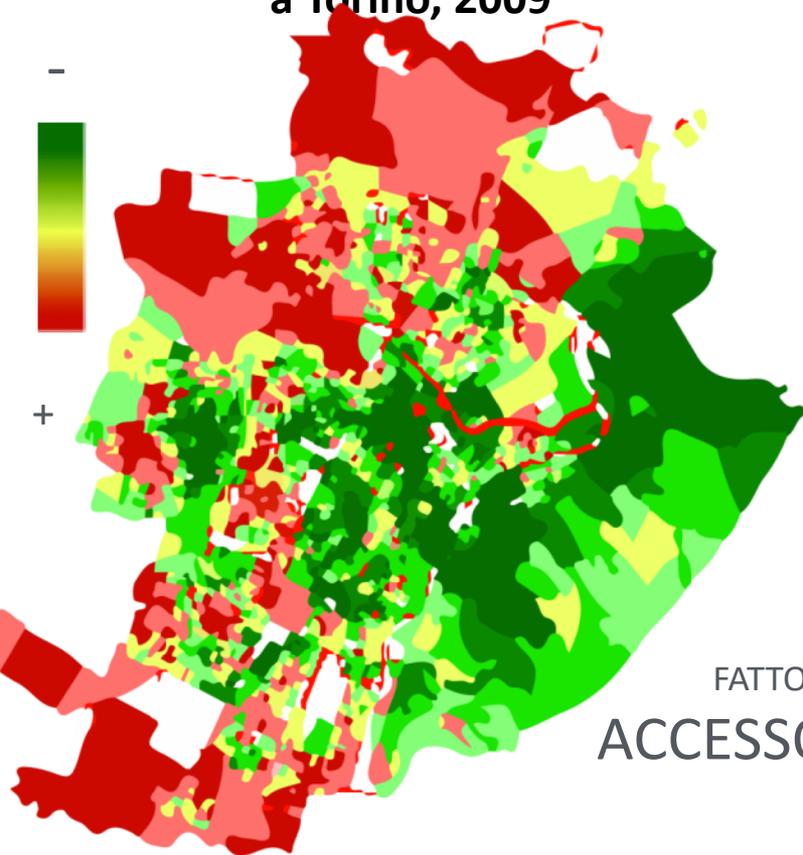
Figura 2 - PM<sub>10</sub>, numero superamenti del valore limite di 24 ore per la protezione della salute umana



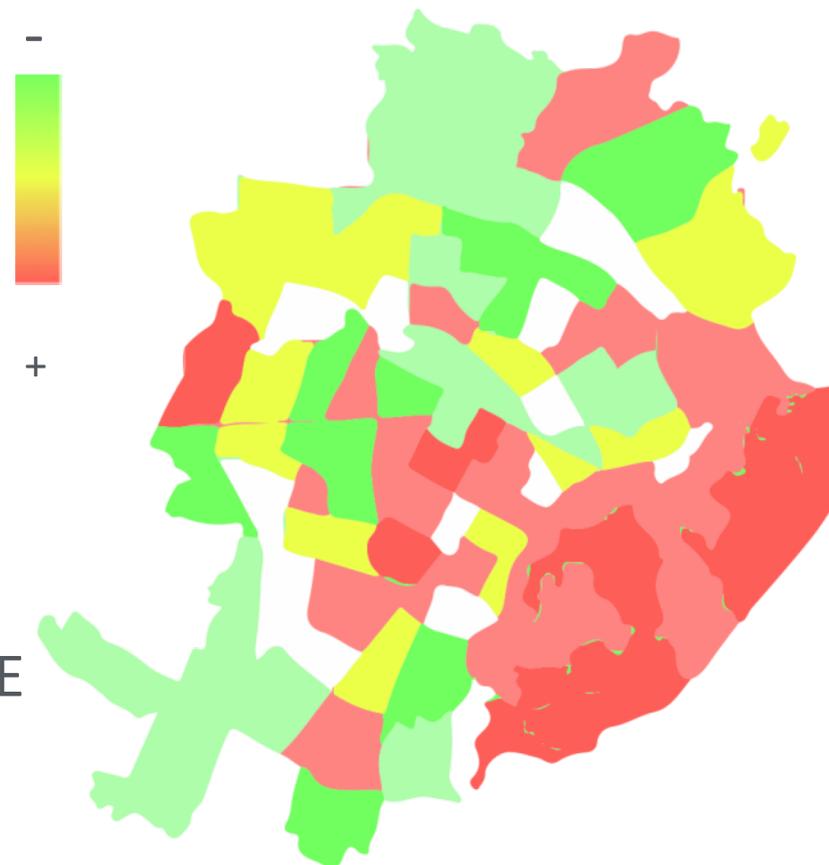
Fonte: Arpa Piemonte

# Fattori di rischio → **Accesso alle cure**

Infarto miocardico acuto  
a Torino, 2009



Rivascolarizzazione  
coronarica a Torino, 2009



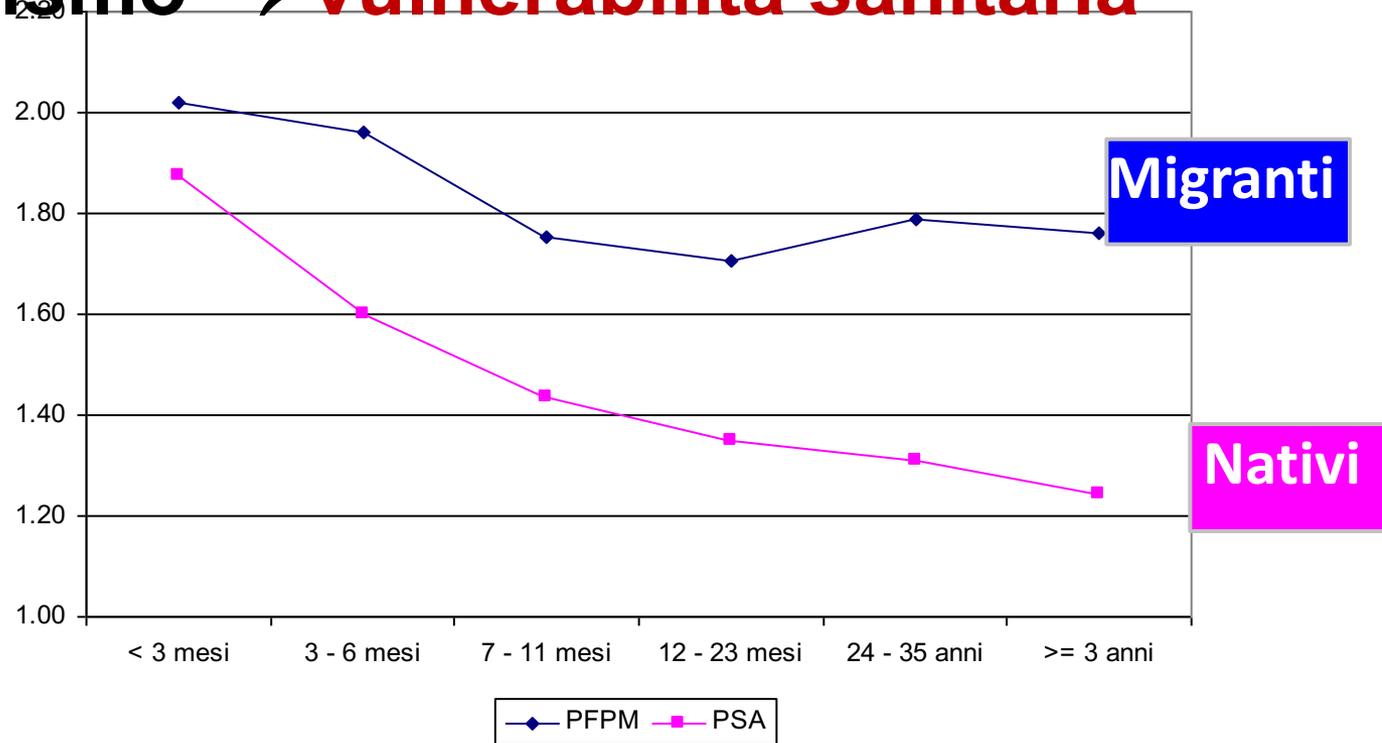
FATTORI DI RISCHIO  
ACCESSO ALLE CURE



POSIZIONE SOCIALE  
= CONTROLLO

# Meccanismo → vulnerabilità sanitaria

Disuguaglianze tra italiani e immigrati nell'incidenza di **infortuni severi** per lunghezza del contratto (tassi e rischi relativi aggiustati per età, posizione, attività economica e anno), Italia anni 2000



VULNERABILITA' A EFFETTO SU SALUTE DI FATTORI DI RISCHIO



POSIZIONE SOCIALE = CONTROLLO

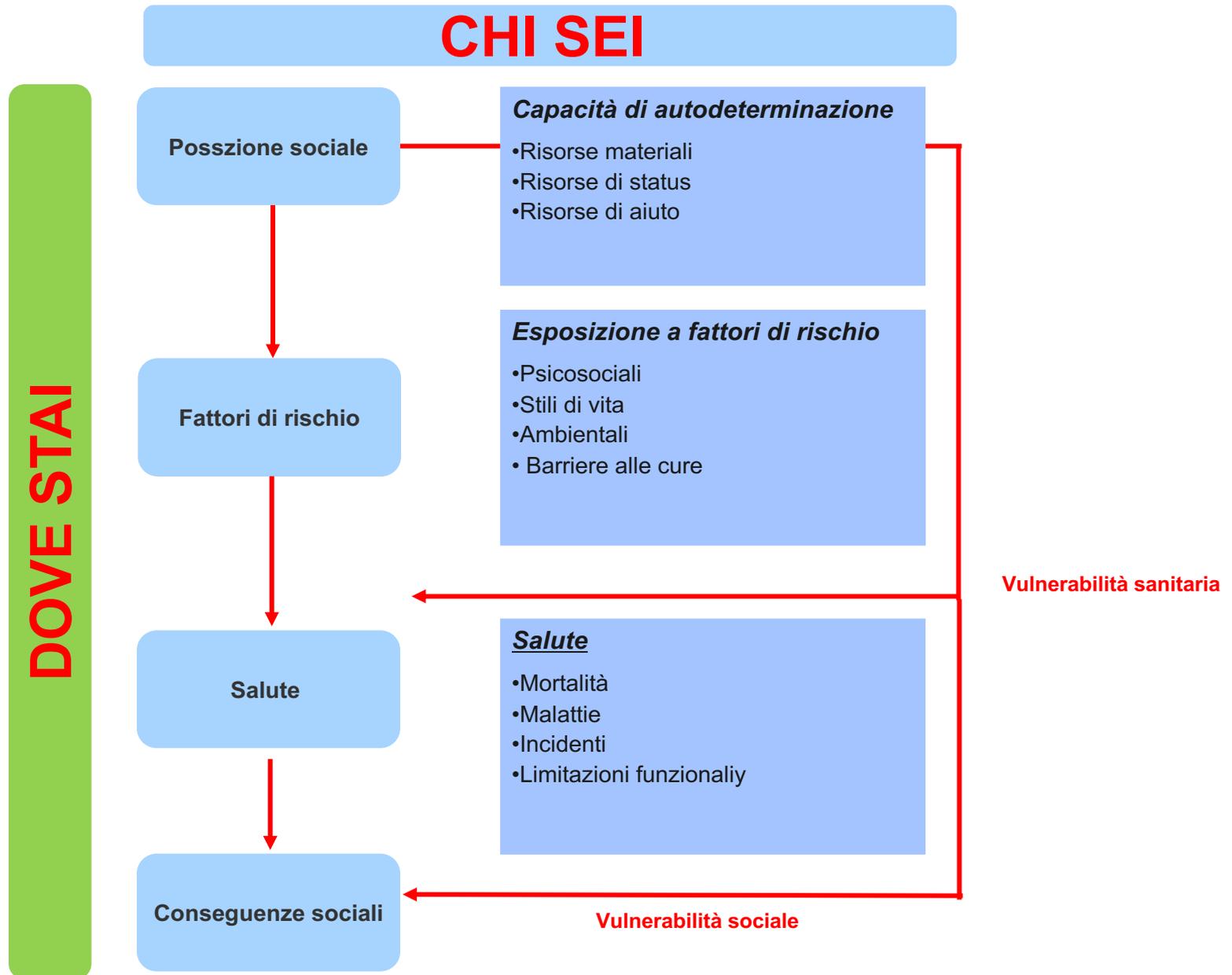
# Meccanismo → **vulnerabilità sociale**

**+46%**  
**di pensionamento**  
**anticipato**  
**legato a malattia**  
**Torino (uomini)**

MALATTIA



# Meccanismi di generazione di disuguaglianze di salute





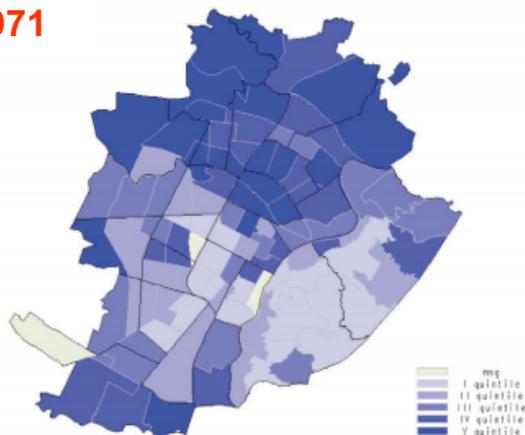
# AMBIENTE

## contesto – deprivazione socio-economica

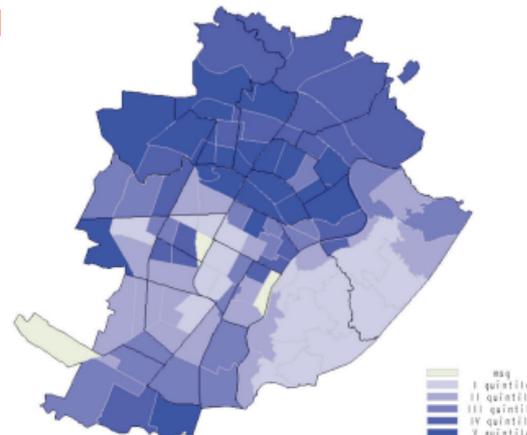
Figura 9. Indice di deprivazione\* a Torino 1971-2011.

\*Indice di deprivazione per zona statistica derivato da: 1) % bassa istruzione standardizzata per età; 2) % disoccupati; 3) % lavoratori manuali; 4) % abitazione disagiata; 5) % sovraffollamento

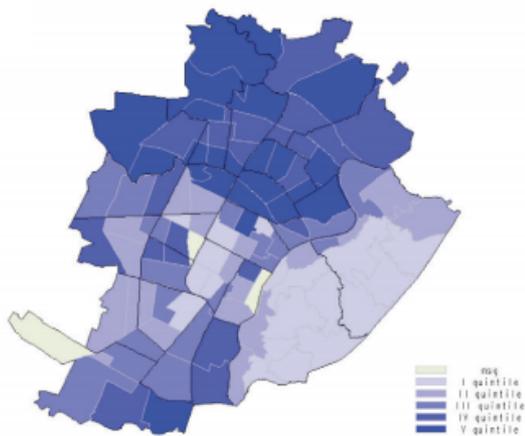
1971



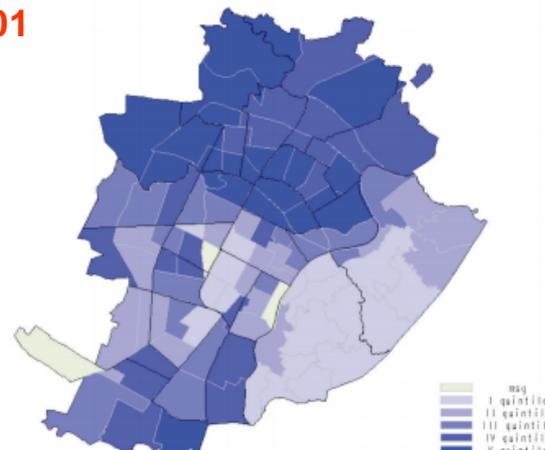
1981



1991



2001



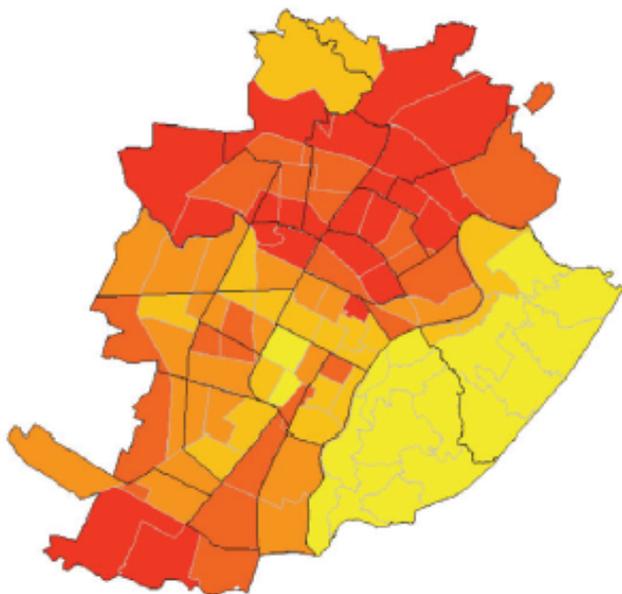


# AMBIENTE

## contesto - segregazione

Figura 10. Composizione demografica delle zone statistiche di Torino negli anni 2000

IMMIGRATI DAL SUD  
2001



I quintile  
II quintile  
III quintile  
IV quintile  
V quintile



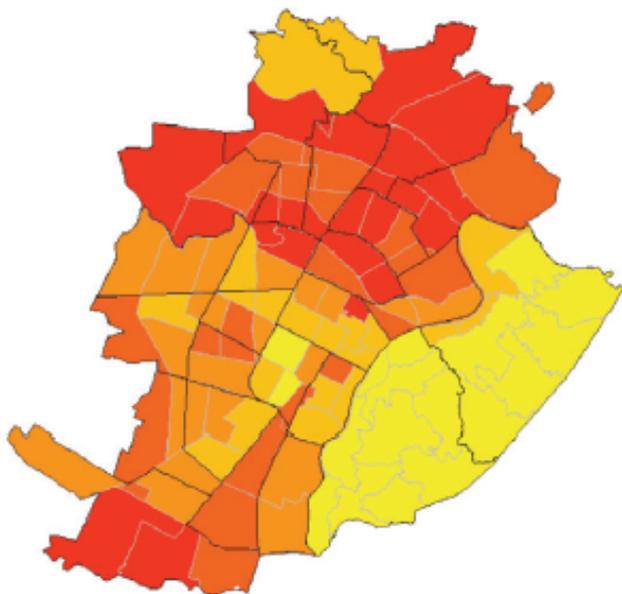


# AMBIENTE

## contesto - segregazione

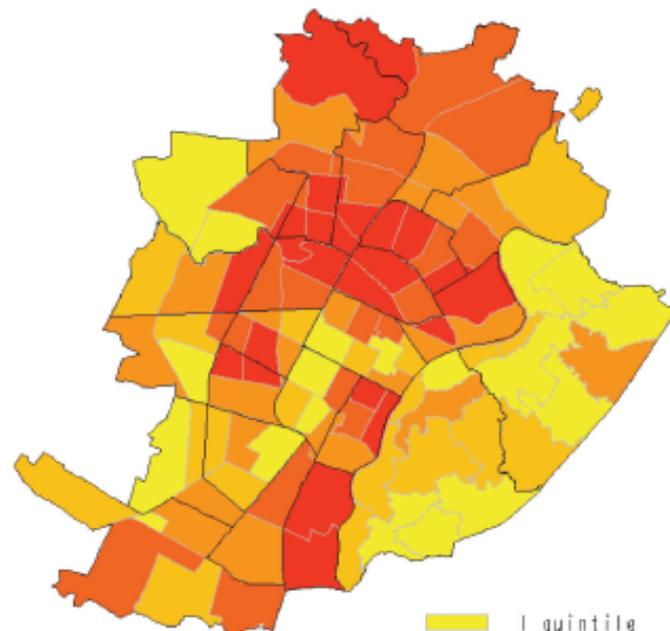
Figura 10. Composizione demografica delle zone statistiche di Torino negli anni 2000

IMMIGRATI DAL SUD  
2001



I quintile  
II quintile  
III quintile  
IV quintile  
V quintile

MIGRANTI DA PAESI A FORTE PRESSIONE MIGRATORIA  
- PPFM (% SU RESIDENTI) 2007-2014



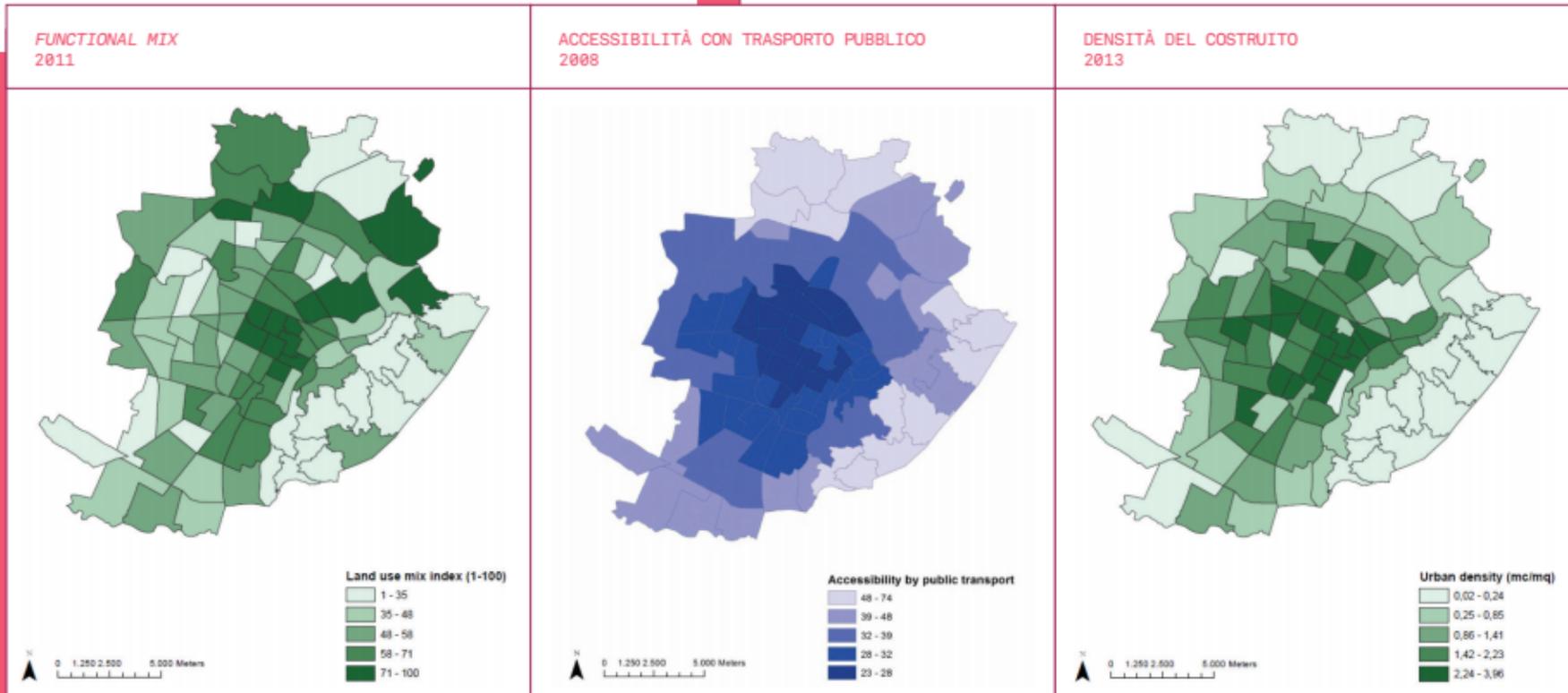
I quintile  
II quintile  
III quintile  
IV quintile  
V quintile



# AMBIENTE

## contesto – mix funzionale e accessibilità

Figura 11. Indicatori di struttura urbanistica a Torino - anni 2000  
(Modificato da Melis et al. 2015).



La densità del costruito è calcolata come rapporto tra il volume degli edifici e la superficie di un'area e varia da 0.02 m<sup>3</sup>/m<sup>2</sup> per le aree poco urbanizzate (es. cimiteri, aree collinari e parchi)

a 3.96 m<sup>3</sup>/m<sup>2</sup> per le aree con maggiore densità come quelle del centro con strade strette e edifici di sei piani;

Il Functional mix-uso del territorio descrive il livello di vitalità secondo il diversity index di Shannon che è usato per le pianificazioni urbanistiche e tiene conto delle cinque principali destinazioni d'uso di un'area (residenziale, produttiva, terziario, servizi e commerciale);

L'accessibilità corrisponde al tempo medio richiesto per raggiungere ciascuna zona statistica partendo da una data area usando solo i trasporti pubblici e varia da 23 minuti per le zone meglio servite a 74 minuti per le peggio servite;

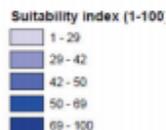
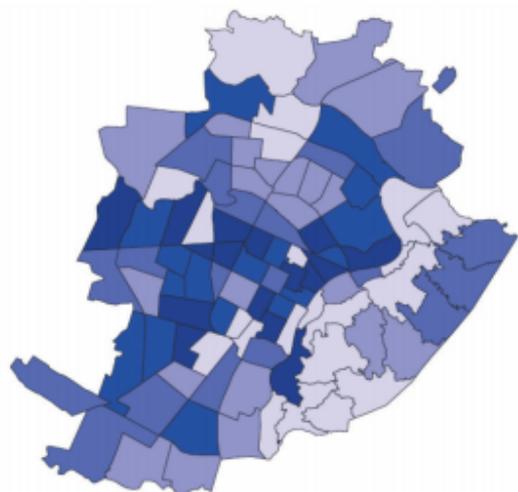


# AMBIENTE

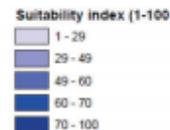
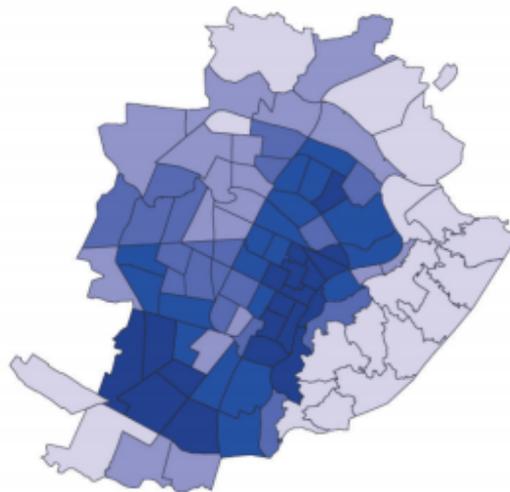
## contesto – servizi e aree verdi

Figura 12. Indicatori di offerta di servizi - anni 2000  
(Modificato da Melis et al. 2015).

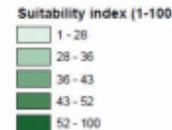
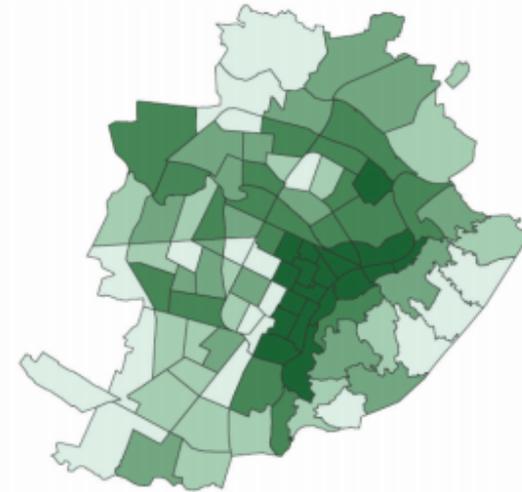
ASILI NIDO (DISPONIBILITÀ DI POSTI)  
2011



ATTIVITÀ CULTURALI E SPORTIVE  
2011-2013



AREE VERDI E PEDONALI  
2003-2013



La disponibilità di aree verdi e pedonali rappresenta la presenza di parchi, giardini e aree verdi (escluse quelle ad uso sportivo) combinate con le aree pedonali; servizi per l'infanzia è un indicatore basato sulla disponibilità di posti in asili nido mentre

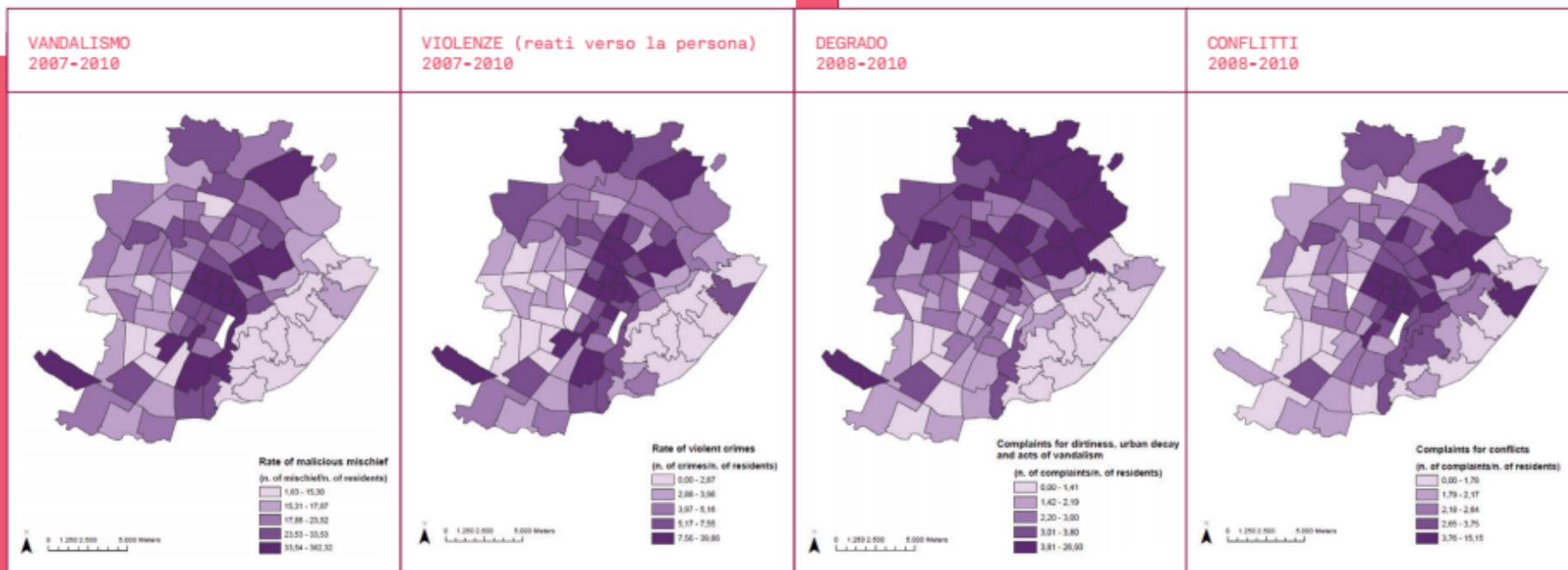
l'indicatore composito di servizi per cultura e sport si basa sulla disponibilità di biblioteche, centri ricreativi pubblici, cinema, stadi e teatri, palestre, campi di calcio e da tennis e piscine



# AMBIENTE

## contesto – sicurezza urbana

Figura 14. Indicatori sicurezza urbana a Torino - anni 2000  
(Modificato da Melis et al. 2015).



I danni alle cose sono i reati contro i beni pubblici riportati o scoperti dalla polizia e che ricadono sotto la definizione di atti vandalici;  
I danni alle persone sono i delitti contro la persona riportati dalla polizia e comprendono le aggressioni, gli omicidi, le risse, i sequestri e le violenze sessuali;  
il degrado è misurato sulla base delle segnalazioni da parte dei cittadini alle autorità municipali di degrado, squalore, atti nei confronti dei contenitori di immondizia;  
il disordine sociale deriva dalle segnalazioni dei cittadini alle autorità municipali di rumore, conflitti, disturbo della quiete pubblica, uso improprio degli spazi pubblici e in generale di comportamenti disturbanti che accrescono la percezione di insicurezza



# AMBIENTE

## contesto – sicurezza stradale

**-15%**

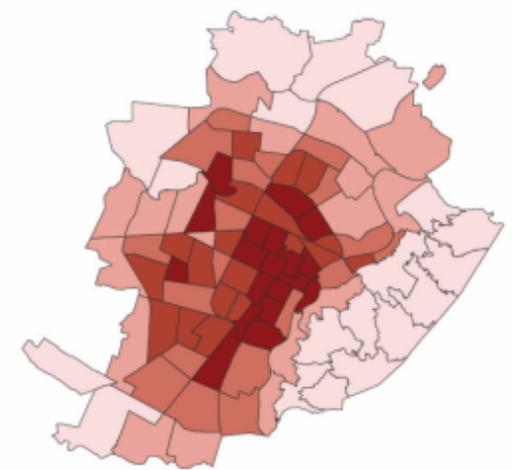
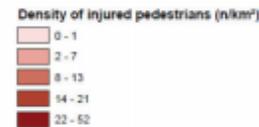
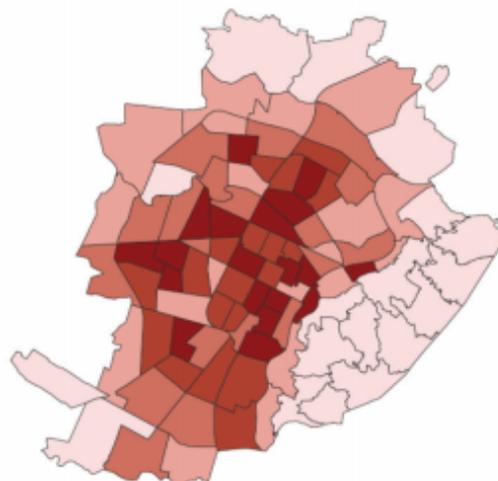
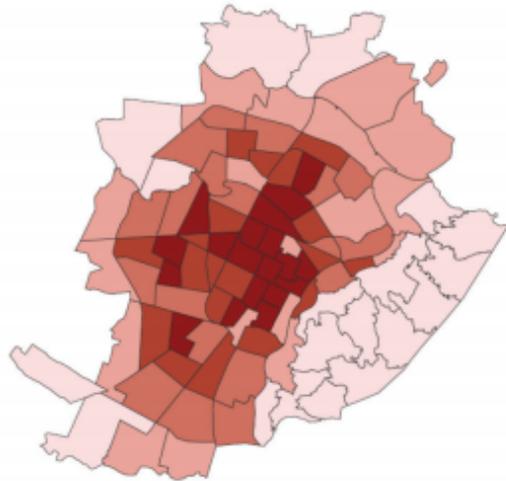
incidenti stradali lungo  
l'asse di corso Francia



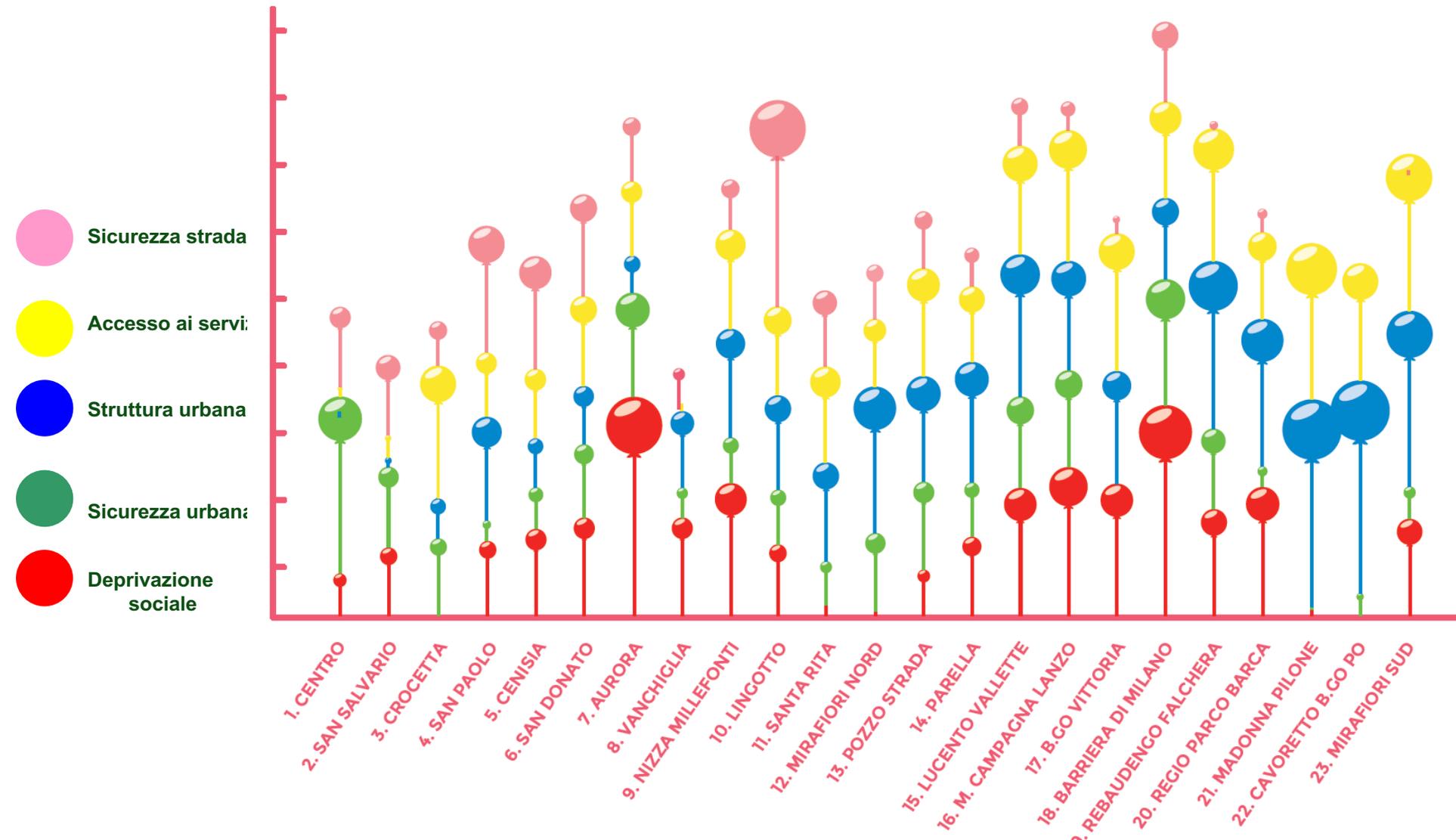
NUMERO DI INCIDENTI STRADALI  
FERITO PER KM<sup>2</sup> - 2002-2011

NUMERO DI INCIDENTI STRADALI  
(CICLISTA O PEDONE) FERITO PER KM<sup>2</sup> - 2002-2011

Metro Torino



# Disuguaglianze tra i 23 quartieri nei principali determinanti sociali di salute



# Il processo di consultazione

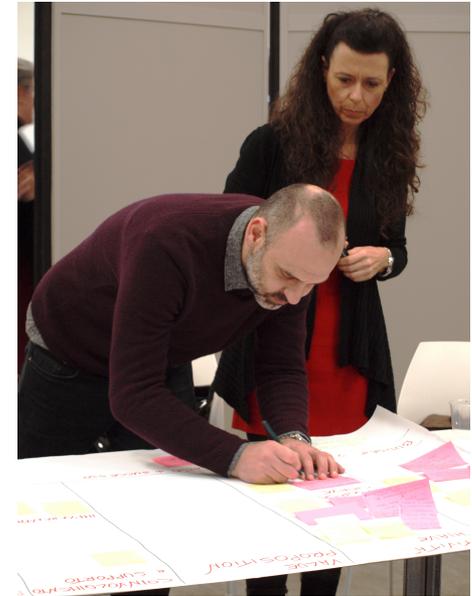
Terzo atelier 12 Gennaio 2017

Sviluppare un comune quadro concettuale per le politiche che serva a orientare le decisioni e concrete azioni verso obiettivi di riduzione delle disuguaglianze di salute

- Definire problemi, soluzioni, risorse, responsabilità, strumenti e metodi per l'azione
- Elaborare un approccio partecipativo

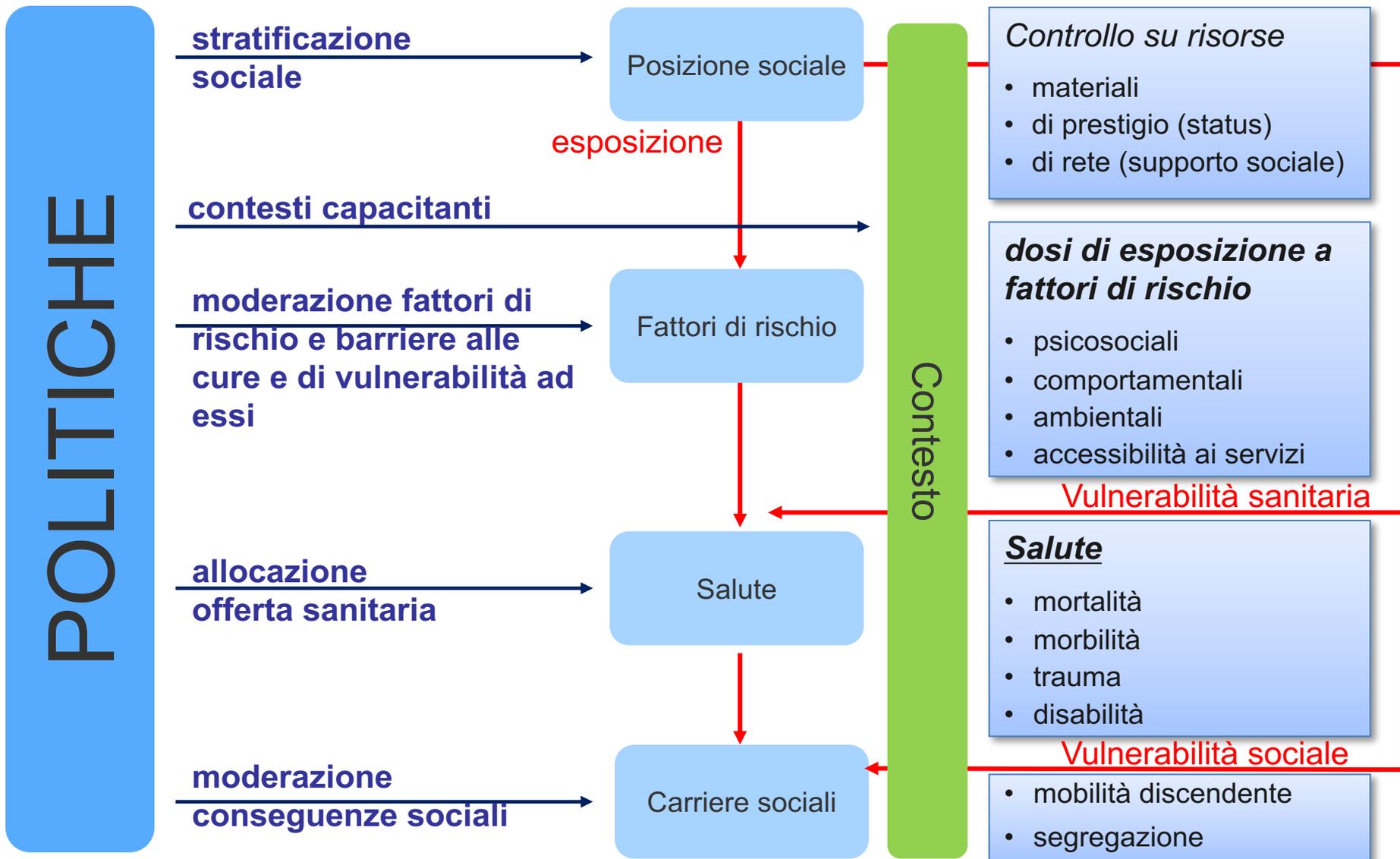
Proporre azioni potenzialmente intersettoriali

**DALLE SPIEGAZIONI  
ALLE AZIONI**



**COSA FARE?  
COME FARLO?**

# Interventi e azioni per il contrasto delle disuguaglianze di salute



# Il processo di consultazione

## 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, piano per il quale serve una **scelta di priorità**

**MANDATO DI AUTORITA'**



Sulla base di questo mandato, nella comunità di pratica finora attivata sono stati scelti 15 dei più influenti stakeholder e decisori, per ingaggiarli in un percorso strutturato di scelta di priorità da sottomettere alle autorità locali committenti.

## Area di politiche

### Amministrazione pubblica

- Comune
  - sociale, scuola, ambiente, ICT, lavoro, casa
- Azienda sanitaria locale
- Agenzia della casa
- Rete innovation e smart city

### Enti non governativi

- donatori (banche e fondazioni), imprese sociali innovative, gruppo regionale immigrazione e salute

### Sindacati

### Enti no profit

## Partecipanti

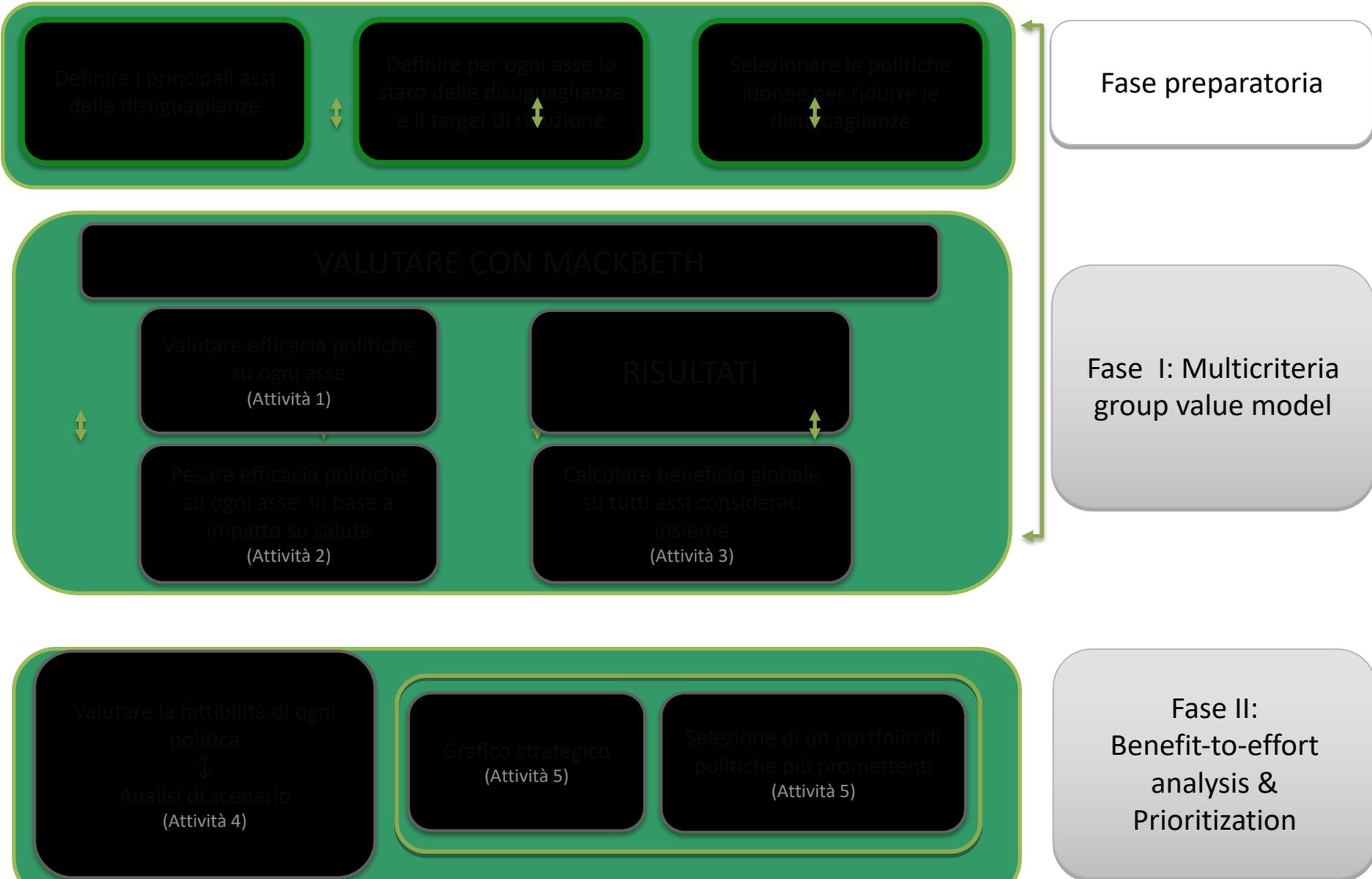
9

3

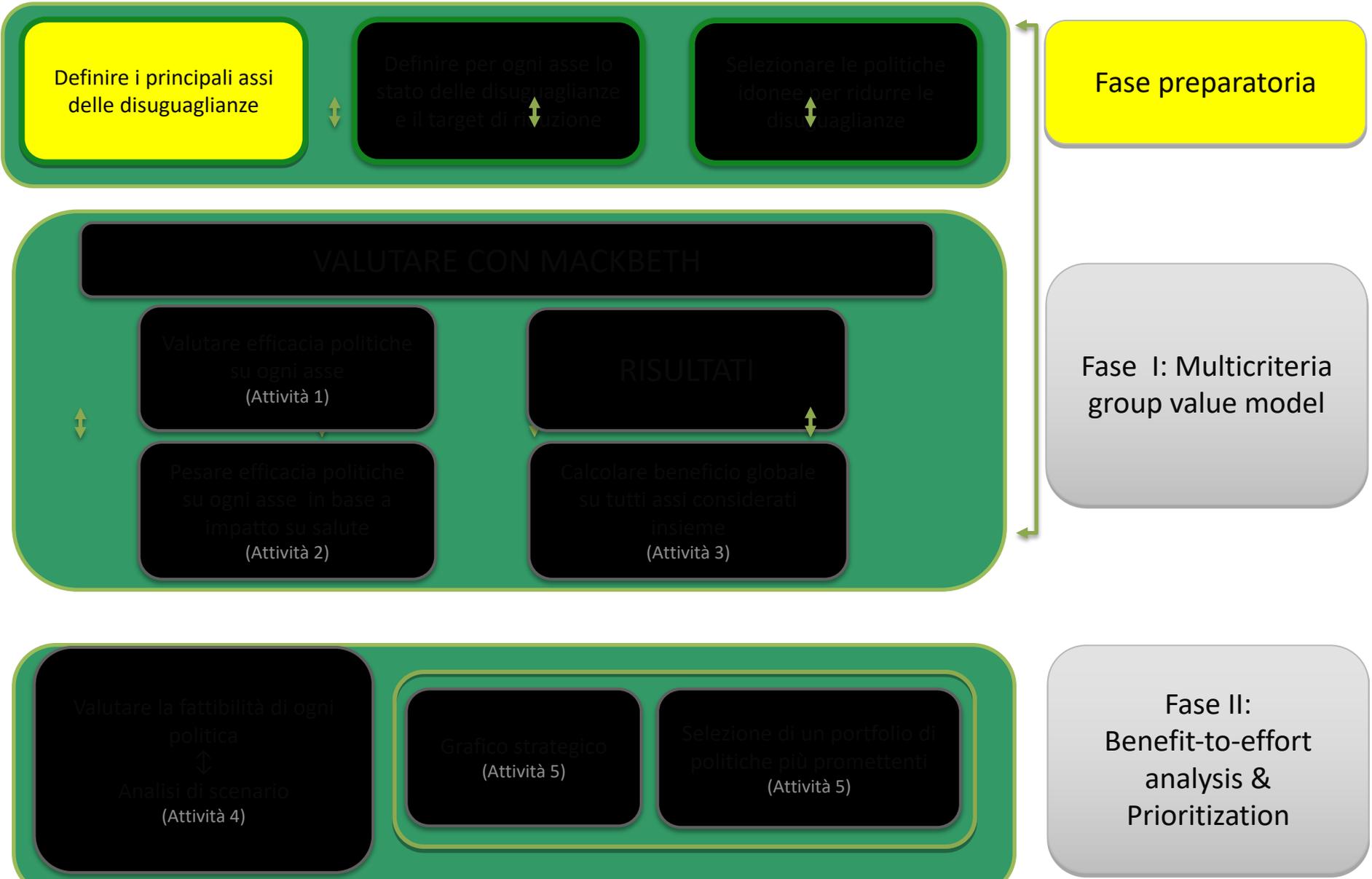
2

1

# Metodologia usata per supportare la selezione di un portfolio di politiche e azioni prioritarie (seguire i compiti che si colorano di giallo)



# Metodologia per supportare la selezione di un portfolio di politiche e azioni prioritarie



**In accordo con quanto discusso negli atelier sono stati identificati 8 assi delle disuguaglianze sociali (determinanti sociali di salute) meritevoli di diventare bersaglio delle azioni di contrasto (6 relativi al “chi sei” e due relativi al “dove stai”)**

**Livello individuale (chi sei)**

Essere ben educato

Essere occupato

Avere un lavoro di qualità

Avere adeguate risorse materiali

Avere una abitazione adeguata

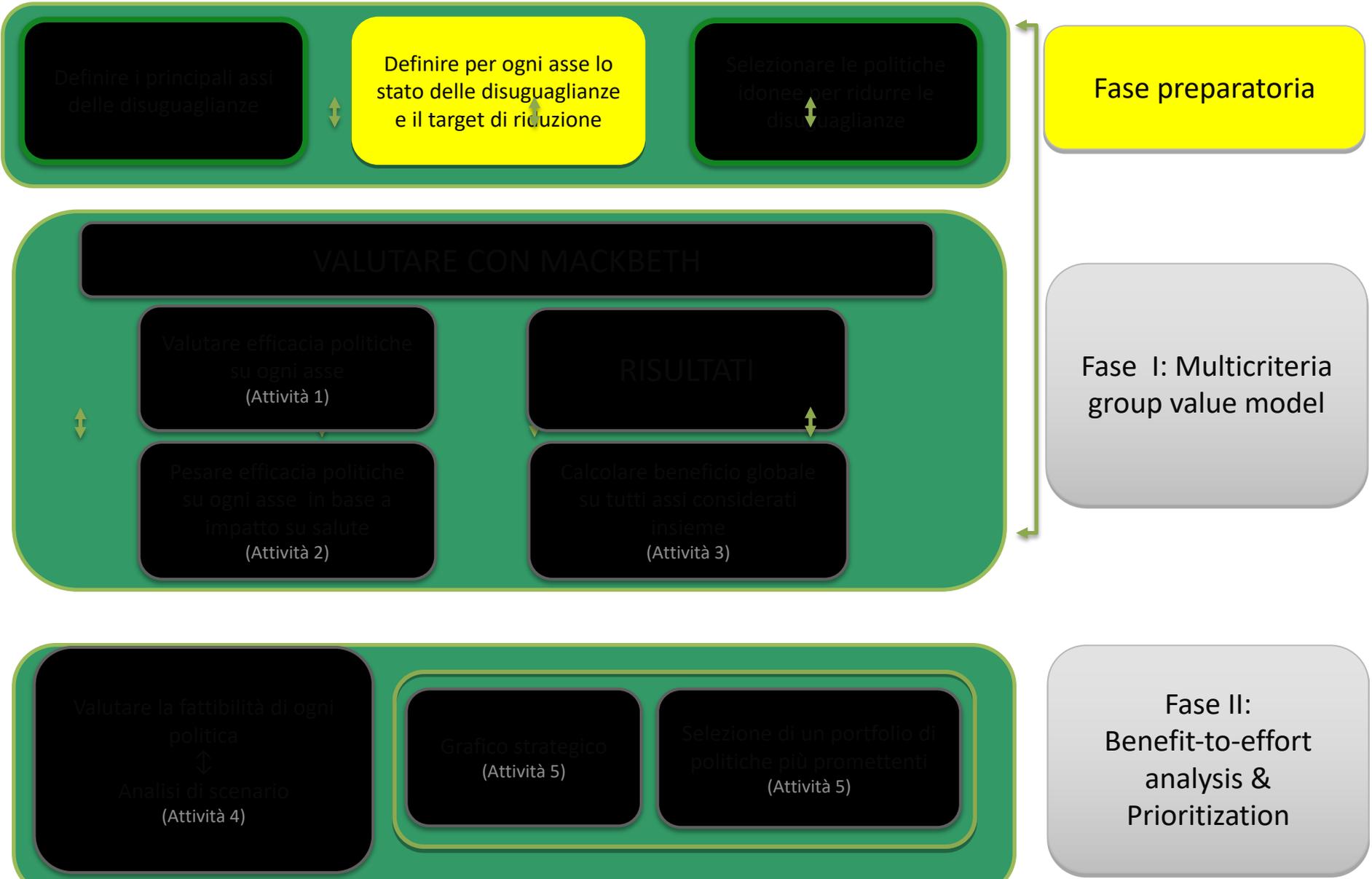
Avere una adeguata rete  
famigliare

**Livello areale (dove stai)**

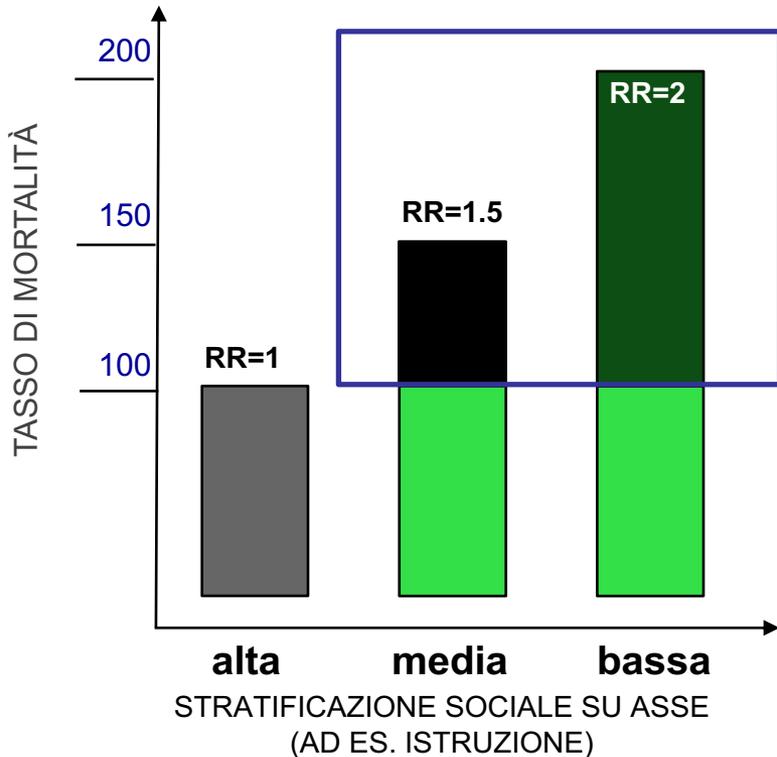
Vivere in un adeguato ambiente  
costruito (accessibilità, mix  
funzionale, densità)

Vivere in un adeguato ambiente  
sociale (libero da deprivazione e  
disordini fisici e sociali)

# Metodologia per supportare la selezione di un portfolio di politiche e azioni prioritarie



Tramite i dati del libro di SELI, a ciascun asse è stato assegnato un peso in base alla sua rilevanza nello spiegare le disuguaglianze di salute usando un'unica misura di impatto: il rischio attribuibile di mortalità prematura (30-74 anni) tra il 2002 e 2013



Rappresentato in termini di percentuale di morti attribuibili per ciascun determinante

$$PAF = \frac{\sum_{i=1}^n P_i RR_i - \sum_{i=1}^n P_i' RR_i}{\sum_{i=1}^n P_i RR_i}$$

Misura quanto la mortalità potrebbe essere ridotta se tutti i gruppi sociali avessero il tasso di mortalità del gruppo con la posizione più alta su ogni singolo asse

## È possibile catturare l'effetto indipendente di ognuno degli indicatori per l'attribuzione dei pesi?

### “chi sei”

I morti attribuibili per ciascun indicatore sono stati stimati a parità di età, sesso e mutuamente aggiustati fra di loro.

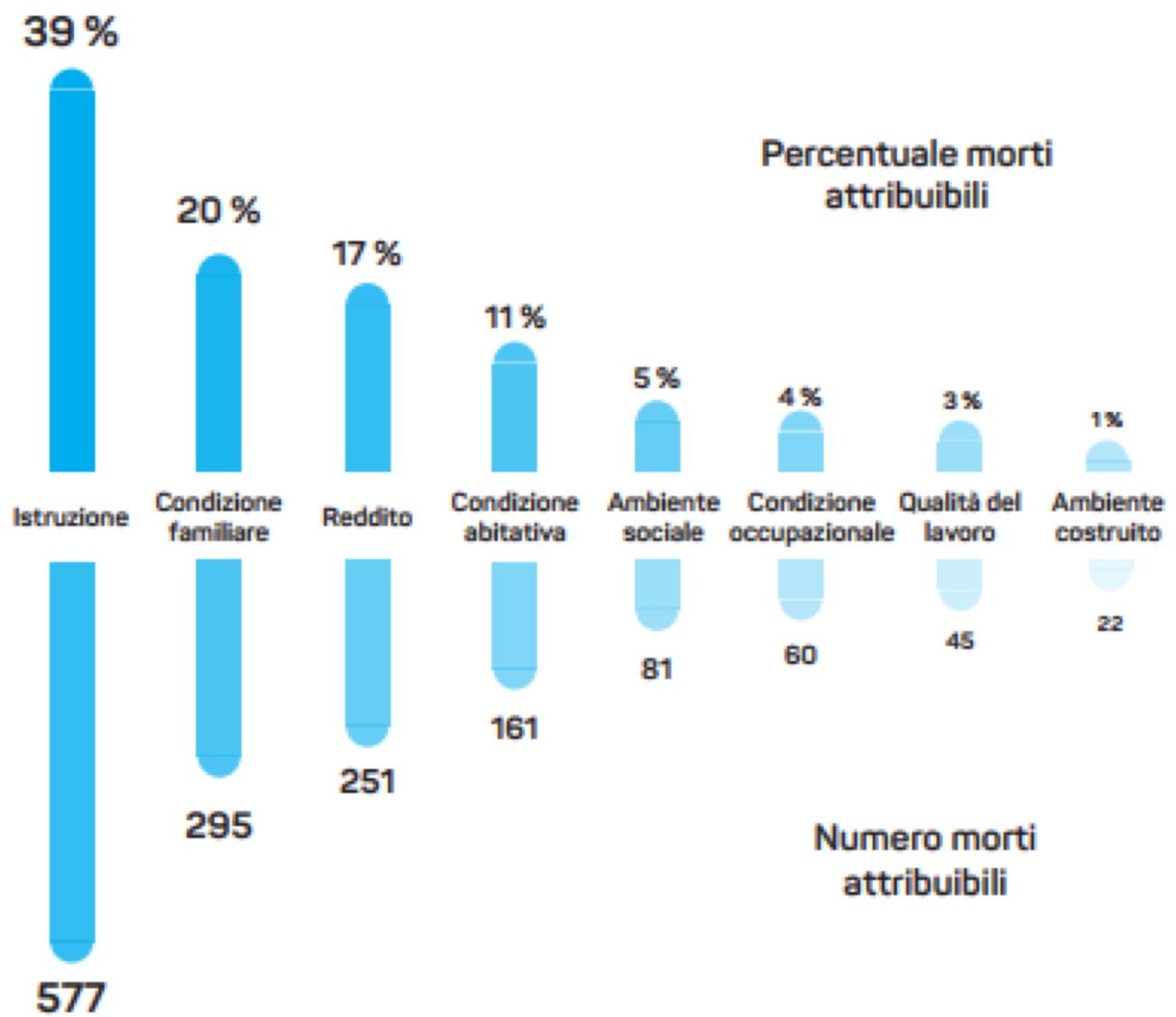
Ad eccezione della condizione occupazionale (aggiustata solo per sesso ed età) e la qualità del lavoro (aggiustata per sesso, età e livello d'istruzione), quest'ultima stimata soltanto per la sub-popolazione degli “occupati”.

### “dove vivi”

Mentre i morti attribuibili per gli indicatori di contesto sono stati aggiustati per età, sesso e un indicatore dell'individuo, il livello d'istruzione.

Tutte le stime sono state riportate a un denominatore comune che è il totale dei decessi durante il periodo.

**Percentuale di morti annuali attribuibili alle disuguaglianze sociali (mortalità prematura tra 30 e 74 anni) a Torino durante il periodo 2002-2013. Rappresentano il target massimo di guadagno di salute raggiungibile eliminando le disuguaglianze sociali in ognuno degli otto assi**



# Metodologia usata per supportare la selezione di un portfolio di politiche e azioni prioritarie

Definire i principali assi delle disuguaglianze

Definire per ogni asse lo stato delle disuguaglianze e il target di riduzione

Selezionare le politiche idonee per ridurre le disuguaglianze

Fase preparatoria

VALUTARE CON MACKBETH

Valutare efficacia politiche su ogni asse  
(Attività 1)

RISULTATI

Pesare efficacia politiche su ogni asse in base a impatto su salute  
(Attività 2)

Calcolare beneficio globale su tutti assi considerati insieme  
(Attività 3)

Fase I: Multicriteria group value model

Valutare la fattibilità di ogni politica  
↕  
Analisi di scenario  
(Attività 4)

Grafico strategico  
(Attività 5)

Selezione di un portfolio di politiche più promettenti  
(Attività 5)

Fase II:  
Benefit-to-effort analysis & Prioritization

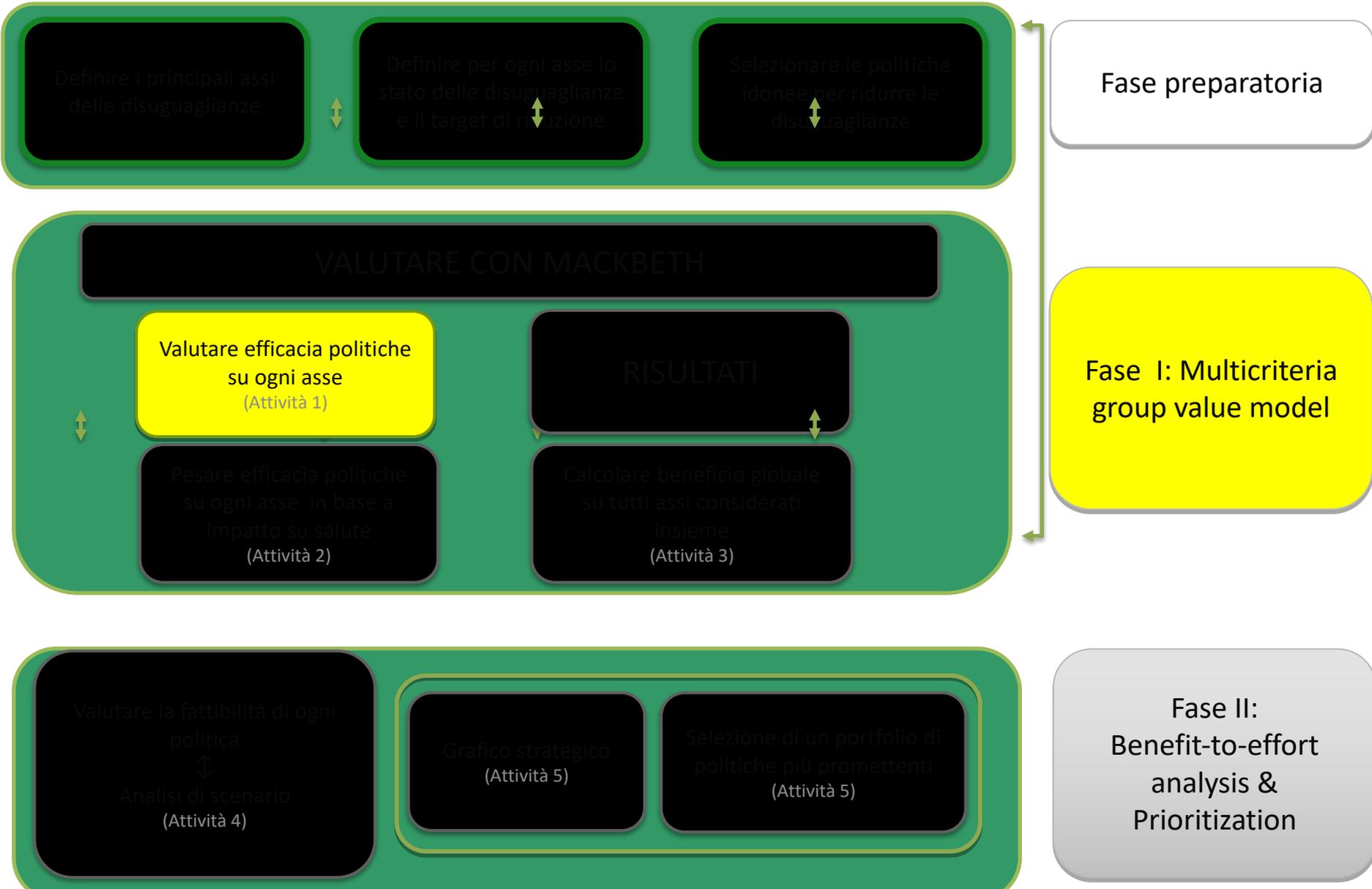
# Politiche e azioni evidenziate nel corso degli atelier come di potenziale rilevanza per ridurre le disuguaglianze di salute per ognuno degli otto assi delle disuguaglianze; politiche e azioni che sono alla portata delle responsabilità urbane

**Tabella 1**

Matrice d'intervento - I punti in azzurro rappresentano l'intersezione tra la politica e il determinante sul quale essa ha un potenziale impatto nel ridurre le disuguaglianze

Politiche di intervento	Condizione occupazionale	Qualità del lavoro	Istruzione	Reddito	Condizione familiare	Condizione abitativa	Ambiente costruito	Ambiente sociale	Numero di assi per intervento (91)
<b>Politiche per la qualità del lavoro e delle organizzazioni</b>									
Promozione della qualità nel lavoro	●	●							2
Conciliazione e servizi territoriali, orari e accessibilità	●	●		●	●		●		5
Alternanza scuola - lavoro	●	●	●	●					4
<b>Politiche per l'integrazione nell'occupazione</b>									
Gestione di incontro domanda - offerta e servizi per il lavoro	●			●	●	●		●	5
Orientamento	●	●	●						3
Formazione professionale	●	●	●						3
<b>Politiche di protezione sociale ed empowerment</b>									
Sostegno al reddito				●	●	●		●	4
Risposta alla domanda sociale di abitazioni						●	●	●	3
Integrazione sociali per l'integrazione dei migranti	●	●	●	●	●	●	●	●	7
Sostegno di comunità per donne e minori	●				●				2
Strategie di inclusione attiva e promozione di comunità	●		●		●		●	●	5
<b>Politiche per l'istruzione e la promozione culturale</b>									
Contrasto all'abbandono scolastico e di integrazione nell'istruzione	●	●	●	●				●	5
Promozione della crescita socio-culturale dei giovani	●	●	●					●	4
Politiche di supporto economico allo studio	●	●	●	●					4
<b>Politiche per la qualità dell'ambiente di vita</b>									
Riduzione dell'inquinamento e aumento salutogenicità						●	●	●	3
Miglioramento delle aree verdi							●	●	2
Riqualificazione spazi abbandonati							●	●	2
<b>Politiche per la salute e l'integrazione sociale</b>									
Servizi e residenze per anziani non autosufficienti	●				●	●	●	●	5
Promozione della domiciliarità	●				●	●	●	●	5
Inserimento socio-lavorativi sostenuti ed eventualmente protetti	●	●		●		●		●	5
<b>Politiche sanitarie</b>									
Promuovere stili di vita salubri	●	●	●		●			●	5
Promozione di salute mentale	●	●	●		●			●	5
Riduzione delle barriere di accesso alle cure di qualità	●			●				●	3

# Metodologia usata per supportare la selezione di un portfolio di politiche e azioni prioritarie



# 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 EFFETTI

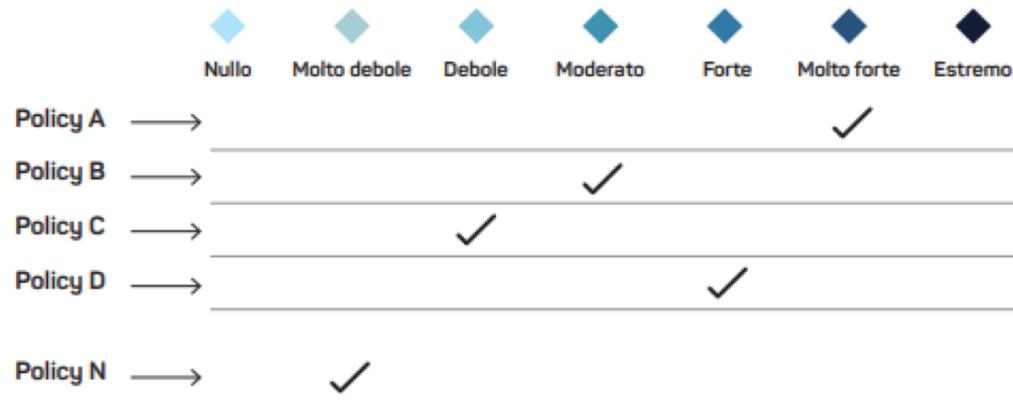
Quanto pesa ciascuna delle seguenti politiche, sviluppata correttamente e con risorse adeguate al bisogno, nel ridurre le disuguaglianze sociali?

## 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?

### Benefit (per ciascun asse di intervento)

Quale è il peso di ciascuna delle seguenti politiche, sviluppata correttamente e con risorse adeguate, nel ridurre le disuguaglianze sociali?



Le risposte in termini di fattibilità



In una conferenza decisionale successiva alla Delphi (Ottobre 2018) ed eseguita in plenaria si sono svolte le fasi più interattive del priority setting

UNA VOLTA PRESENTATA LA DISTRIBUZIONE DEI GIUDIZI DATI NELLA DELPHI SUL BENEFICIO ATTESO IN TERMINI DI RIDUZIONE DELLE DISUGUAGLIANZE DA OGNI POLITICA PER OGNI ASSE

**SI E' CHIESTO AI PARTECIPANTI DI CONCORDARE SU UN VALORE "MODALE" (PIU' FREQUENTE) CON CUI PROSEGUIRE L'ESERCIZIO DI VALUTAZIONE DI PRIORITA'?**

OGNI RISERVA DEI PARTECIPANTI RISPETTO AL GIUDIZIO MODALE E' STATA ANNOTATA NEI COMMENTI QUALITATIVI SOTTO FORMA DI GIUDIZIO "A CONDIZIONE CHE..."

## Politiche di intervento

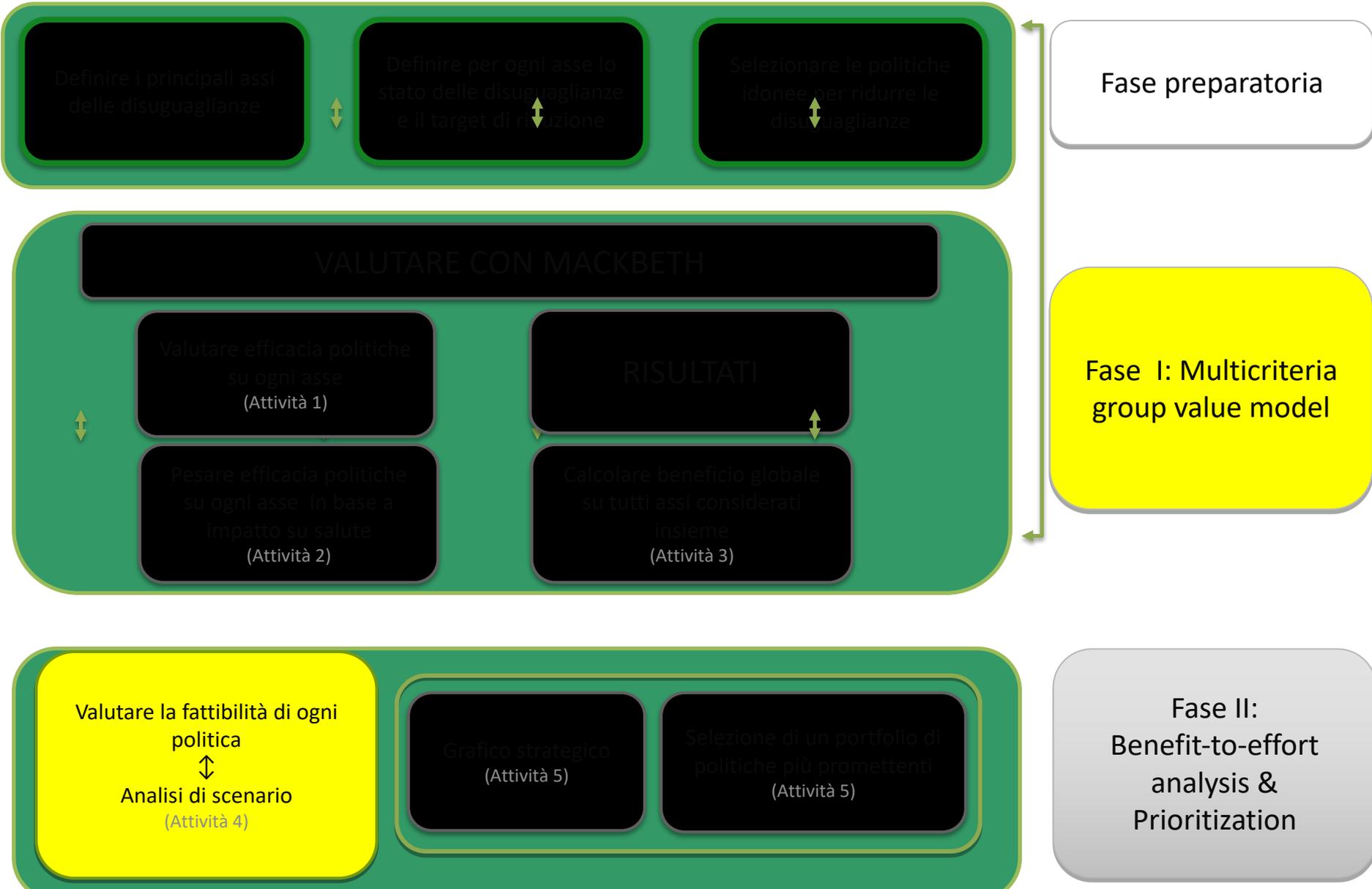
	Condizione occupazionale	Qualità del lavoro	Istruzione	Reddito	Condizione familiare	Condizione abitativa	Ambiente costruito	Ambiente sociale
<b>Politiche per la qualità del lavoro e delle organizzazioni</b>								
Promozione della qualità nel lavoro	◆	◆						
Conciliazione e servizi territoriali, orari e accessibilità	◆	◆		◆	◆		◆	
Alternanza scuola - lavoro	◆	◆	◆	◆				
<b>Politiche per l'integrazione nell'occupazione</b>								
Gestione di incontro domanda - offerta e servizi per il lavoro	◆	◆	◆	◆	◆	◆		◆
Orientamento	◆	◆	◆					
Formazione professionale	◆							
<b>Politiche di protezione sociale ed empowerment</b>								
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	◆		◆		◆		◆	◆
<b>Politiche per l'istruzione e la promozione culturale</b>								
Contrasto all'abbandono scolastico e di integrazione nell'istruzione	◆	◆	◆	◆				◆
Promozione della crescita socio-culturale dei giovani	◆	◆	◆					◆
Politiche di supporto economico allo studio	◆	◆	◆	◆				
<b>Politiche per la qualità dell'ambiente di vita</b>								
Riduzione dell'inquinamento e aumento salutogenicità						◆	◆	◆
Miglioramento delle aree verdi							◆	◆
Riqualificazione spazi abbandonati							◆	◆
<b>Politiche per la salute e l'integrazione sociale</b>								
Servizi e residenze per anziani non autosufficienti	◆				◆	◆	◆	◆
Promozione della domiciliarità	◆				◆	◆	◆	◆
Inserimento socio-lavorativi sostenuti ed eventualmente protetti	◆	◆		◆		◆		◆
<b>Politiche sanitarie</b>								
Promuovere stili di vita salubri	◆	◆	◆		◆			◆
Promozione di salute mentale	◆	◆	◆		◆			◆
Riduzione delle barriere di accesso alle cure di qualità	◆			◆				◆

**OPZIONALE SE C'E' TEMPO**

**VISTA LA GRADUATORIA DI GRANDEZZA DEL  
BENEFICIO ATTESO DA OGNI POLITICA PER OGNI ASSE**

**PENSATE CHE SI DEBBA FAR VARIARE QUALCUNO DI  
QUESTI GIUDIZI PER TENERE IN CONTO LE  
DIFFERENZE RELATIVE TRA POLITICHE GIUDICATE DI  
PARI IMPATTO?**

# Metodologia usata per supportare la selezione di un portfolio di politiche e azioni prioritarie



# 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)

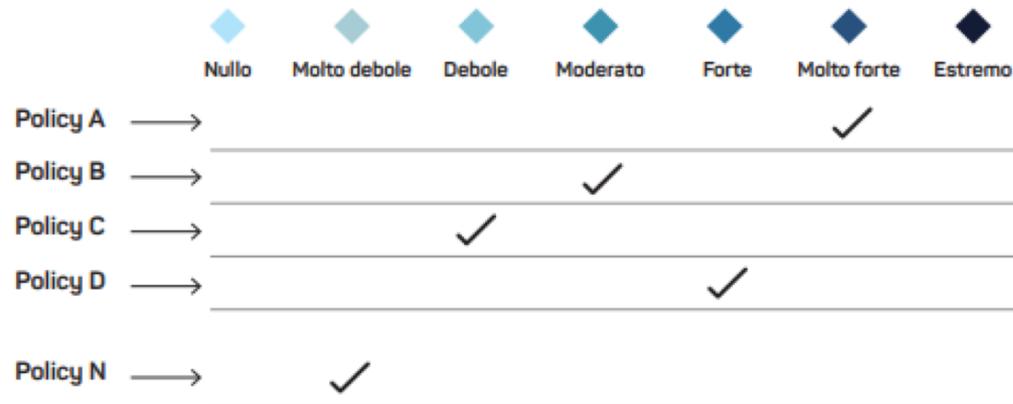
## 1. GIUDIZIO IN TERMINI DI EFFETTI

## 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?

### Benefit (per ciascun asse di intervento)

Quale è il peso di ciascuna delle seguenti politiche, sviluppata correttamente e con risorse adeguate, nel ridurre le disuguaglianze sociali?



Le risposte in termini di fattibilità

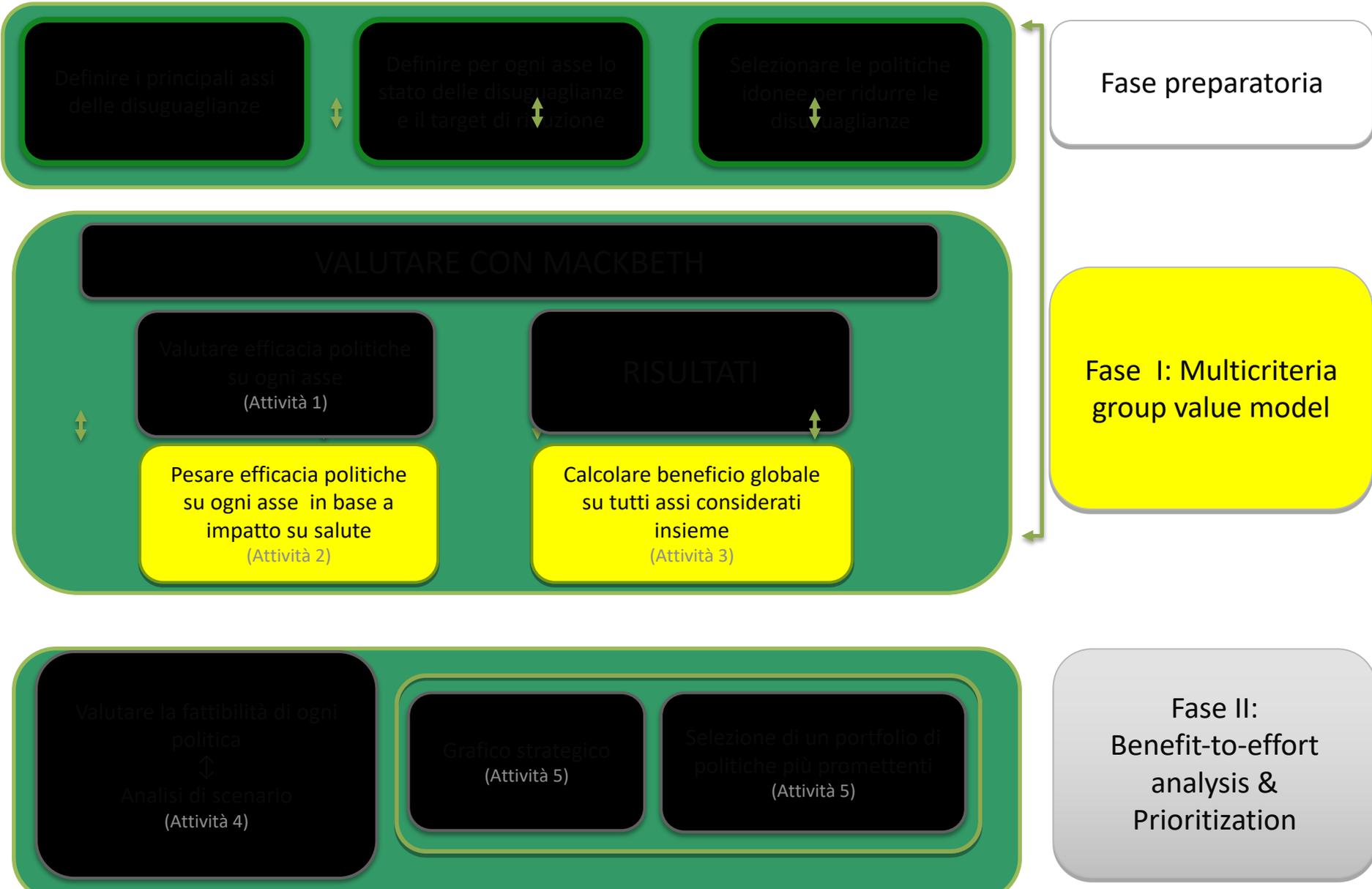


# I PARTECIPANTI SONO STATI RICHIESTI DI CONCORDARE SU UN VALORE “MODALE” (PIU’ FREQUENTE) DI GIUDIZIO DI FATTIBILITA’

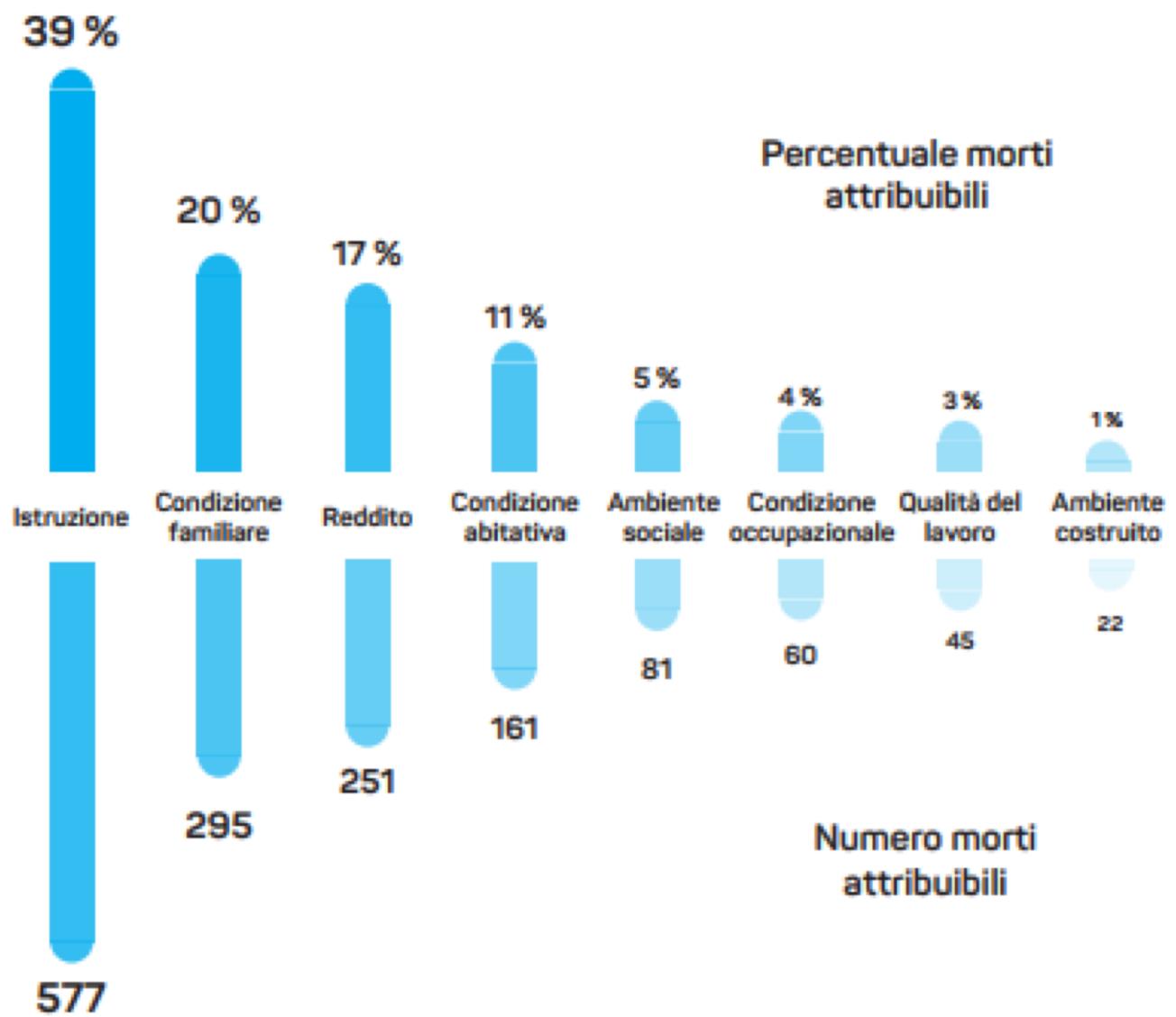
OGNI RISERVA E’ STATA’ ANNOTATA NEI COMMENTI QUALITATIVI SOTTO FORMA DI GIUDIZIO “A CONDIZIONE CHE...”

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

# Metodologia usata per supportare la selezione di un portfolio di politiche e azioni prioritarie



**Percentuale di morti annuali attribuibili alle disuguaglianze sociali (mortalità prematura tra 30 e 74 anni) a Torino durante il periodo 2002-2013. Rappresentano il target massimo di guadagno di salute raggiungibile eliminando le disuguaglianze sociali in ognuno degli otto assi**



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



## Legenda

- Estremo
- Malto forte
- Forte
- Moderato
- Debole
- Malto debole
- Nulla

# Metodologia usata per supportare la selezione di un portfolio di politiche e azioni prioritarie

Definire i principali assi delle disuguaglianze

Definire per ogni asse lo stato delle disuguaglianze e il target di riduzione

Selezionare le politiche idonee per ridurre le disuguaglianze

Fase preparatoria

## VALUTARE CON MACKBETH

Valutare efficacia politiche su ogni asse  
(Attività 1)

Pesare efficacia politiche su ogni asse in base a impatto su salute  
(Attività 2)

## RISULTATI

Calcolare beneficio globale su tutti assi considerati insieme  
(Attività 3)

Fase I: Multicriteria group value model

Valutare la fattibilità di ogni politica  
↕  
Analisi di scenario  
(Attività 4)

Grafico strategico  
(Attività 5)

Selezione di un portfolio di politiche più promettenti  
(Attività 5)

Fase II:  
Benefit-to-effort analysis & Prioritization

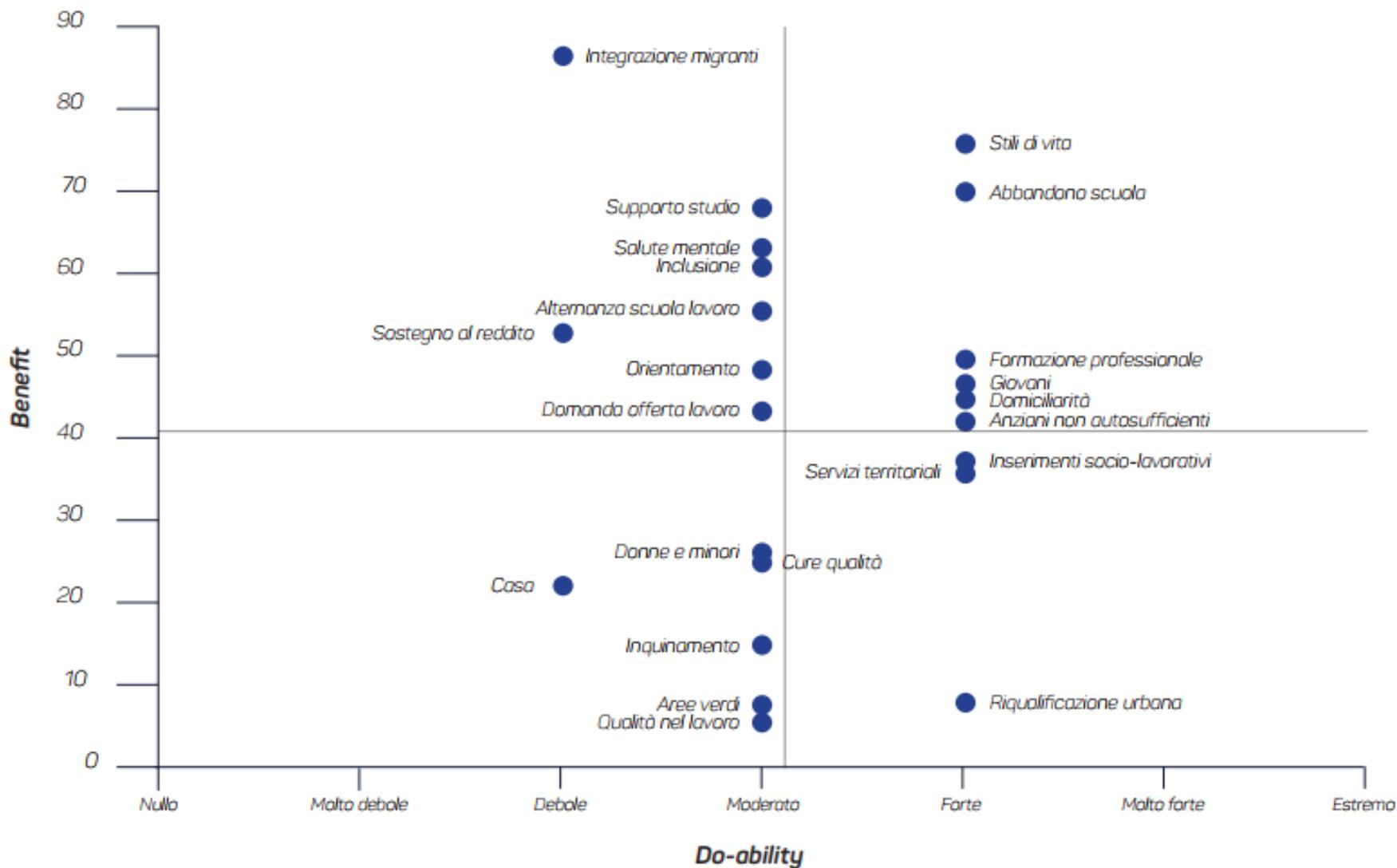
## **BENEFIT-TO-EFFORT ANALYSIS**

COMPONENDO INSIEME I BENEFICI DI OGNI POLITICA SUI VARI ASSI DELLA DISUGUAGLIANZA, PESATI PER L'IMPATTO CHE OGNI ASSE/DETERMINANTE SOCIALE HA SULLE DISUGUAGLIANZE DI SALUTE, CON LA FATTIBILITA'

**SI PUÒ OTTENERE UNA GRADUATORIA FINALE  
DEL BENEFICIO TOTALE DI OGNI POLITICA  
AI FINI DELLA RIDUZIONE DELLE DISUGUAGLIANZE DI SALUTE  
DA METTERE IN SCALA CON LA SUA FATTIBILITA'**

**PRIMI COMMENTI E DISCUSSIONE SULLA GRADUATORIA  
E SULLE IMPLICAZIONI PER LA SCELTA DI PRIORITA'**

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).



# Metodologia usata per supportare la selezione di un portfolio di politiche e azioni prioritarie

Definire i principali assi delle disuguaglianze

Definire per ogni asse lo stato delle disuguaglianze e il target di riduzione

Selezionare le politiche idonee per ridurre le disuguaglianze

Fase preparatoria

## VALUTARE CON MACKBETH

Valutare efficacia politiche su ogni asse  
(Attività 1)

## RISULTATI

Pesare efficacia politiche su ogni asse in base a impatto su salute  
(Attività 2)

Calcolare beneficio globale su tutti assi considerati insieme  
(Attività 3)

Fase I: Multicriteria group value model

Valutare la fattibilità di ogni politica  
↕  
Analisi di scenario  
(Attività 4)

Grafico strategico  
(Attività 5)

Selezione di un portfolio di politiche più promettenti  
(Attività 5)

Fase II:  
Benefit-to-effort analysis & Prioritization

# Alluvial map per apprezzare l'importanza relativa delle diverse politiche ed interventi sui vari assi pesati per la salute

L'altezza dei nodi (barrre) sui sette gruppi di politiche indica la quantità di politiche al suo interno, quella delle politiche/intervento indica la quantità di determinanti sui quali la politica ha un potenziale impatto, mentre l'altezza sui nodi sui determinanti rappresenta la quantità di politiche che essi recepiscono.



# Analisi di scenario

Si cambiano i pesi di salute

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

Percentuale di eventi attribuiti alle disuguaglianze di salute nei cinque outcome di salute considerati

*Cattiva salute mentale  
(30 - 74 anni)*

Reddito  
46 %

Istruzione  
20 %

Condizione familiare  
14 %

Condizione occupazionale  
12 %

Condizione abitativa  
8 %

Qualità del lavoro  
0 %

Ambiente sociale  
0 %

Ambiente costruito  
0 %

*Cattiva salute fisica  
(30 - 74 anni)*

Reddito  
52 %

Condizione abitativa  
20 %

Condizione familiare  
12 %

Istruzione  
5 %

Condizione occupazionale  
5 %

Qualità del lavoro  
5 %

Ambiente costruito  
1 %

Ambiente sociale  
0 %

*Cattiva salute autopercepita  
(30 - 74 anni)*

Istruzione  
48 %

Reddito  
29 %

Condizione familiare  
8 %

Qualità del lavoro  
6 %

Condizione abitativa  
5 %

Condizione occupazionale  
4 %

Ambiente sociale  
0 %

Ambiente costruito  
0 %

*Cattiva salute mentale  
(18 - 35 anni)*

Reddito  
31 %

Condizione occupazionale  
18 %

Condizione familiare  
15 %

Ambiente costruito  
11 %

Condizione abitativa  
11 %

Qualità del lavoro  
8 %

Istruzione  
6 %

Ambiente sociale  
0 %

*Cattiva salute fisica  
(18 - 35 anni)*

Reddito  
20 %

Istruzione  
18 %

Condizione familiare  
15 %

Condizione abitativa  
13 %

Condizione occupazionale  
12 %

Ambiente costruito  
12 %

Qualità del lavoro  
10 %

Ambiente sociale  
0 %

## **Cosa succede se cambiamo le condizioni sotto cui è stata valutata la fattibilità?**

**Ad esempio analisi di scenario sugli sviluppi dei risultati elettorali del 4 marzo 2018? I partecipanti hanno ritenuto di scarso interesse un'analisi di sensibilità dei risultati ai diversi scenari politici dato che i problemi che devono affrontare le politiche urbane sarebbero sempre in agenda**

**Viceversa sono state ritenute di maggiore interesse analisi di sensibilità che permettessero di tenere in conto scenari in cui cambiasse la possibilità di far lavorare in modo sinergico le diverse politiche/interventi per renderle più efficaci e produttive**

## Conclusioni?

**I risultati della analisi di priorità: le principali autorità della città (comune, asl, atc) hanno stabilito di concentrare le risorse di innovazione del nuovo piano cronicità su una circoscrizione più deprivata della città dove mettere a frutto l'integrazione tra le politiche ed interventi che sono stati valutati più efficaci per la riduzione delle disuguaglianze di salute**

**I risultati strumentali: 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) con i processi decisionali degli stakeholder locali e dei donatori**



**Disuguaglianze di salute**

Ridurre le disuguaglianze con azioni  
di contrasto sui determinanti sociali

<http://www.disuguaglianzedisalute.it/>