

Salute in tutte le politiche: perché una decisione può fare la differenza?

Giuseppe Costa

Dipartimento Scienze Cliniche e Biologiche, Università Torino
SCaDU Servizio di Epidemiologia di riferimento regionale, ASL TO3

Teatro Salute e Benessere, 9 ottobre 2013

- **La valutazione di impatto (sanitario) delle politiche e la posizione speciale dei determinanti sociali**
- **Cultura ed educazione come determinante sociale**
 - **Dati**
 - **Meccanismi**
 - **Efficacia di soluzioni**
 - **Potenziale di salute prevenibile**
- **Sfide per il futuro**
 - **Una responsabilità diretta per cultura ed educazione**
 - **Un contributo ad ingaggiare gli attori di altre politiche nella responsabilità sulla salute**

- **La valutazione di impatto (sanitario) delle politiche e la posizione speciale dei determinanti sociali**
- **Cultura ed educazione come determinante sociale**
 - Dati
 - Meccanismi
 - Efficacia di soluzioni
 - Potenziale di salute prevenibile
- **Sfide per il futuro**
 - Una responsabilità diretta per cultura ed educazione
 - Un contributo ad ingaggiare gli attori di altre politiche nella responsabilità sulla salute

Quali origini?

- **1978 Alma Ata, Health for All: the causes of the causes...**
- **1986 Ottawa Charter for Health Promotion: enabling people increase control...**
- **1988 Adelaide: healthy public policies...**
- **1991 Sundsvall: healthy cities, schools, workplaces...**
- **1997 Jakarta, 2005 Bangkok: globalization and inequalities...**
- **2006 WHO Europe: gaining health...**
- **2006 Helsinki: Health in All Policies**

- **Decisori consapevoli di impatto di politiche per facilitare integrazione di salute in processi decisionali e attuativi**
- **Progetti mirati a obiettivi visibili**
- **Creazione di sistemi che integrano sanità pubblica in politiche non sanitarie:**
 - **Sistemi sorveglianza su salute e determinanti**
 - **Sistemi per render conto di impatto di decisioni**
 - **Processi di valutazione di impatto sanitario**
 - **Meccanismi di cooperazione intersettoriale**
 - **Fattori di successo: Leadership politica, Supporto pubblico, Precocità di integrazione nel processo decisionale, Sostegno normativo, Supporto tecnico-scientifico, Copertura finanziaria**

BES (benessere equo sostenibile)



Nel 2011, CNEL e ISTAT lanciano il progetto BES col proposito di costruire un indice capace di rappresentare lo sviluppo socioeconomico non in termini di ricchezza monetaria ma di benessere e della sua distribuzione nel paese

b e s

benessere
equo
sostenibile

BES – le dimensioni prese in considerazione

1. Environment

Biodiversity
Perception of environment quality
Energy
Water, air, soil and territory quality

2. Health

Healthy life expectancy
Risk factors prevalences
Mental and physical wellbeing indexes

3. Working and leisure

Participation and social inclusion
Quality of work
Work life balance
Work satisfaction and job insecurity

4. Social relations

Civil society (participation, trust, associations...)
No-profit market experiences
Family

5. Economic wellbeing

Disposable income
Wealth
Consumption expenditure
Material condition of life

6. Safety

Crime
Physical and sexual violence
Perception of social and environmental decay

7. Education and formation

Formal education
Lifelong learning
Skills and competences levels
Cultural participation

8. Quality of services

Infrastructures
Citizens' satisfaction

9. Subjective wellbeing

Cognitive dimensions (general life-satisfaction indexes, thematic life-satisfaction indexes)
Emotive dimensions

10. Landscape and cultural heritage

Indicators of cultural offer and demand
Rural landscape
Urban landscape
Perception indicators

11. Politics and institutions

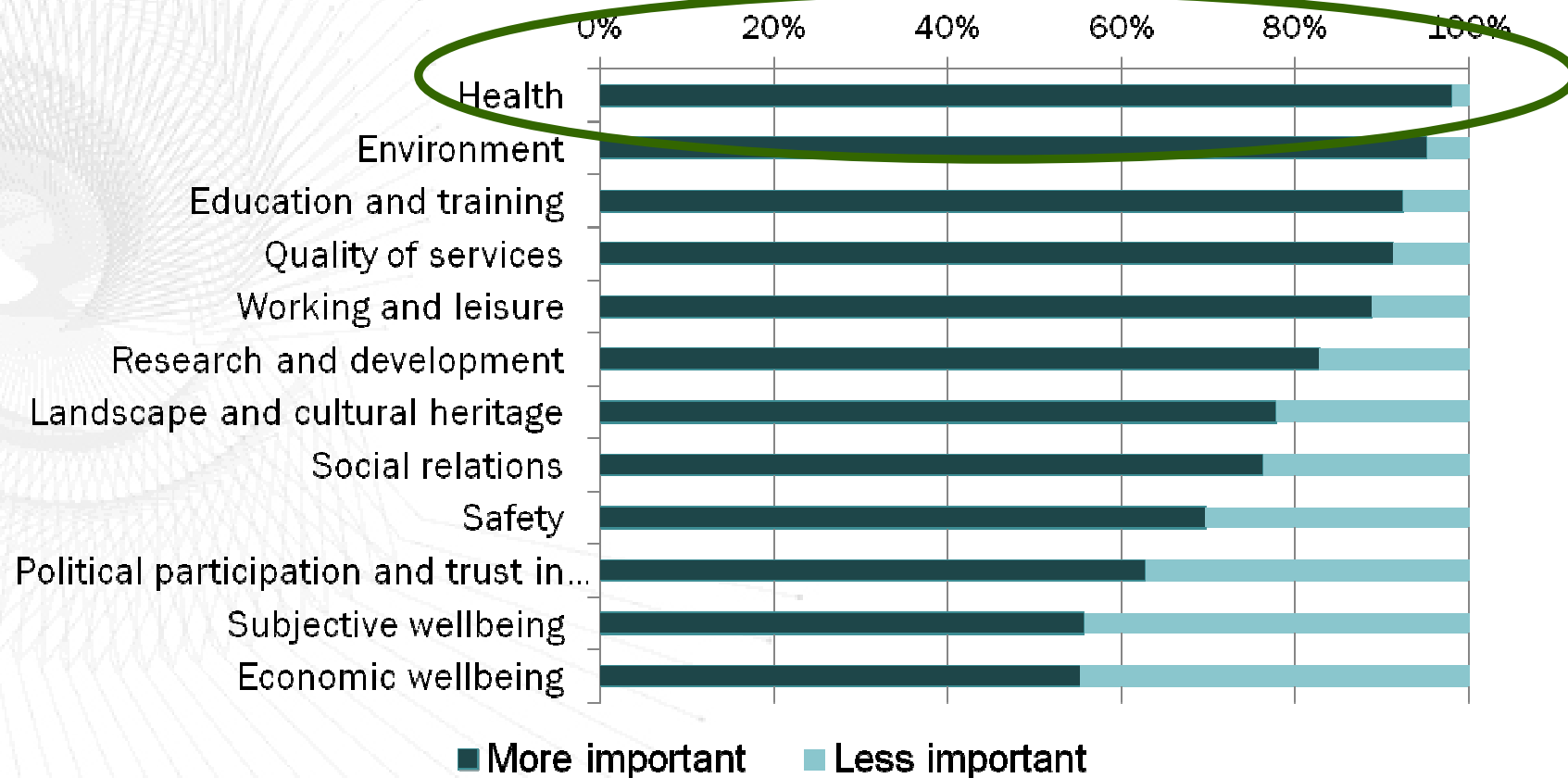
Participation
Trust
Civil society organisations

12. Research and development

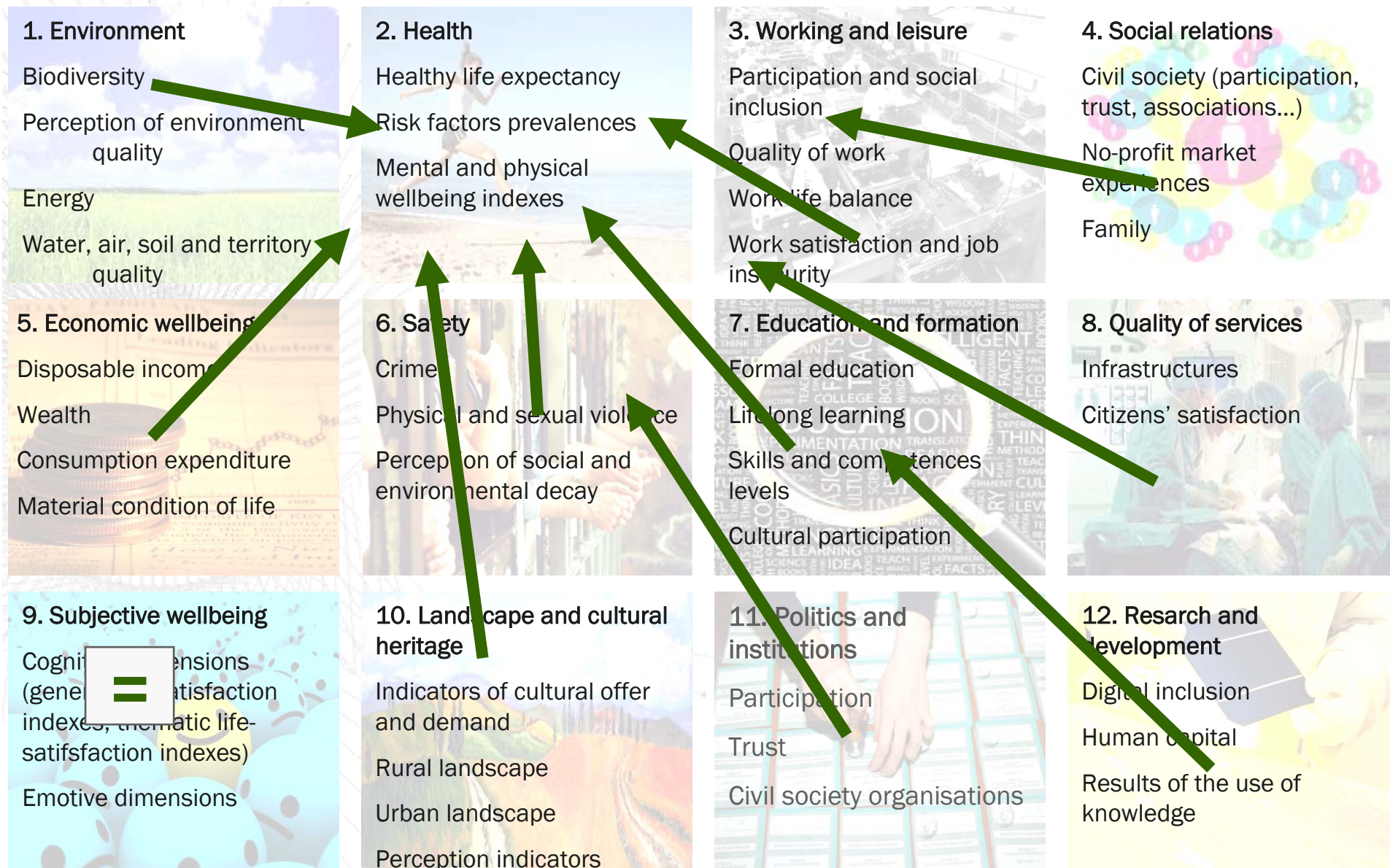
Digital inclusion
Human capital
Results of the use of knowledge

BES – l'opinione dei cittadini

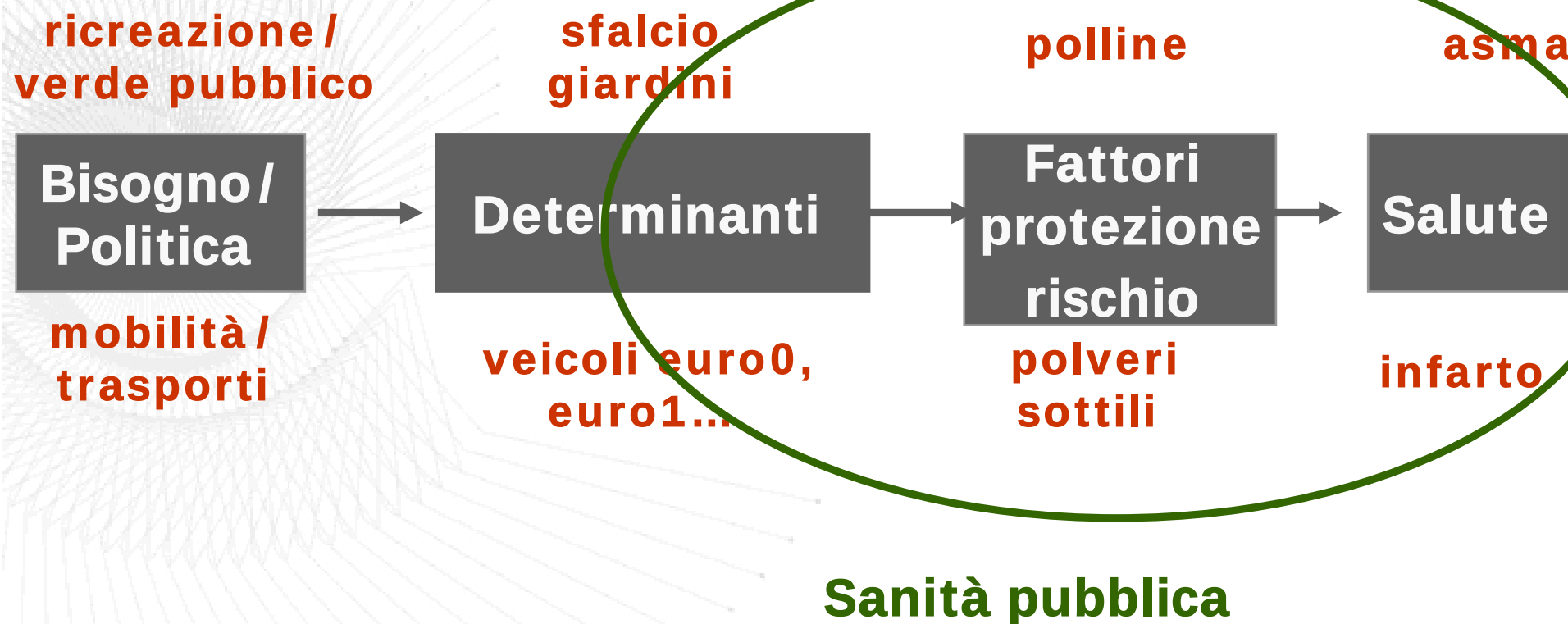
Tra ottobre 2011 e febbraio 2012 molte persone hanno risposto al questionario on line sulla rilevanza da attribuire ad ognuna delle dimensioni



BES – le dimensioni prese in considerazione

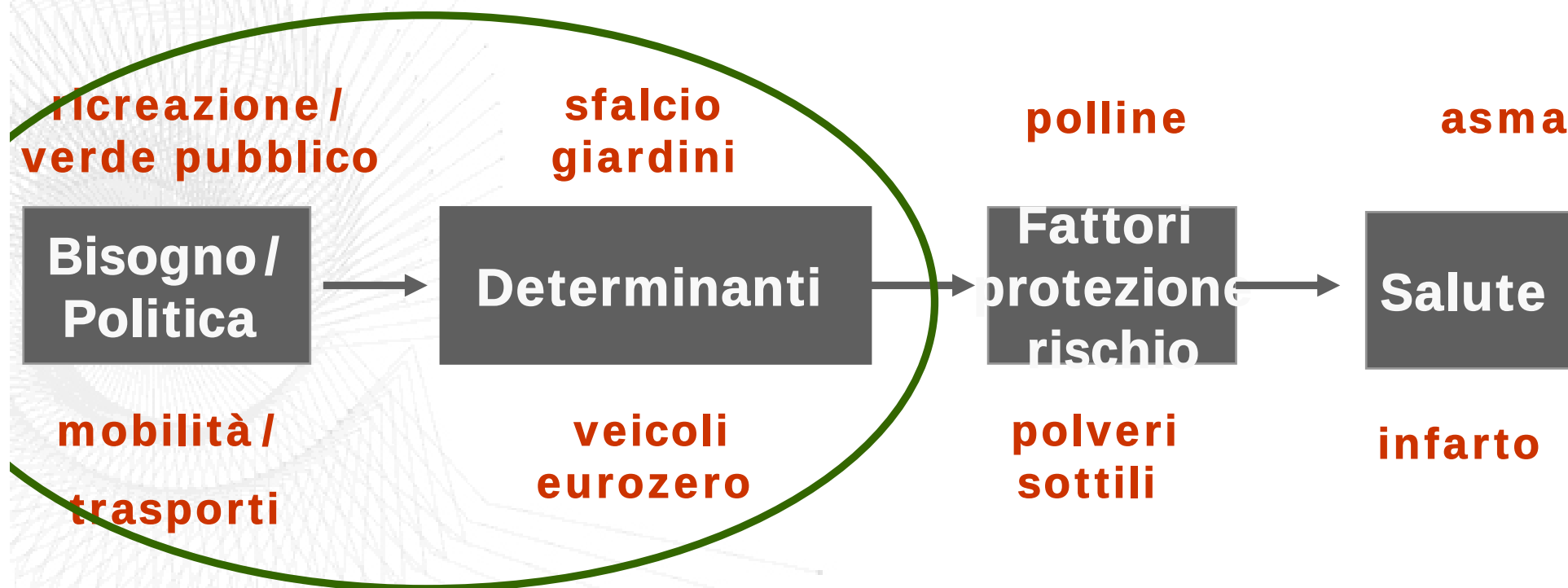


Risk Assessment and Burden of Disease



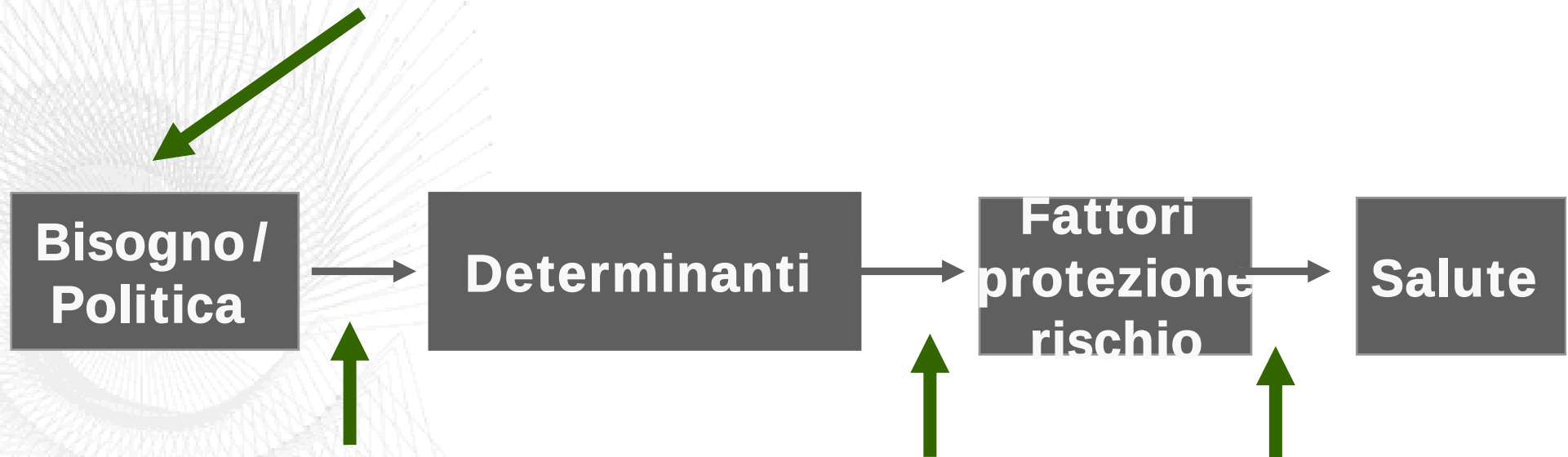
Lo schema di Salute in Tutte le Politiche

Economic, Social...Assessment



Altri settori delle politiche

Quanto le pari opportunità sono un bisogno a cui si risponde con politiche sui determinanti sociali: lavoro, reddito, scuola...



Quanto le pari opportunità sono un modificatore di effetto di altri bisogni / politiche: sviluppo, ambiente, territorio...

Il caso dei determinanti sociali

Quanto le pari opportunità sono un bisogno
a cui si risponde con politiche sui determinanti sociali:
lavoro, reddito, scuola...

Bisogno/
Politica

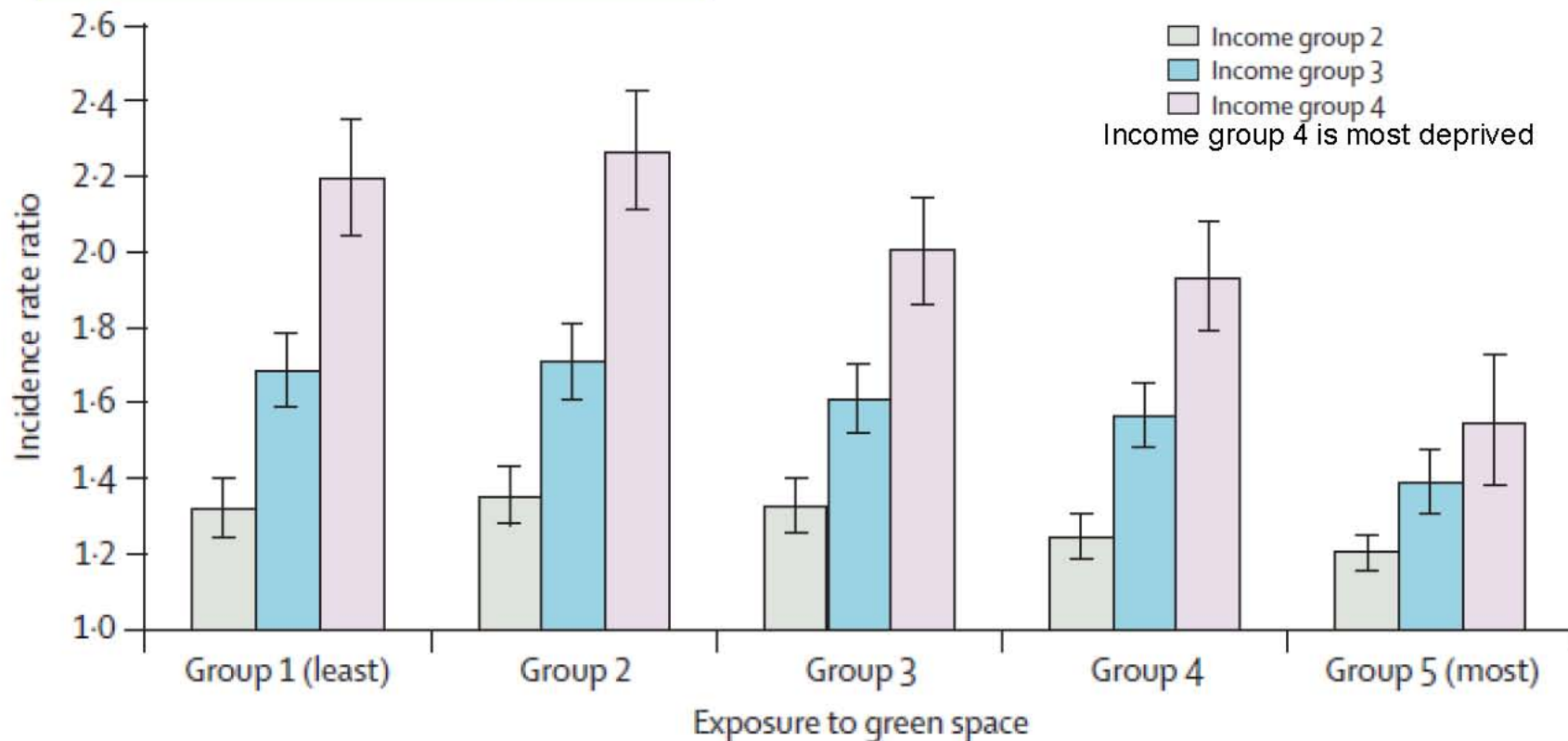
**Il risultato di salute in chiave di equità
non modifica il disegno della politica
ma può influenzarne l'intensità di applicazione
perché considera
un effetto marginale non ricercato
ma essenziale per il benessere**

Salute

Salute
come
effetto
marginale

Greener living environments: lower health inequalities, England

Deaths from circulatory disease



Source: Mitchell & Popham, Lancet 2008

Il caso dei determinanti sociali

Sviluppo,
ambiente,
territorio,
sanità...

Pressione produttiva...
densità abitativa...
mobilità...
tecnologie alimentari...

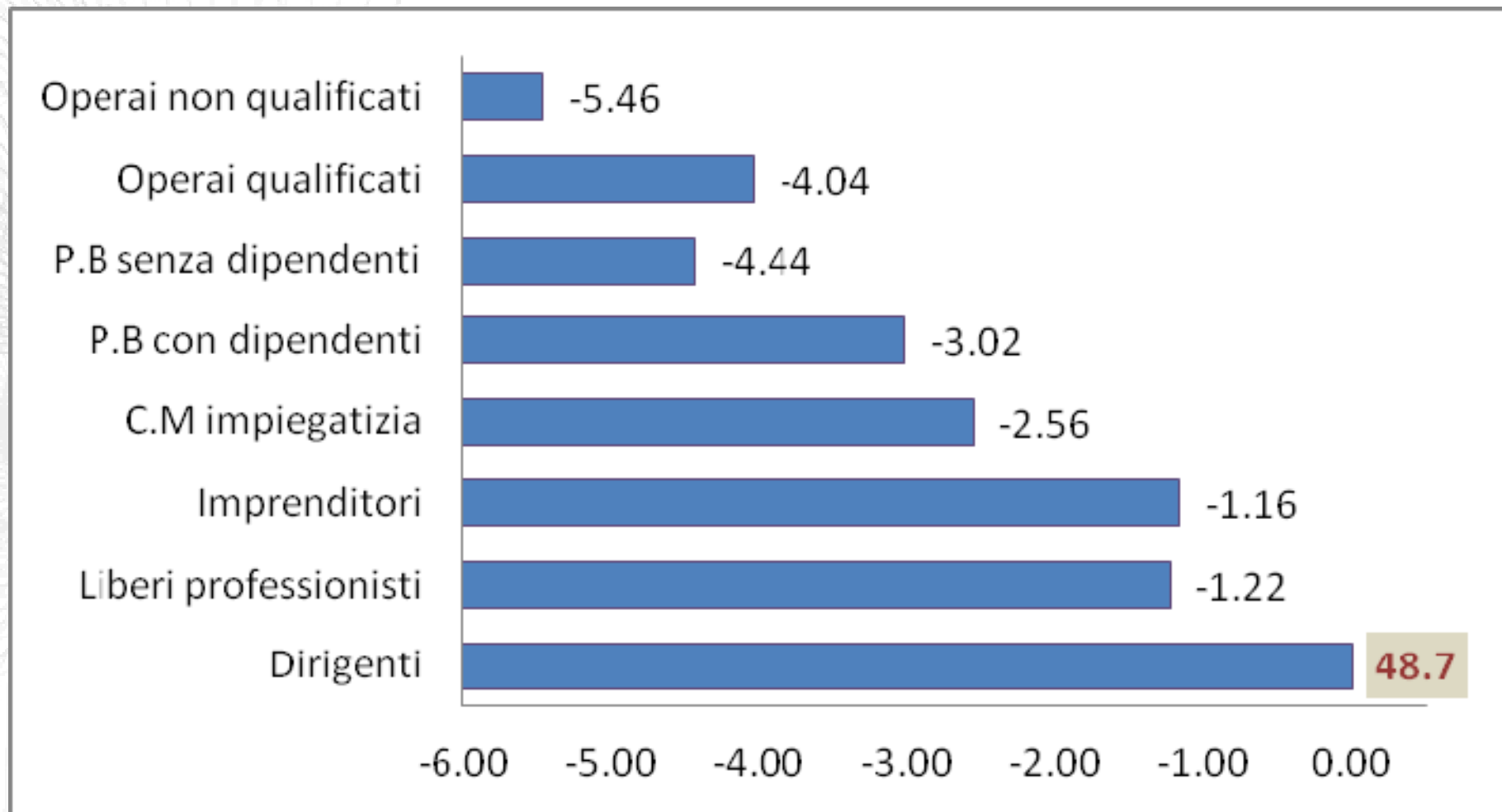
Fis / chim / mecc
Psicosociali
Stili vita
Limitazioni
economiche

Salute
come
effetto
marginale

**Il risultato di salute in chiave di equità
modifica il disegno della politica
perché l'effetto marginale sulla salute cambia se si
considera l'interazione con il determinante sociale**

Quanto le pari opportunità sono
un modificatore di effetto di altri bisogni / politiche:
sviluppo, ambiente, territorio...

Differenze nella speranza di vita a 35 anni e 65 anni per classe sociale (modello di Schizzerotto), periodo 2001 – 2010, uomini e donne, Torino.



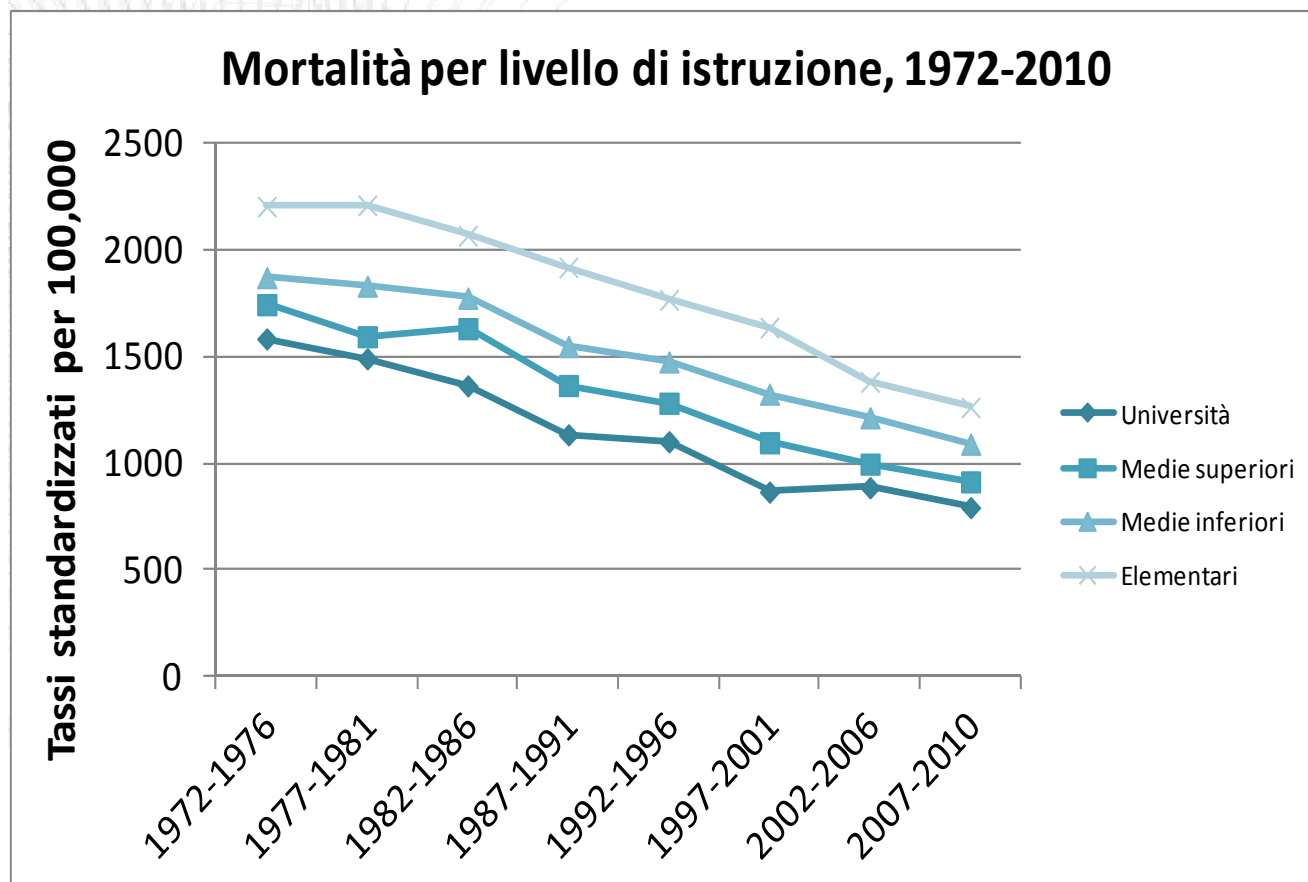
*Per l'analisi è stata attribuita la classe sociale (Schizzerotto) a ogni individuo che abbia dichiarato di avere una professione almeno in uno dei tre censimenti della popolazione ('81, '91 e '01), lasciando la posizione più alta a chi risultasse presente in più di un censimento.

- **Le politiche non sanitarie non dirette ai determinanti sociali: devono imparare a fare valutazione di impatto sanitario orientato all'equità, perché esso può cambiare il loro disegno**
- **Le politiche non sanitarie dirette ai determinanti sociali devono imparare a incorporare l'effetto marginale sulla salute come uno degli effetti su cui misurare i benefici e i rischi per cambiarne l'intensità**

- La valutazione di impatto (sanitario) delle politiche e la posizione speciale dei determinanti sociali
- **Cultura ed educazione come determinante sociale**
 - **Dati**
 - Meccanismi
 - Efficacia di soluzioni
 - Potenziale di salute prevenibile
- Sfide per il futuro
 - Una responsabilità diretta per cultura ed educazione
 - Un contributo ad ingaggiare gli attori di altre politiche nella responsabilità sulla salute

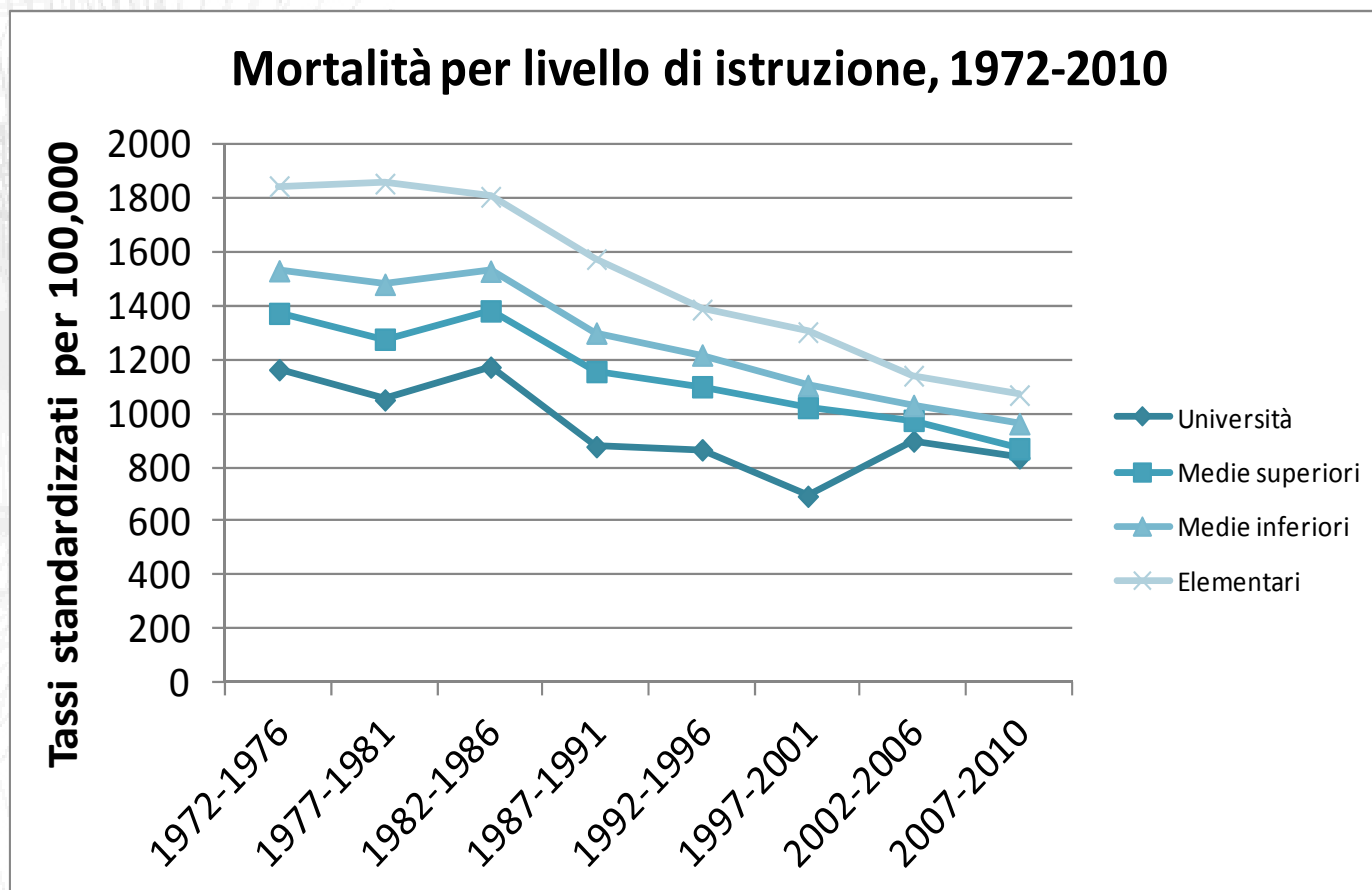
Tassi standardizzati di mortalità per livello di istruzione Torino 1972-2010.

Uomini



Tassi standardizzati di mortalità per livello di istruzione Torino 1972-2010.

Donne



Differenze sociali ⁽⁵⁾ nella salute a Torino tra gli uomini negli anni 2000

Titolo di studio	Incidenza infarto ¹	Prevalenza diabete ²	Letalità in malati di tumore colon ³	Mortalità ⁴
Alto	1	1	1	1
Medio	1.18	1.22	1.21	1.18
Basso	1.24	1.54	1.33	1.34

¹ aggiustato per età, area di nascita, reddito, status, area (*Petrelli, 2006*)

² aggiustato per età e reddito (*Gnavi, 2007*)

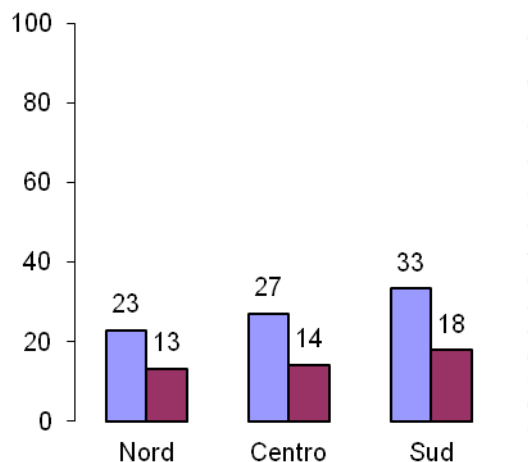
³ aggiustato per età e area di nascita (*Spadea, 2005*)

⁴ aggiustato per età, qualità della casa, area di nascita, periodo di calendario (*Marinacci, 2004*)

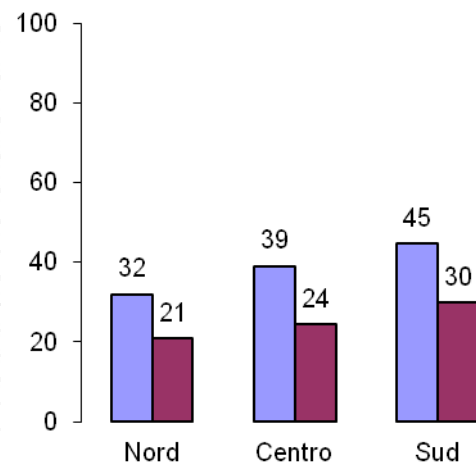
⁵ tutte le differenze sono statisticamente significative ($p < 0,005$)

Prevalenza di sovrappeso per istruzione Pool Passi 2010-2011 (Cnesps 2012)

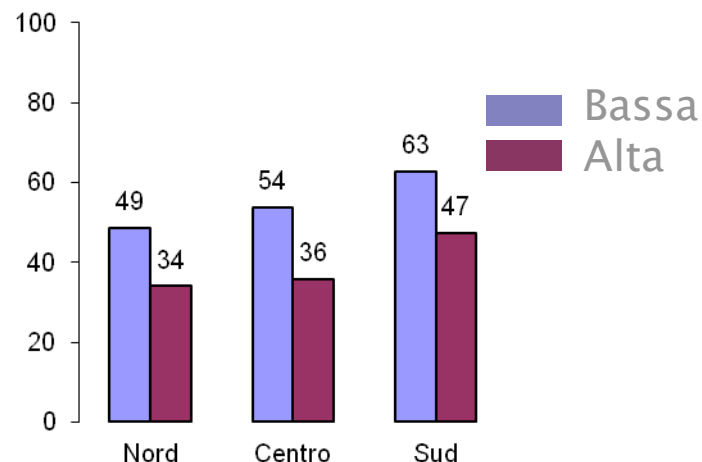
F18-34



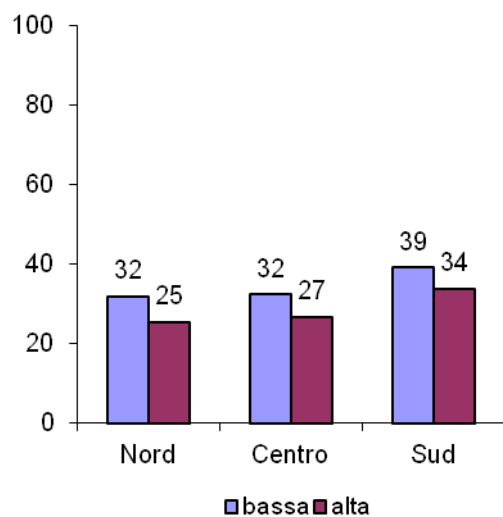
F35-49



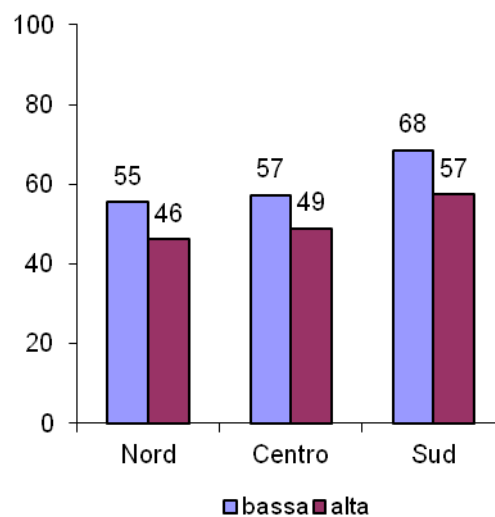
F50-69



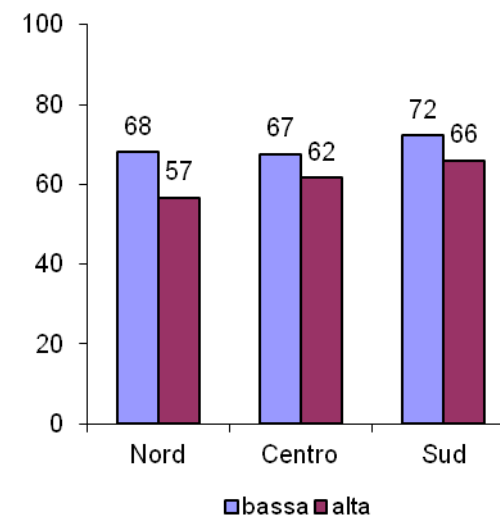
M18-34



M35-49



M50-69



Esposizione a traffico di tipo pesante: passaggio frequente nella strada di residenza, per istruzione dei genitori (Studio Sidria2)

Istruzione genitori

% bambini esposti (IC 95%)

Università

18 (16-20)

Scuola secondaria superiore

19 (17-21)

Scuola media

22 (20-24)

Scuola elementare

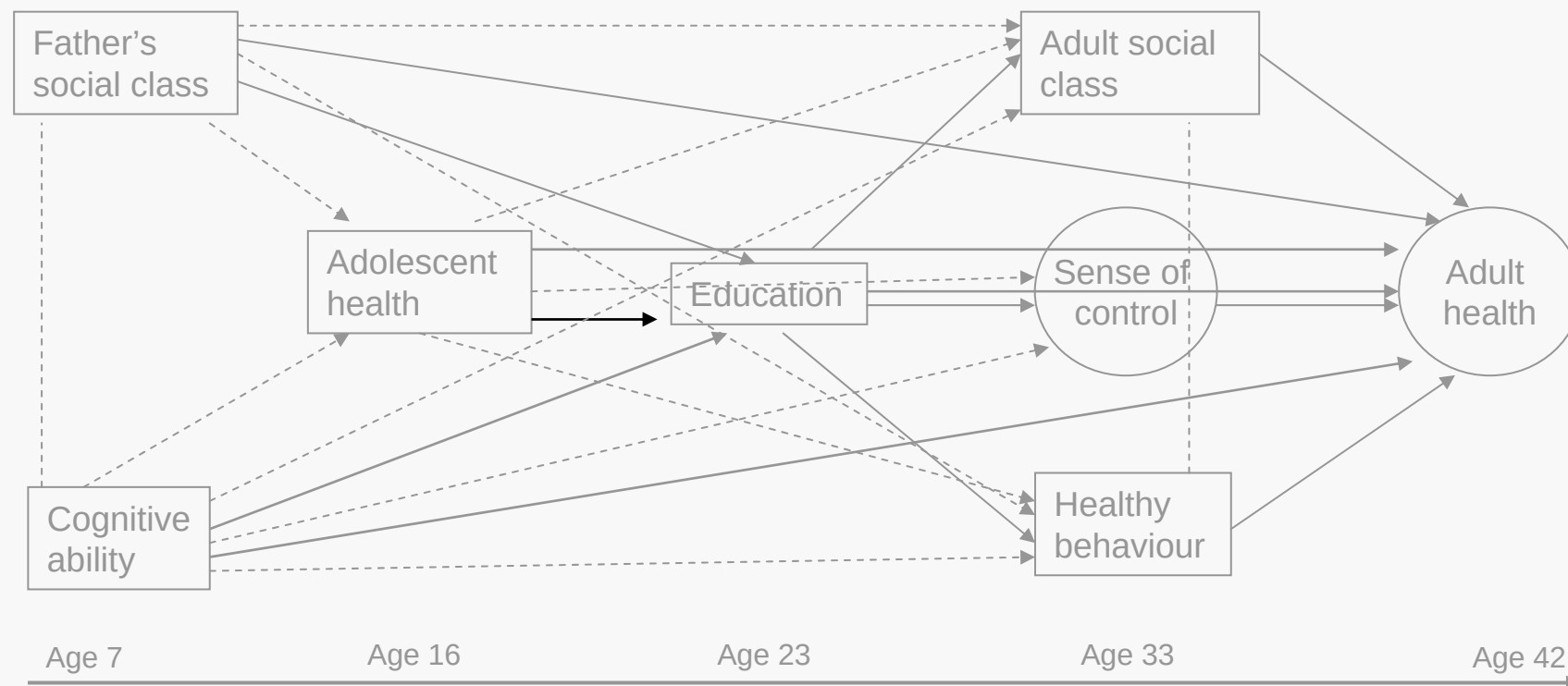
27 (23-30)

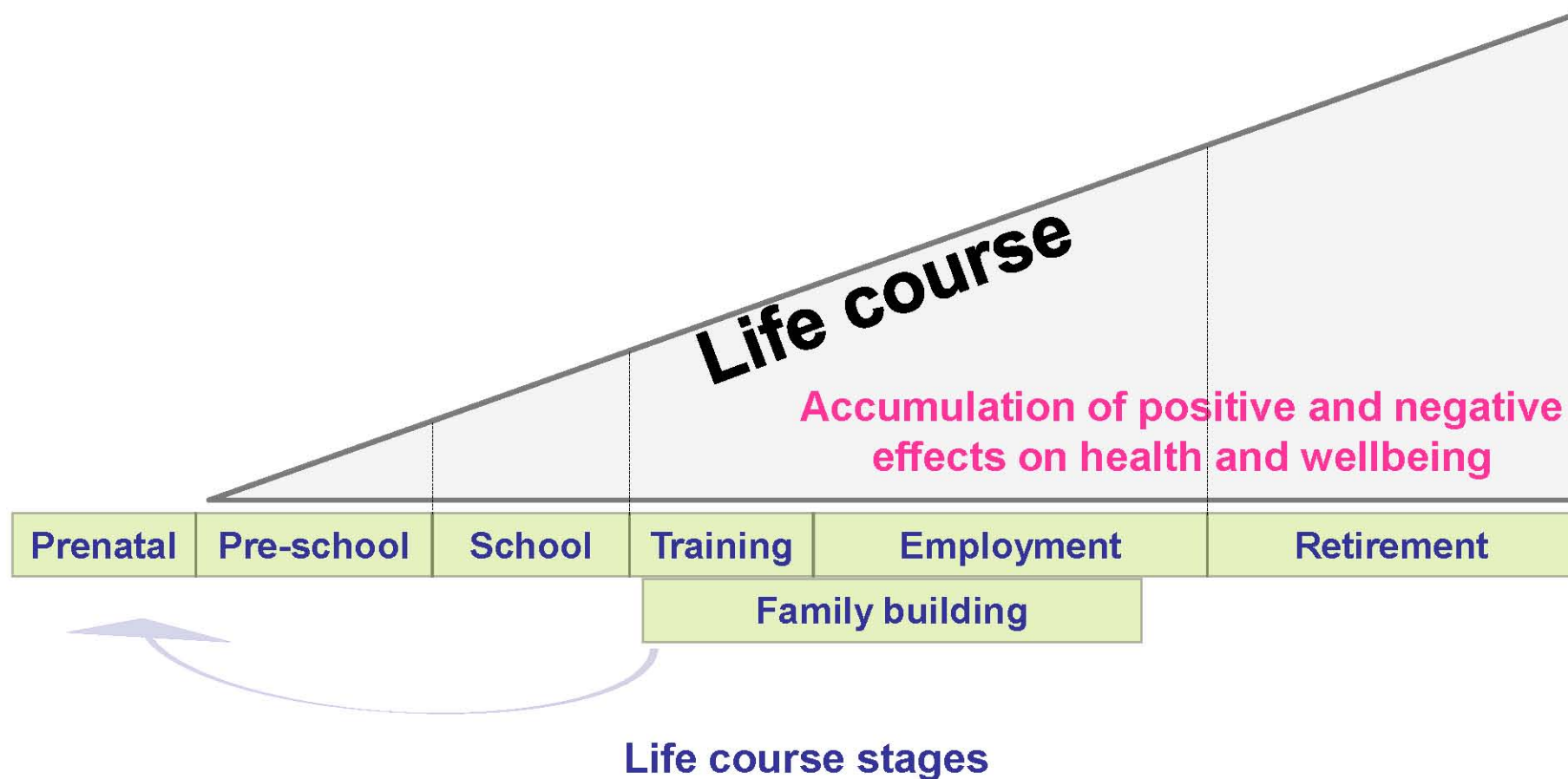
Differenze per istruzione in diversi indicatori di qualità dell'assistenza sanitaria a Torino

Istruzione	Mortalità in cancro del colon	Coronarografia in infarto acuto	Rivascolarizzaz. In infarto acuto	Ricoveri a per condizioni trattabili a livello ambulatoriale
Alta	1	1	1	1
Media	1.21 (1.05 - 1.40)	0.93 (0.86 – 1.02)	0.93 (0.85 – 1.02)	1.12 (1.03-1.22)
Bassa	1.33 (1.16 - 1.51)	0.83 (0.76 – 0.90)	0.83 (0.76 – 0.91)	1.19 (1.10-1.29)

- La valutazione di impatto (sanitario) delle politiche e la posizione speciale dei determinanti sociali
- **Cultura ed educazione come determinante sociale**
 - Dati
 - **Meccanismi**
 - Efficacia di soluzioni
 - Potenziale di salute prevenibile
- Sfide per il futuro
 - Una responsabilità diretta per cultura ed educazione
 - Un contributo ad ingaggiare gli attori di altre politiche nella responsabilità sulla salute

Educazione e salute: meccanismi di azione





Maggiore mortalità per i figli che peggiorano il titolo di studio rispetto ai genitori a Torino, a parità di condizioni sociali di partenza e di arrivo

Mobilità di titolo di studio tra generazioni	Rischio relativo
stabili	1.00
migliore	0.963 [0.858, 1.081]
peggiore	1.281 [1.114, 1.472]

- La valutazione di impatto (sanitario) delle politiche e la posizione speciale dei determinanti sociali
- **Cultura ed educazione come determinante sociale**
 - Dati
 - Meccanismi
 - **Efficacia di soluzioni**
 - Potenziale di salute prevenibile
- Sfide per il futuro
 - Una responsabilità diretta per cultura ed educazione
 - Un contributo ad ingaggiare gli attori di altre politiche nella responsabilità sulla salute

Associazione tra istruzione e salute

- ben documentata in letteratura
- correla con posizione professionale e reddito
- spesso intermediata da associazione tra istruzione e stili di vita
- associazione statistica non implica una relazione causale, esistono dimostrazioni sperimentali?

(esperimenti naturali: riforme scolastiche, esenzioni dal servizio militare, studi su gemelli)

- Clark & Royer (2008) and Albouy & Lequien (2009): nessun effetto di anni addizionali di scuola sulla mortalità
- Lleras-Muney (2005): un anno addizionale di scuola migliora la speranza di vita a 35 anni di 1,7 anni
- Cutler, Lleras-Muney (2006): un anno addizionale di scuola migliora la speranza di vita da 0,18 a 0,6 anni
- Kippersluis et al. (2009): un anno addizionale di vita riduce la probabilità di morte di 1,1 punti percentuali per i maschi e di 0,8-0,9 per le femmine

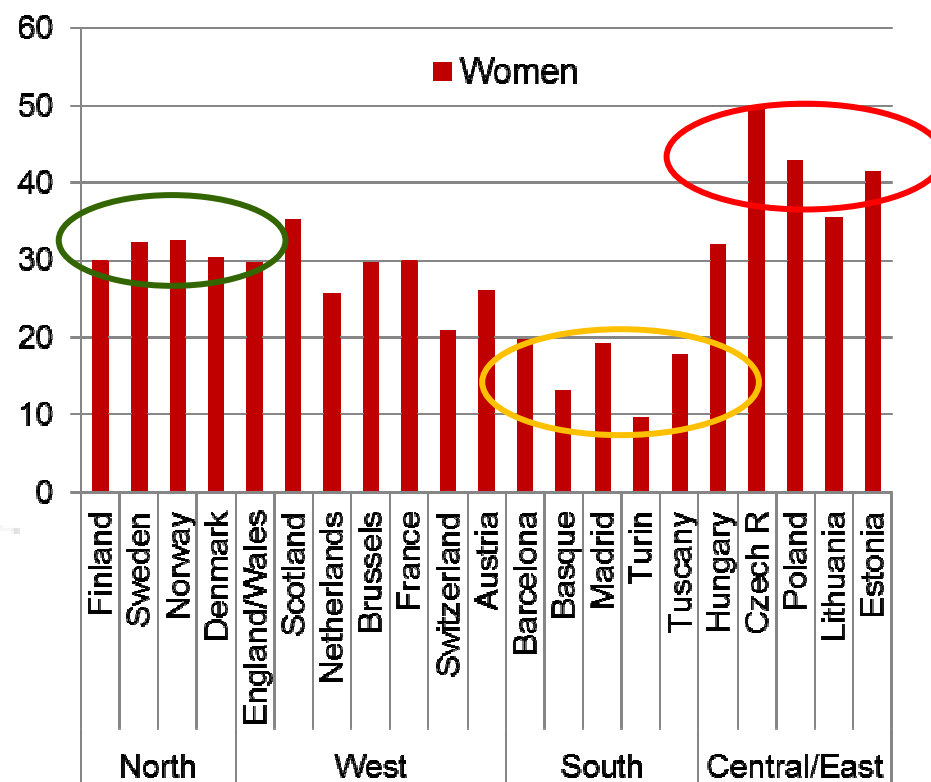
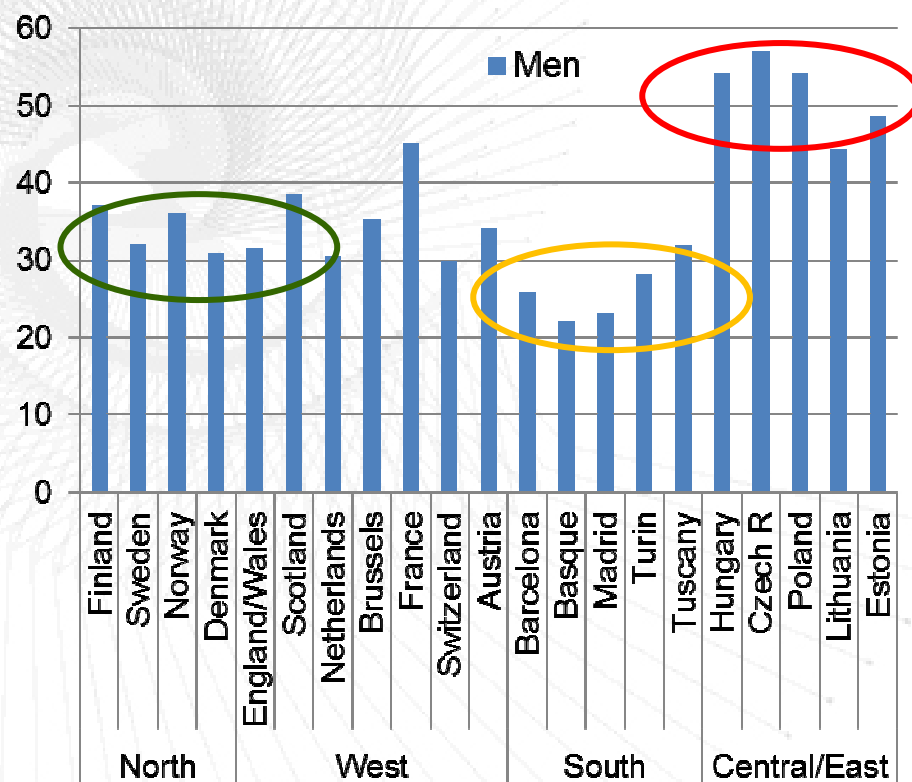
Variazione % della mortalità 1991-2005 tra gli uomini adulti (30-59 anni) che hanno migliorato il livello di istruzione tra il 1981 e il 1991

Titolo al 1981

	nessuno	elementare	media	maturità
uomini	-24.5	-8.6	-15.6	-10.6

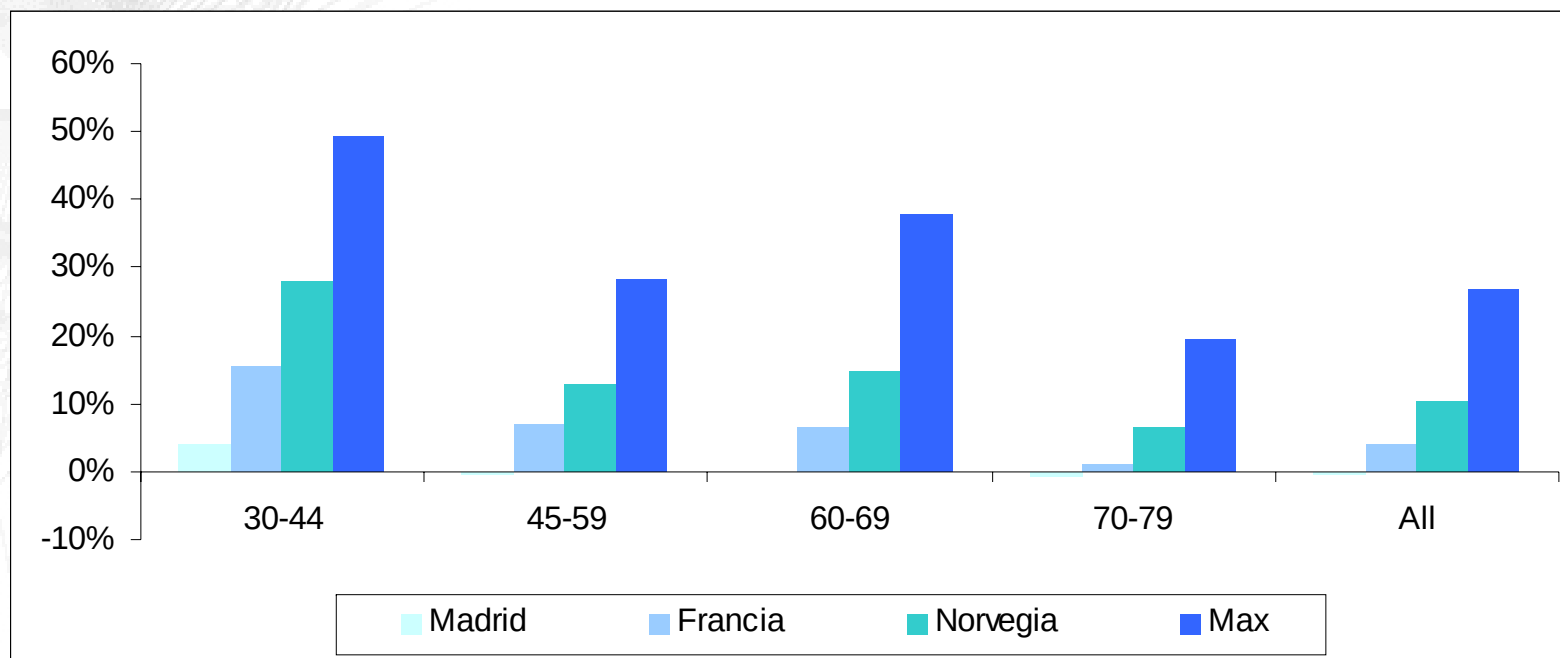
- La valutazione di impatto (sanitario) delle politiche e la posizione speciale dei determinanti sociali
- **Cultura ed educazione come determinante sociale**
 - Dati
 - Meccanismi
 - Efficacia di soluzioni
 - **Potenziale di salute prevenibile**
- Sfide per il futuro
 - Una responsabilità diretta per cultura ed educazione
 - Un contributo ad ingaggiare gli attori di altre politiche nella responsabilità sulla salute

Quale % di morti sarebbe evitabile se tutta la popolazione acquisisse i tassi di mortalità della popolazione più istruita?



Costruzione di scenari più realistici (distribuzione dell'istruzione come in Paesi più virtuosi)

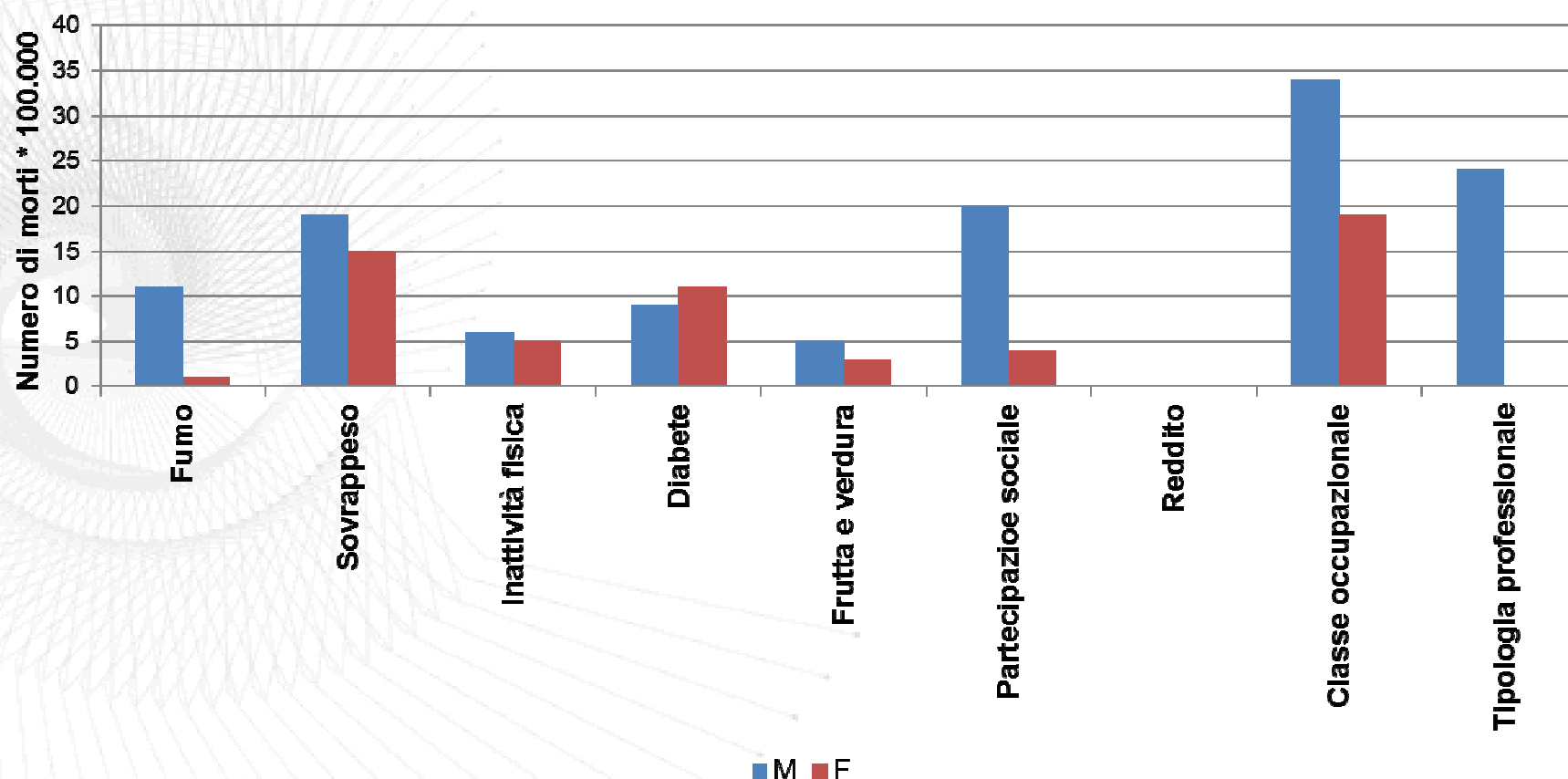
Riduzione della mortalità maschile a Torino dovuta a distribuzioni più eque dell'istruzione



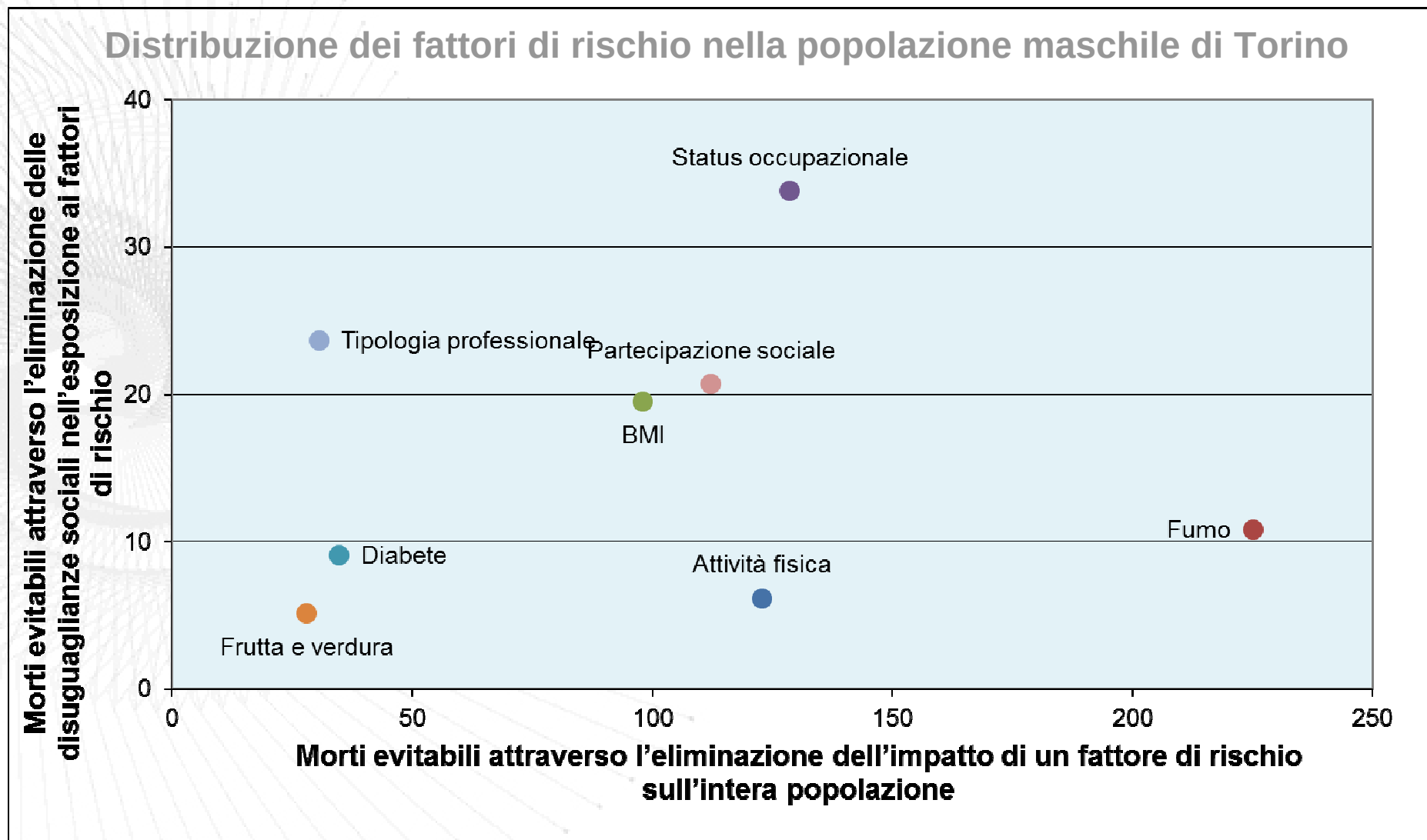
Contributo dei fattori di rischio alla mortalità attribuibile

Torino

In termini di morti attribuibili

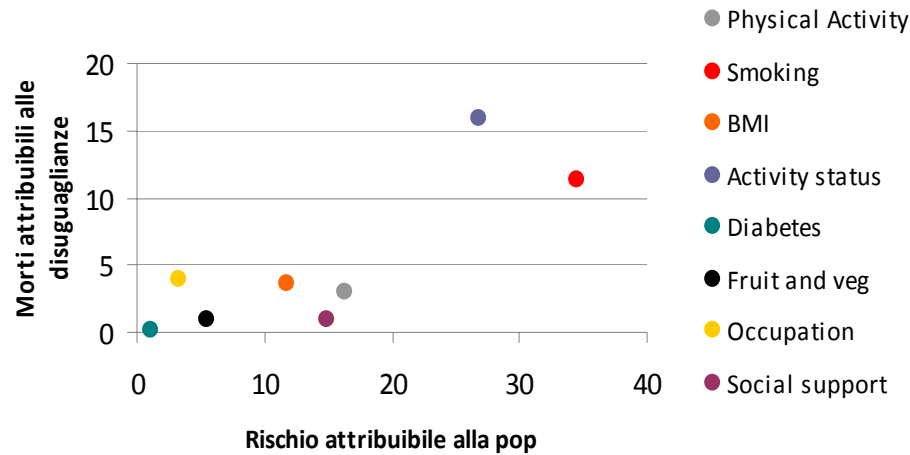


Quali priorità in Italia?

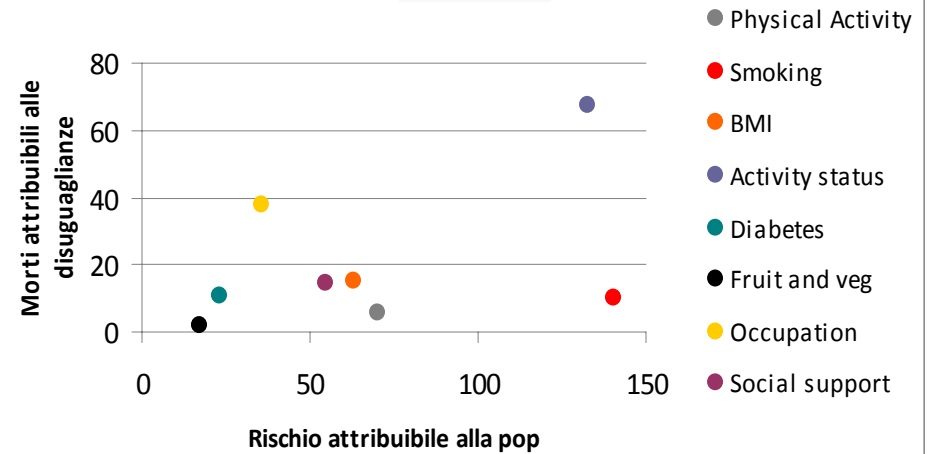


Target di priorità

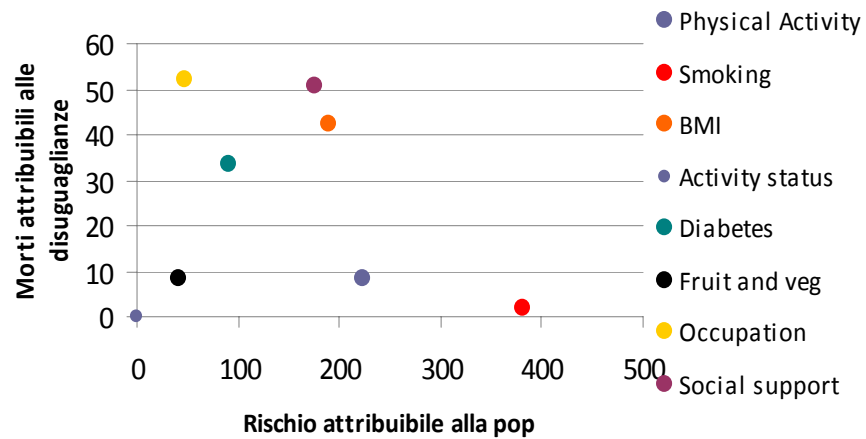
30-44



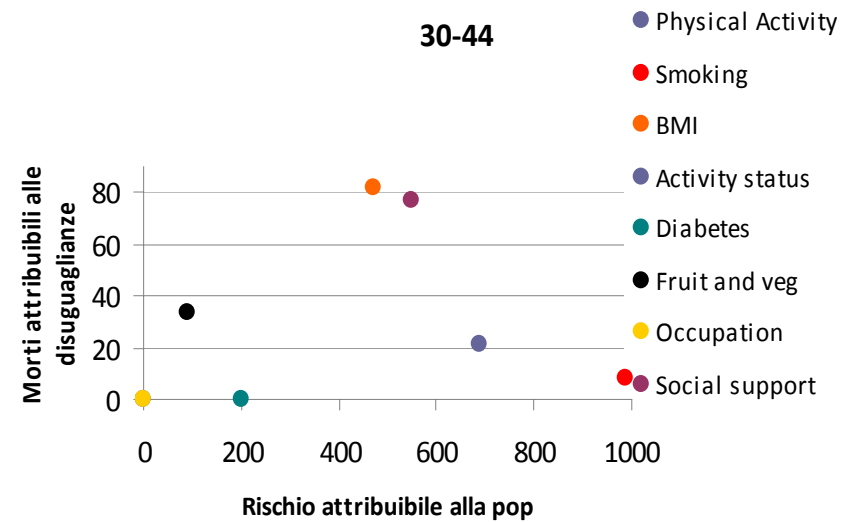
45-59



30-44

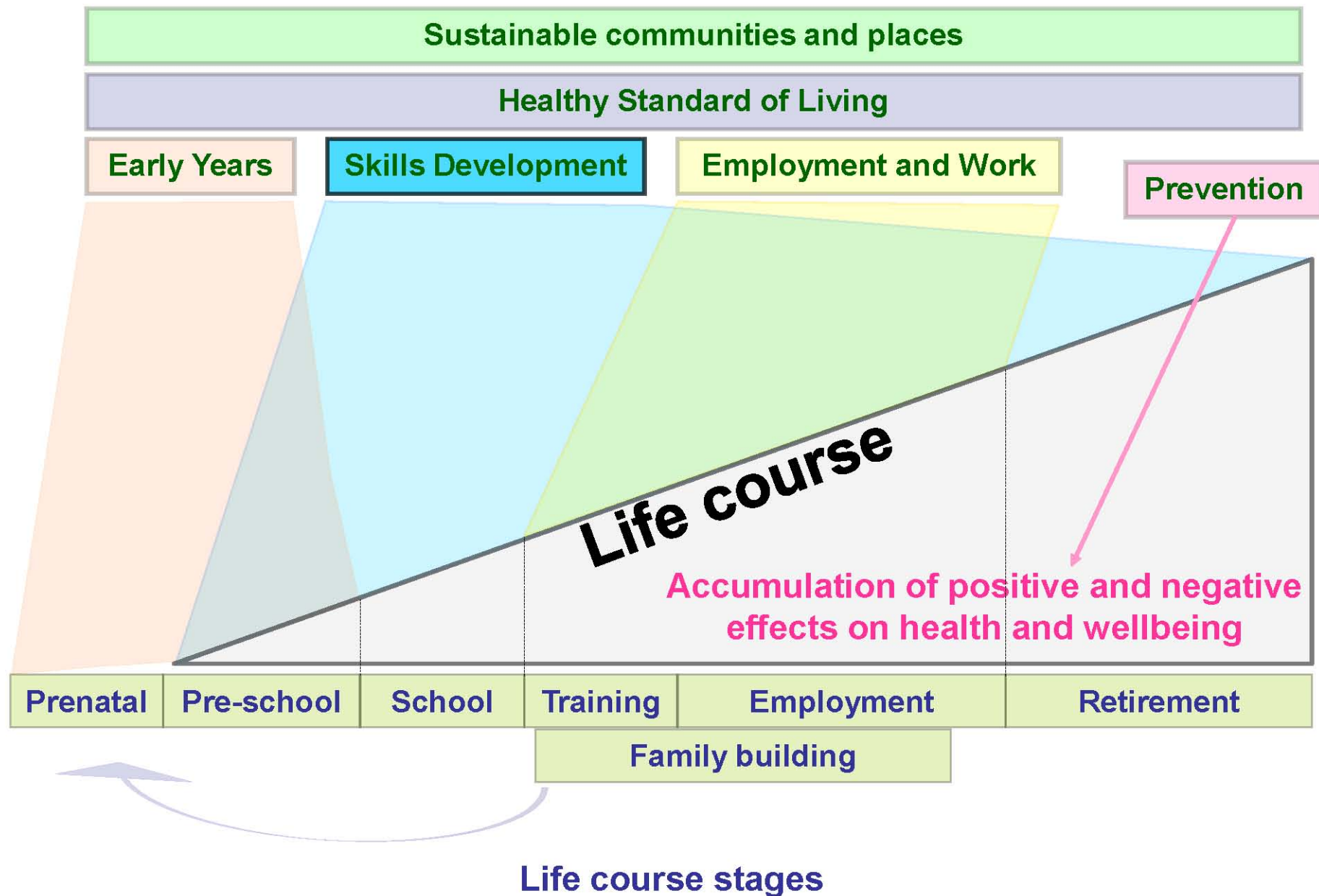


30-44



- La valutazione di impatto (sanitario) delle politiche e la posizione speciale dei determinanti sociali
- Cultura ed educazione come determinante sociale
 - Dati
 - Meccanismi
 - Efficacia di soluzioni
 - Potenziale di salute prevenibile
- **Sfide per il futuro**
 - **Una responsabilità diretta per cultura ed educazione**
 - Un contributo ad ingaggiare gli attori di altre politiche nella responsabilità sulla salute

Areas of action



- La valutazione di impatto (sanitario) delle politiche e la posizione speciale dei determinanti sociali
- Cultura ed educazione come determinante sociale
 - Dati
 - Meccanismi
 - Efficacia di soluzioni
 - Potenziale di salute prevenibile
- **Sfide per il futuro**
 - Una responsabilità diretta per cultura ed educazione
 - **Un contributo ad ingaggiare gli attori di altre politiche nella responsabilità sulla salute**

Come ingaggiare stakeholder sui determinanti (sociali) di salute?

- Nel mentre che la sanità mette in ordine la sua casa con l'equity audit delle sue azioni...
- Il teatro per la salute dovrebbe impegnarsi per Salute in tutte le politiche (sociale, lavoro, sviluppo, ambiente...), tutte le volte che l'intersectorialità fa la differenza, coinvolgendo
 - chi fa di mestiere l'ingaggiatore di stakeholder
 - quelli che hanno un interesse crescente per equità (cfr la crisi)
 - gli sviluppatori di politiche
 - chi intercetta vaste audience
- In quali circostanze? Dipende...
 - Quando si sviluppa una norma (es: sicurezza del lavoro)
 - Quando c'è un mandato o una sensibilità speciale (es mandato di Blair in UK, tempi i crisi oggi?)
 - In occasione di intese/accordi speciali (es. Guadagnare Salute)
 - In circostanze ad hoc che impongono l'intersectorialità (es. violenza sulle donne)
- ...

- **Come iniziare: questione di cultura o di istituzionalizzazione (in VAS, VIA, AIA)?**
 - marginalità o solo “liturgia”? Chi è la forza di pressione?
 - procedure indipendenti o integrate?
 - cosa fa la differenza nelle esperienze italiane?
 - cultura epidemiologica?
 - operazionalizzazione in ruolo di Dip. Prevenzione e PNP/PRP?
- **Metodo VIS**
 - Solidi paradigmi: *Risk assessment (RA)* e *Burden of Disease!*... Ma impatto economico?
 - Nuova attenzione agli effetti distributivi?
 - Magazzino delle evidenze scientifiche povero di risultati e di qualità inadeguata (vedi HiAP), nuova conoscenza da VIS retrospettiva?

■ Processo VIS

- Adeguate soluzioni per la *governance* dei processi (partecipazione)!
- Ma costi? Responsabilità? Implicazioni legali? Accreditamento?...
- Ma poco consenso su soglie in esercizio di RA (precauzione), *trade-off accettabili*?
- E scarsa regolazione degli stili di uso di conoscenza scientifica in incertezza (neutrale, di advocacy, di parte)?

■ Sensibilità di contesto

- Limiti italiani quanto ai pre-requisiti: amministrazione ben disegnata, decisori interessati all'impatto, senso civico del pubblico (Trivellato e Martini, Marsilio 2011)?
- Finestra di opportunità negli ultimi governi quasi tecnici comprendenti analisti delle politiche?
- Vincoli di crisi: può cambiare il livello di tutela accettabile?