



Dai dati alle politiche: il contributo degli attori istituzionali e sociali a Torino

*Far parlare i dati sulla salute per rendere
più informate le politiche locali.*

TORINOnordovest

 **EP** EPIDEMIOLOGIA
PIEMONTE

 **MINDMAP**
Promoting mental well-being and healthy ageing in cities

 **Euro
Healthy**

Gruppo di ricerca

Giuseppe Costa
Roberta De Bonis
Roberto Di Monaco
Annalisa Magone
Silvia Pilutti
Morena Stroscia
Nicolás Zengarini

Gruppo di esperti

Valerio Fabio Alberti, Carla Fassino, Raffaella Fornero, Silvio Geninatti, Gaia Manassero – *ASL Città di Torino*
Paola Pisano, Alessandro Nasi, Silvia Allegretti – *Città di Torino*
Sergio Blazina, Sara Cocco, Franco Francavilla, Laura Pellegrinelli – *M.I.U.R. Ufficio Scolastico Regionale per il Piemonte*
Marcello Mazzù, Simona Patria – *ATC del Piemonte*
Tom Dealessandri – *Comitato Torino Piemonte Aerospace*
Caterina Ginzburg – *Xké? Zero Tredici*
Barbara Graglia – *Labins*
Adriana Lancella – *Synergie Italia*
Don Danilo Magni – *Opera Torinese del Murialdo*
Adriano Mione – *Banca Etica*
Antonio Sansone – *Fim Cisl Piemonte*
Alessandro Svaluto Ferro – *Pastorale Sociale e del Lavoro Torino*
Giorgio Vernoni – *Ires Piemonte e Laboratorio Revelli*

Revisione testi

Paola Capra
Luisella Gilardi

Impaginazione, copertina e stile grafico

Alessandro Rizzo

INTRODUZIONE

Molti rappresentanti di istituzioni ed enti torinesi hanno partecipato a due progetti europei, MINDMAP e EURO-HEALTHY, orientati a coinvolgere i principali portatori di interesse (*stakeholder*) e decisori locali nell'analisi delle disuguaglianze di salute, dei suoi determinanti e delle loro implicazioni per le politiche urbane.

Il primo, MINDMAP (inverno 2016-2017), ha sperimentato metodi e strumenti per il coinvolgimento dei portatori di interesse cittadini (*stakeholder engagement*), grazie all'aiuto di un gruppo di pari - circa 50 esperti, decisori e *stakeholder* della città - che hanno partecipato alla discussione sui risultati del report **40 anni di salute a Torino. Spunti per leggere i bisogni e i risultati delle politiche¹**, basato sui dati dello Studio longitudinale torinese² e pubblicato poco dopo.

Il libro descrive l'influenza che hanno sulla salute dei torinesi i principali determinanti sociali, dalla famiglia, alla casa, alla scuola, al lavoro, al reddito, all'ambiente costruito, all'ambiente naturale.

I più sensibili portatori d'interesse della città hanno dunque lavorato insieme in un laboratorio interattivo, che ha permesso di interpretare i dati sulla salute, di arricchirne il profilo con le conoscenze che ogni partecipante ha appreso, di condividere le proprie esperienze, al fine di riconoscere i meccanismi con cui la città influenza la salute e le possibili azioni che servono a correggerne gli effetti malsani.

Il punto di partenza usato nel laboratorio è stato quello delle disuguaglianze di salute, perché è il modo più elo-

quente per chiedersi come mai qualcuno ha fatto meglio di qualcun altro, e come si possa far sì che tutti raggiungano risultati di salute simili; questo punto di vista stimola a cercare spiegazioni, trovarne i determinanti e individuare le azioni e le politiche di maggior potenziale nel contrastarle.

Durante la conferenza finale di MINDMAP le autorità cittadine (l'assessorato alle politiche sociali e quello per l'innovazione, l'autorità per l'edilizia pubblica, l'autorità sanitaria locale, l'autorità ecclesiastica e la principale fondazione bancaria cittadina) hanno concluso che le disuguaglianze di salute dovrebbero essere al centro di un intervento intersettoriale integrato che, partendo da un esercizio di identificazione delle priorità (*priority setting*), definisca poi le azioni (interventi e politiche) più promettenti per ridurre le disuguaglianze di salute.

Sulla base di questo mandato è stato costruito il caso-studio del progetto EURO-HEALTHY, a cui, nel mese di luglio 2017, sono stati inviati a partecipare 15 decisori e *stakeholder* di alto profilo, selezionati tra i partecipanti ai laboratori di MINDMAP.

L'obiettivo di questo documento è duplice: restituire i principali messaggi dell'esercizio di *priority setting* condotto nell'ambito di **EURO-HEALTHY** e descrivere il processo di valutazione utilizzato, basato sul modello M-MACHBETH (acronimo per *Measuring Attractiveness through a Category Based Evaluation Technique*³).

¹ Costa G, Stroschia M, Zengarini N, Demaria M. (2017). *40 anni di salute a Torino. Spunti per leggere i bisogni e i risultati delle politiche*. Inferenze. Milano.

² Lo Studio Longitudinale Torinese (SLT) è uno studio longitudinale che collega, a livello individuale, i dati sociodemografici e di storia residenziale di ciascun residente torinese dal 1971 in poi con i dati dei censimenti di popolazione (1971, 1981, 1991, 2001 e 2011) e i dati provenienti da diversi archivi sanitari (mortalità per causa, ospedalizzazione, consumo di farmaci, ecc.). Gli archivi includono anche le caratteristiche urbane a livello di tutte le ripartizioni geografiche della città. Il modello di SLT viene replicato in diverse aree metropolitane italiane.

³ Bana e Costa, C.A.; De Corte, J.M.; Vansnick, J.C. *Macbeth: Measuring attractiveness by a categorical based evaluation technique*. In *Wiley Encyclopedia of Operations Research and Management Science*; Cochran, J.J., Ed.; Wiley Online Library: Hoboken, NY, USA, 2010.

IL PROCESSO

Lo scopo di questo processo era di valutare 23 politiche di competenza della città nel suo insieme, per stimare quanto ognuna sia efficace nel ridurre le disuguaglianze sociali, quanto essa sia fattibile, e cosa comportino questa efficacia e fattibilità nel loro impatto atteso sulle disuguaglianze di salute dei cittadini.

L'informazione necessaria proveniva da 2 fonti: i giudizi dei partecipanti e i dati scientifici elaborati dal gruppo di ricerca. Il modello M-MACHBETH ha permesso di guidare la rilevazione di queste informazioni e di combinare evidenze e giudizi in modo tale da ottenere delle classifiche di efficacia e fattibilità di ognuna delle 23 politiche (*bene-fit-to-effort*) che possono essere utili alla scelta di priorità.

Ne è emersa la descrizione di un "magazzino" di politiche e azioni disponibili a livello cittadino per il contrasto delle disuguaglianze sociali nella salute.

Selezione dei determinanti sociali della salute e delle politiche

La discussione con la comunità di MINDMAP sui risultati del libro *40 anni di salute a Torino. Spunti per leggere i bisogni e i risultati delle politiche*, ha fornito al gruppo di ricerca le indicazioni per l'elaborazione di un quadro esplicativo delle disuguaglianze di salute nella città, che ha identificato otto principali determinanti sociali (luglio 2017).

Sei di essi descrivono la dotazione individuale di risorse e competenze della persona, il "chi sei", e sono l'istruzione, la condizione occupazionale, la qualità del lavoro, il reddito, la condizione familiare e la condizione abitativa.

Due di essi descrivono la qualità del "dove stai", come l'ambiente sociale, rappresentato dal livello di deprivazione del quartiere di residenza e l'ambiente fisico descritto dalle caratteristiche dell'ambiente costruito.

Il peso sulla salute di ciascuno degli otto determinanti è stato rappresentato dal rischio attribuibile di morte, in altre

parole dalla percentuale di decessi attribuibili alle disuguaglianze per ognuno degli otto assi (vale a dire per ognuno degli otto determinanti sociali) ovvero il numero di morti evitabili se tutti i residenti di Torino avessero lo stesso rischio di morire del gruppo socialmente più avvantaggiato (Figura 1).

L'idea di questo esercizio è la seguente: le disuguaglianze di mortalità per ogni asse/determinante sono la testimonianza che alcuni torinesi, quelli dei gruppi più avvantaggiati, dimostrano quanta mortalità si può evitare; possono pertanto essere presi come riferimento dai partecipanti nel momento in cui devono stimare l'efficacia attesa delle politiche urbane nel perseguire questo scopo.

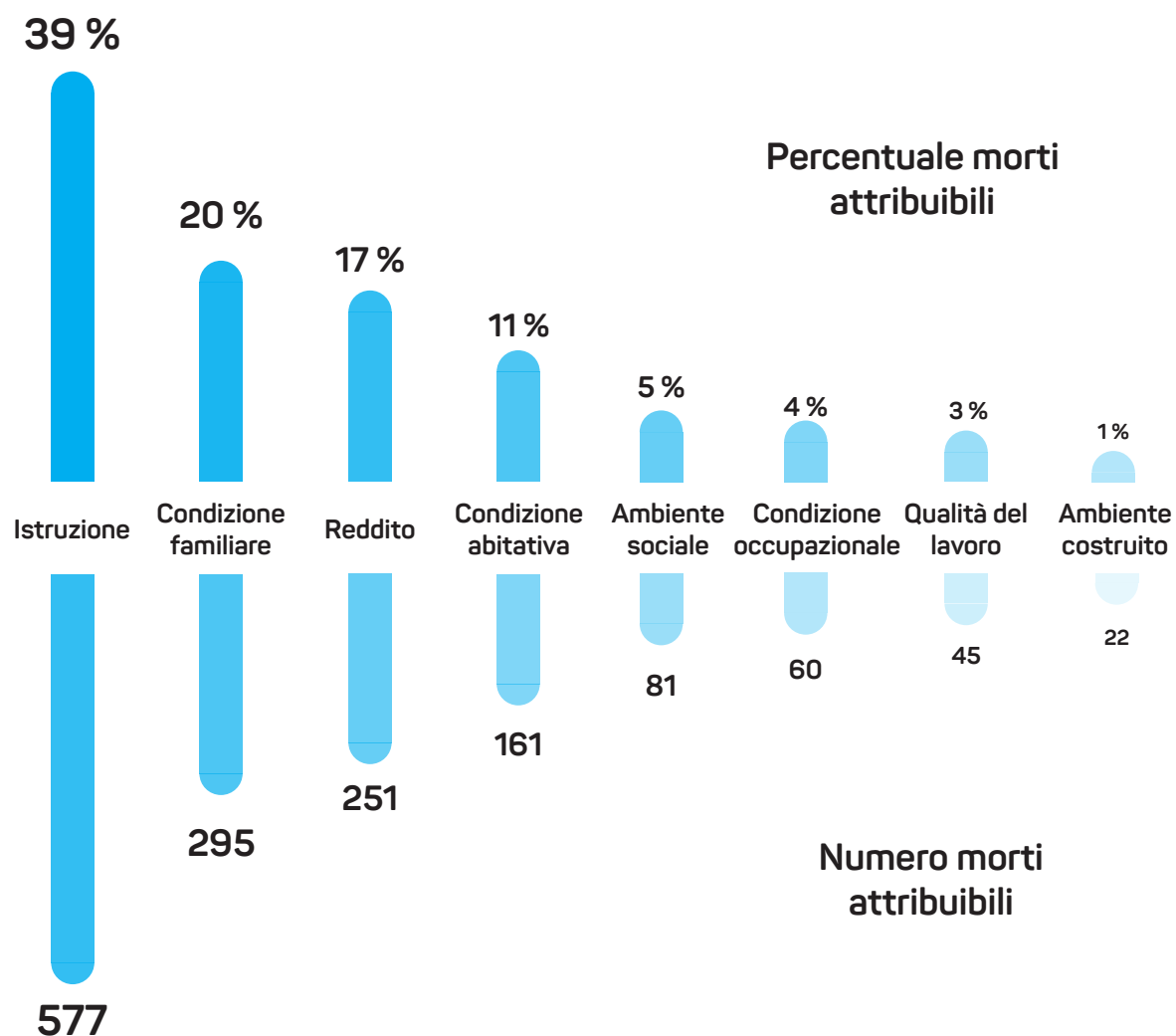
Utilizzando i risultati delle consultazioni precedentemente condotte nell'ambito di MINDMAP, sono state identificate e selezionate le 23 politiche/azioni da valutare.

Si tratta di azioni e politiche che sono sotto la responsabilità della città nelle sue varie articolazioni istituzionali e sociali e che sono potenzialmente in grado di ridurre le disuguaglianze sociali in uno o più degli otto assi / determinanti. Le politiche sono state classificate in 7 gruppi:

- Politiche per la qualità del lavoro e delle organizzazioni
- Politiche per l'integrazione nell'occupazione
- Politiche di protezione sociale ed empowerment
- Politiche per l'istruzione e la promozione culturale
- Politiche per la qualità dell'ambiente di vita
- Politiche per la salute e l'integrazione sociale
- Politiche sanitarie

Figura 1

Percentuale di morti attribuibili alle disuguaglianze sociali per ogni determinante sociale (mortalità prematura tra 30 e 74 anni) a Torino durante il periodo 2002-2013. Stime annuali.



Identificazione delle priorità: "la matrice di intervento"

Per impostare l'esercizio di *priority setting*, il gruppo di ricerca ha quindi identificato in via preliminare le intersezioni chiave tra le 23 politiche e gli 8 determinanti, come potenziali "aree di intervento": delle 184 possibili intersezioni (23*8), solo 91 sono state identificate come potenzialmente rilevanti nel ridurre le disuguaglianze sociali. Si è così ottenuta la "matrice d'intervento" rappresentata in tabella 1.

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)
Politiche per la qualità del lavoro e delle organizzazioni									
Promozione della qualità nel lavoro	●	●							2
Conciliazione e servizi territoriali, orari e accessibilità	●	●		●	●		●		5
Alternanza scuola - lavoro	●	●	●	●					4
Politiche per l'integrazione nell'occupazione									
Gestione di incontro domanda - offerta e servizi per il lavoro	●			●	●	●		●	5
Orientamento	●	●	●						3
Formazione professionale	●	●	●						3
Politiche di protezione sociale ed empowerment									
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
Politiche per l'istruzione e la promozione culturale									
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
Politiche per la qualità dell'ambiente di vita									
Riduzione dell'inquinamento e aumento salutogenicità						●	●	●	3
Miglioramento delle aree verdi							●	●	2
Riqualificazione spazi abbandonati							●	●	2
Politiche per la salute e l'integrazione sociale									
Servizi e residenze per anziani non autosufficienti	●				●	●	●	●	5
Promozione della domiciliarità	●				●	●	●	●	5
Inserimento socio-lavorativi sostenuti ed eventualmente protetti	●	●		●		●		●	5
Politiche sanitarie									
Promuovere stili di vita salubri	●	●	●		●			●	5
Promozione di salute mentale	●	●	●		●			●	5
Riduzione delle barriere di accesso alle cure di qualità	●			●				●	3

I giudizi dei partecipanti: *Delphi* e conferenza decisionale

Partendo dalla “matrice d’intervento” e utilizzando la combinazione di due tecniche di consultazione (*Delphi panel* e conferenza decisionale in plenaria), i 15 partecipanti hanno fornito il proprio giudizio sull’impatto di ogni politica, in termini di *benefit* sulla riduzione delle disuguaglianze sociali in ciascun asse/determinante pertinente e di fattibilità o *do-ability* (prevedibile possibilità di attuare l’azione).

In concreto, attraverso una scala di valore a 7 modalità (nulla, molto debole, debole, moderato, forte, molto forte, estremo), che faceva corrispondere ad ogni modalità un punteggio, i partecipanti hanno risposto alle domande delle due figure a lato su *benefit* e *do-ability*.

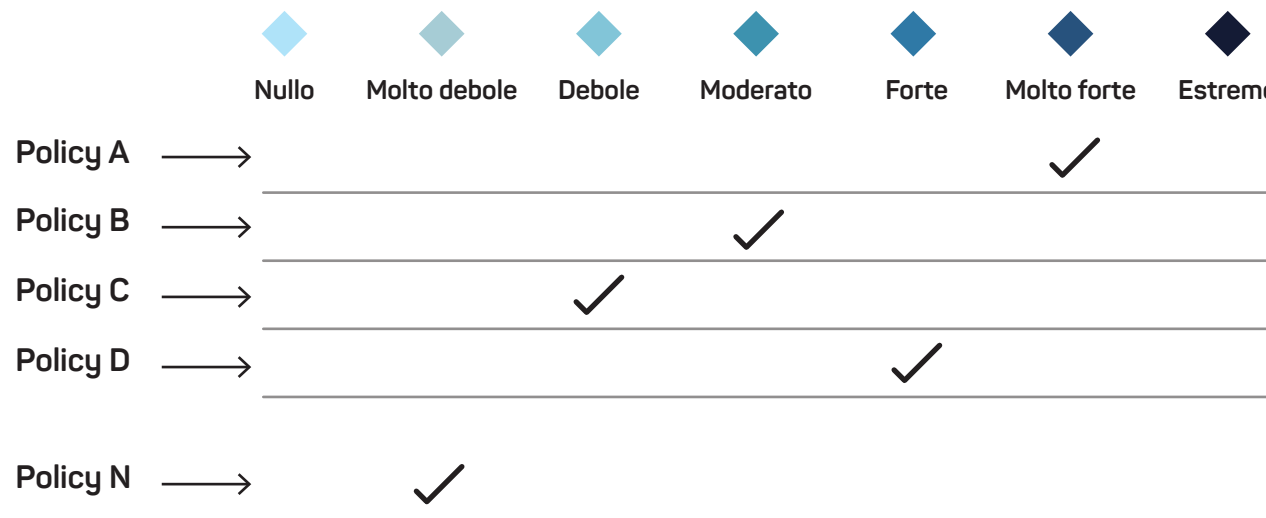
Il *DELPHI panel* è stato eseguito in due round a distanza di un mese, il primo “face to face”, seguito da un secondo via web.

La conferenza finale in plenaria (mezza giornata di lavoro) è stata condotta con un doppio obiettivo: raggiungere consenso sui quesiti dove i giudizi su *benefit* e *do-ability* raccolti durante la *Delphi* erano stati più discordanti e combinare, tramite il modello M-MACHBETH, questi giudizi con i dati epidemiologici sul peso sulla salute di ciascun determinante (morti attribuibili), per ottenere la graduatoria finale su *benefit* e *do-ability* delle politiche, pesate per l’effetto sulla salute.

Da qui si è partiti per avviare la discussione finale durante l’ultima ora della giornata di lavoro.

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?



Do-ability

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?



I RISULTATI

⁴ Il punteggio globale per ciascuna politica (score benefit) è stato calcolato sommando il punteggio ottenuto dai giudizi sul benefit, moltiplicato per il peso sulla salute assegnato a ciascun determinante tramite la mortalità attribuibile. Lo score finale è il rapporto a 100 del punteggio finale così ottenuto

Tabella 2

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

Legenda

- Estremo
- Molto forte
- Forte
- Moderato
- Debole
- Molto debole
- Nullo

Nella conferenza finale, durante le prime due ore di discussione, si è costruito il consenso sui giudizi più discordanti su benefit e do-ability (Tabella 3, pagina successiva). Nella seconda fase della conferenza decisionale, i partecipanti sono stati informati su quanto ognuno degli otto determinanti sociali potesse influenzare le disuguaglianze di mortalità tramite la stima delle morti attribuibili (Figura 1, pagina 5).

A questo punto, la classificazione delle politiche in base al beneficio atteso di riduzione di disuguaglianze su ogni asse (Tabella 3), è stata pesata per l'impatto sulla salute di ciascun determinante sociale⁴. La graduatoria risultante prima in forma di tabella (Tabella 2) e dopo integrata in un

grafico con i giudizi finali sulla do-ability (Figura 2 grafico "benefit vs do-ability"), è stata presentata e discussa con i partecipanti.

Il grafico è diviso in quadranti, in base alla media dello score sul benefit (asse delle ordinate) e al punto medio dei giudizi sulla do-ability (asse delle ascisse). Il quadrante delle politiche in alto a destra, raccoglie le politiche potenzialmente più efficaci e anche più fattibili. Viceversa il quadrante in basso a sinistra, descrive quelle a minore potenziale e più complesse da mettere in opera. Gli altri due quadranti sono il complemento dei precedenti, quanto a beneficio atteso e fattibilità.

Politica / intervento

Global score

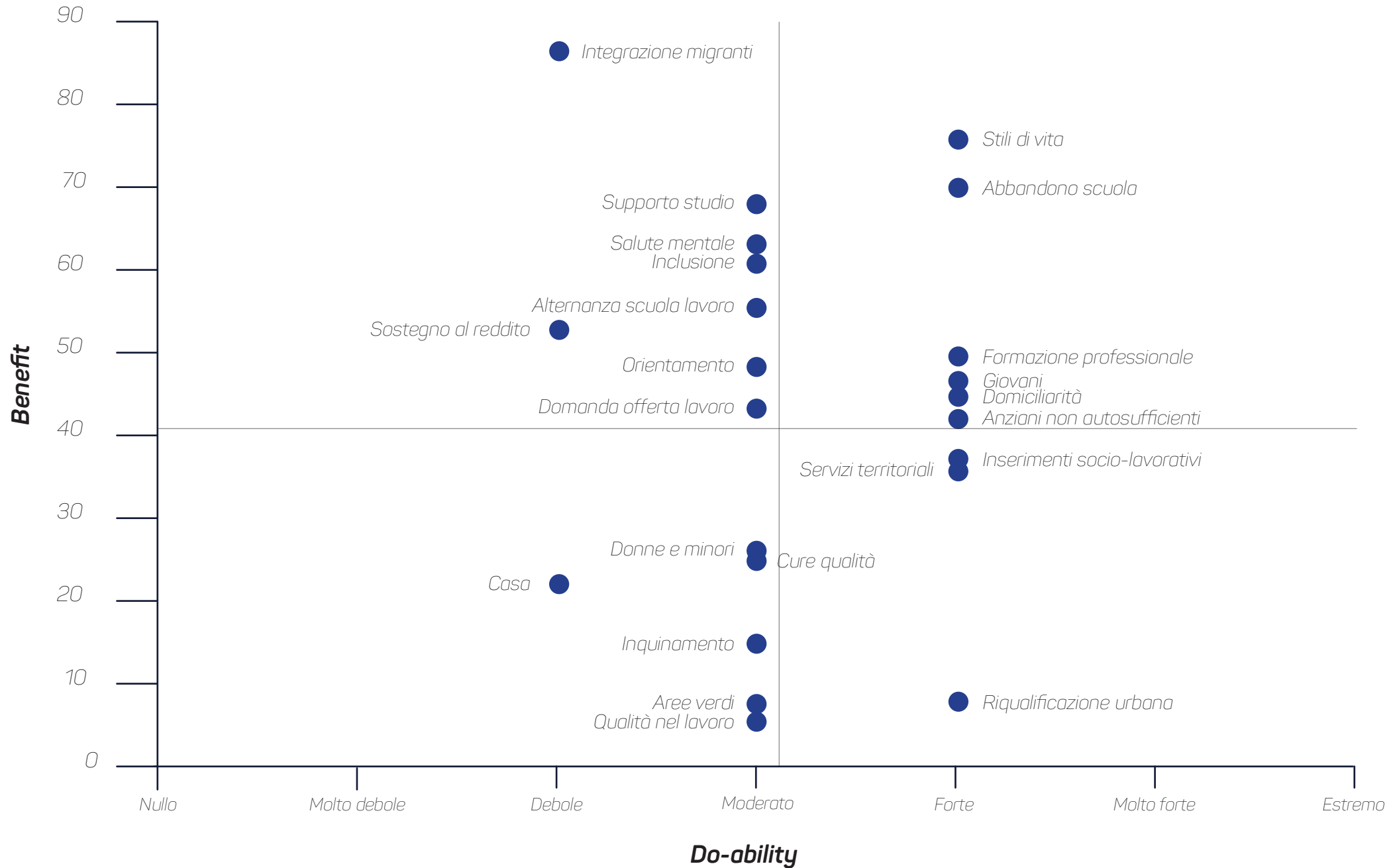
Integrazione sociali per l'integrazione dei migranti		88,7
Promuovere stili di vita salubri		77,3
Contrasto all'abbandono scolastico e di integrazione nell'istruzione		71,2
Politiche di supporto economico allo studio		69,7
Promozione di salute mentale		63,7
Strategie di inclusione attiva e promozione di comunità		62,4
Alternanza scuola - lavoro		56,4
Sostegno al reddito		54,0
Formazione professionale		50,5
Orientamento		49,0
Promozione della crescita socio-culturale dei giovani		46,9
Promozione della domiciliarità		46,4
Gestione di incontro domanda - offerta e servizi per il lavoro		43,8
Servizi e residenze per anziani non autosufficienti		42,7
Inserimento socio-lavorativi sostenuti ed eventualmente protetti		37,9
Conciliazione e servizi territoriali, orari e accessibilità		36,9
Riduzione delle barriere di accesso alle cure di qualità		25,9
Sostegno di comunità per donne e minori		25,5
Risposta alla domanda sociale di abitazioni		22,2
Riduzione dell'inquinamento e aumento salutogenicità		15,0
Riqualficazione spazi abbandonati		7,5
Miglioramento delle aree verdi		7,1
Promozione della qualità nel lavoro		6,0

Tabella 3

Efficacia attesa nella riduzione delle disuguaglianze in ogni determinante sociale da parte delle 23 politiche/azioni e relativo giudizio di fattibilità

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

Figura 2
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).



LA DISCUSSIONE

Prime reazioni sui risultati.

La discussione con i partecipanti, sia durante la prima fase della *Delphi* che durante la conferenza decisionale in plenaria, è stata estremamente vivace e ha fornito molti spunti e suggerimenti stimolanti di commento alle politiche incluse nella valutazione, contribuendo a tracciarne una specie di carta di identità utile per analisi successive anche con altri interlocutori (i risultati sono consultabili a richiesta nel documento "*The EURO-HEALTHY case study of Turin*"). Inoltre, durante la conferenza decisionale, è stato raggiunto un ragionevole consenso sulla valutazione dei *benefit* di ogni politica per ogni asse / determinante delle disuguaglianze sociali. Il risultato finale ha prodotto invece una certa sorpresa: la classifica dell'efficacia attesa pesata per l'impatto sulle disuguaglianze di salute (Tabella 2) cambiava in modo consistente la posizione in graduatoria di molte azioni e politiche, che prima erano state giudicate solo per il loro impatto sui singoli determinanti sociali (Tabella 3) e il grafico "*Benefit vs do-ability*" (Figura 2) spazzava le aspettative di molti partecipanti, che vedevano sminuita l'importanza relativa della politica di cui erano esperti o decisori o patrocinatori.

La discussione ha permesso di comprendere che la graduatoria è fortemente influenzata da tre fattori importanti:

- Il primo è il numero di determinanti sociali su cui ogni politica ha un potenziale impatto; infatti in testa alla graduatoria ci sono le politiche che a priori hanno contemporaneamente un potenziale impatto su molti assi/determinanti sociali, mentre in coda ci sono le politiche che agiscono solo su uno o pochi assi/determinanti (vedi Figura 3, pagina 12)

- Il secondo fattore è il peso sulla salute (in questo caso le disuguaglianze di mortalità) che gioca lo specifico determinante sociale: maggiore è il suo impatto sulle disuguaglianze di mortalità maggiore sarà l'efficacia attesa della

politica che serve a contrastare quello specifico determinante sociale, come ad esempio il livello di qualificazione scolastica; mentre minore è il rischio di mortalità attribuibile al determinante sociale, minore è il beneficio atteso dalle politiche che agiscono su quel determinante, è il caso per esempio dell'ambiente costruito.

- Infine il terzo fattore è l'ampiezza della platea delle persone svantaggiate in ognuno degli assi di disuguaglianza sociale: minore è la dimensione di questo gruppo (che sarebbe il target/bersaglio della politica), minore è la proporzione di morti attribuibili e minore è la posizione in graduatoria di efficacia attesa della politica che agisce su quel determinante.

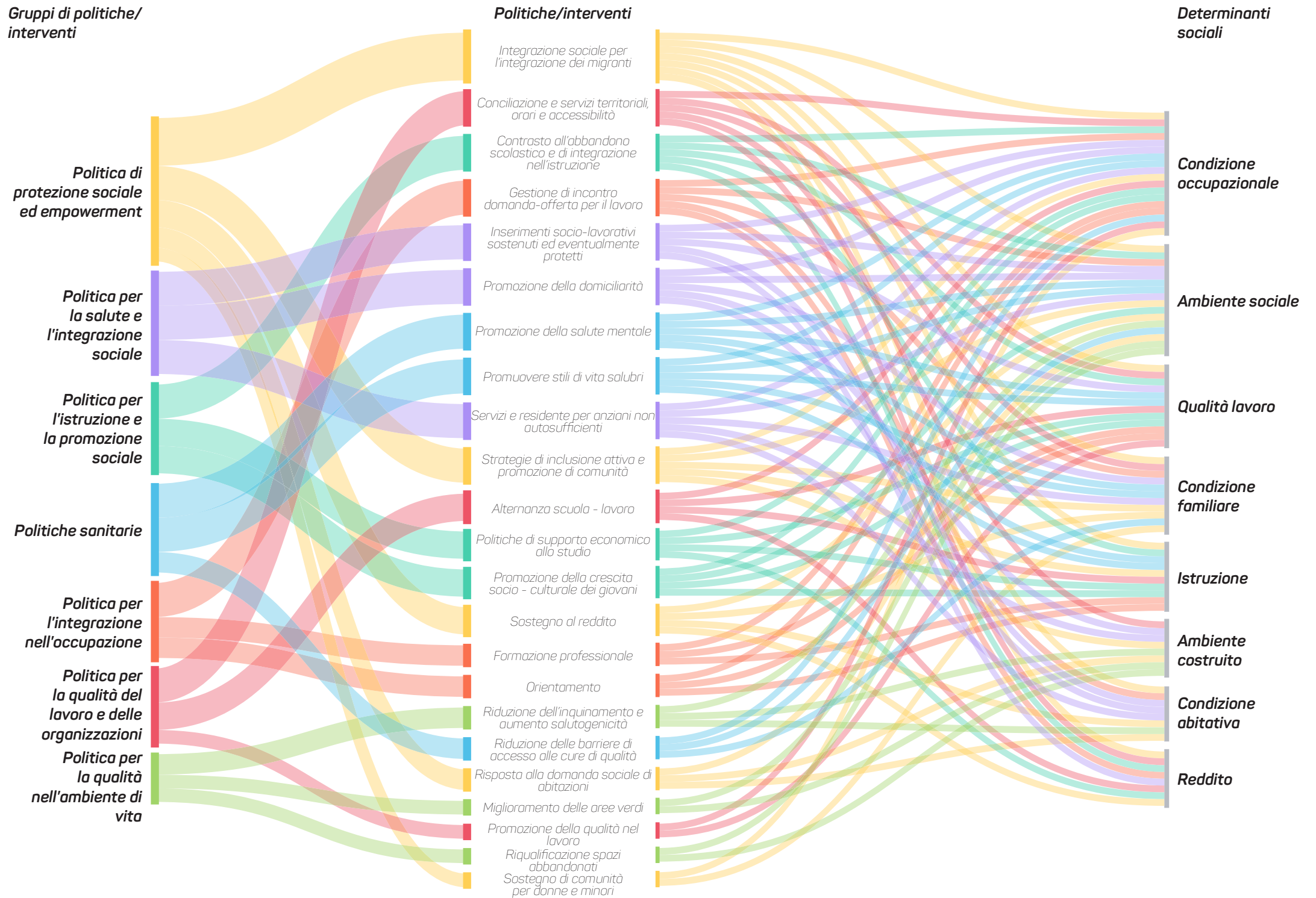
Meno sorprendente invece, è stata la classifica delle politiche sul lato della *do-ability*. La fattibilità sembra principalmente condizionata ora da fattori come l'accettabilità sociale, molto evidente per esempio nel caso delle politiche d'integrazione dei migranti, ora dai vincoli finanziari a livello locale, fattore particolarmente frenante per lo sviluppo delle politiche di edilizia popolare e di sostegno al reddito.

Un altro aspetto sollevato in discussione riguarda le politiche ambientali e di rigenerazione urbana: nonostante siano di solito molto alte nell'agenda della politica urbana, hanno mostrato pochi benefici attesi dal punto di vista dell'impatto sull'equità della salute, constatazione particolarmente intrigante, poiché sono esattamente il tipo di politiche ricercate quando si cerca di contrastare le disuguaglianze geografiche in contesto urbano.

I dati sulla mortalità attribuibile sottominano l'impatto sulle disuguaglianze di salute da parte dei determinanti geografici (sia il costruito che l'ambiente sociale) e di conseguenza le politiche ad essi correlate si sono piazzate male in graduatoria. Questo paradosso è anche spiegato in parte dal fatto che le disuguaglianze geografiche di salute sono per lo più giustificate dalla mobilità residenziale,

Figura 3 - Alluvial map

L'altezza dei nodi (barre) 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.



che di solito è socialmente condizionata, creando così una segregazione sociale tra aree geografiche; significa che alcune aree diventano deprivate e meno “salubri”, non a causa del ruolo del luogo di residenza e le caratteristiche fisiche del contesto, ma a causa dello sfavorevole mix sociale dei loro residenti. Lo studio torinese, contrariamente alla maggior parte degli studi che usano le disuguaglianze geografiche come *proxy* (approssimazione) delle disuguaglianze sociali incorrendo in questa distorsione, ha misurato a livello individuale il ruolo indipendente di ogni determinante sulla salute, sia quelli relativi all’individuo, (“chi sei”) sia quelli contestuali, (“dove vivi”). È così che i dati a disposizione e i metodi statistici utilizzati, hanno permesso di stimare l’effetto indipendente di ciascun indicatore di posizione sociale e valutare l’impatto delle politiche sulle disuguaglianze di salute, senza essere influenzati dalla mobilità sociale condizionata dalla segregazione, come accade quando le disuguaglianze di salute sono valutate solo con un approccio geografico.

Indicazioni per la ricerca e la pratica

La discussione finale in plenaria ha suggerito nuovi approfondimenti, che tengano in conto i principali fattori e le forze esterne che dovrebbero essere considerate per avere un quadro complessivo della relazione tra politiche urbane e salute.

In primo luogo, la discussione ha sottolineato l’importanza e gli effetti della qualità delle relazioni sociali e del capitale sociale e le loro conseguenze sulla salute. Questi effetti non sono limitati al luogo di residenza, ma agiscono in ogni ambiente in cui le persone hanno relazioni (scuola, lavoro, associazioni, ecc.). Questo aspetto è emerso più volte discutendo del beneficio atteso e della fattibilità di ciascuna politica, in particolare quando si esaminavano le politiche scolastiche, di formazione professionale, di formazione legata al lavoro, di qualità lavorativa e quelle relative ai servizi sociali e sanitari. I partecipanti hanno ipotizzato che il be-

neficio atteso e la fattibilità di ciascuna politica potrebbero essere molto diversi in condizioni differenti di clima sociale: tutte le politiche esaminate, potrebbero migliorare notevolmente in termini di benefici sulla salute, se gli attori che le gestiscono (imprese, scuole, istituti di formazione, enti, ecc.) promuovessero sia il coinvolgimento / *empowerment* delle persone, sia la qualità delle loro relazioni ed esperienze sociali.

In effetti, un clima sociale positivo, favorirebbe una maggior attenzione al capitale sociale, probabilmente mediante interventi di welfare comunitario nei vari ambienti in cui vivono e interagiscono le persone (scuola, lavoro, quartiere, ecc.), con l’obiettivo di rafforzare i rapporti sociali, di cui le persone potrebbero avvalersi per affrontare i loro problemi.

Un ulteriore interessante spunto emerso dalla discussione è stata la richiesta, da parte dei partecipanti, di **ulteriori analisi di sensibilità** per la valutazione dei benefici che tengano in considerazione alcuni fattori rilevanti di variabilità. Il primo di questi fattori è la scala temporale da prendere in considerazione nel giudizio del beneficio per la salute.

I partecipanti ritenevano che la classifica sui *benefit* potesse cambiare in modo sostanziale, considerando l’impatto a breve o a lungo termine sulle disuguaglianze di salute.

Per esempio, il massimo impatto sulla salute del determinante sociale “Istruzione” nella tabella dei pesi, basato sulla mortalità prematura è accettabile e ragionevole considerando una scala temporale a lungo termine, mentre gli assi “reddito”, “condizione occupazione” o “condizione abitativa” potrebbero risultare più importanti per esiti di salute a breve termine.

Allo stesso modo la graduatoria delle politiche potrebbe essere diversa, considerando altri indicatori di salute: i

rischi attribuibili non sarebbero gli stessi se calcolati per altre dimensioni della salute, come ad esempio la salute auto-percepita o soggettiva, la salute mentale o i limiti funzionali. In realtà alcuni di questi possono essere anche considerati *outcome* di salute a breve latenza e potrebbero descrivere meglio l'impatto a breve termine dei determinanti sociali. In più, l'impatto dei diversi determinanti potrebbe essere diverso a seconda delle diverse fasce di età della popolazione, ad esempio sui giovani.

In risposta a questi argomenti, il gruppo di ricerca ha fornito un'ulteriore analisi di sensibilità *Benefit-vs-do-ability* in base a diverse dimensioni della salute (salute auto-percepita, salute fisica e salute mentale⁵) e ha realizzato un approfondimento sulla salute dei giovani (Figura 4).

In effetti, la classifica dell'impatto sulla salute dei determinanti sociali cambia sostanzialmente quando si passa dalla mortalità alla salute percepita, alla salute fisica e mentale. Altrettanto vale per la classifica generale delle politiche.

In generale, la classifica rimane la stessa quando si passa dalla mortalità alla salute percepita: il ruolo principale dell'istruzione si distingue ancora e il reddito sale di posizione. Ma la classifica cambia molto quando si guarda all'indice di salute fisica, in cui reddito e abitazione mostrano un impatto più forte sulla salute, seguiti dalla famiglia e dall'istruzione, e infine dall'occupazione. Una classifica simile è stata osservata nel caso della salute mentale, ma con un maggiore impatto dell'istruzione. Questi cambiamenti nella classifica sono ancora più forti quando ci si concentra sulle fasce di età più giovani quando la mortalità è fortunatamente un evento raro e disturbi della salute mentale

sono un obiettivo di salute più sensibile delle condizioni sociali sfavorevoli come reddito, occupazione, ambiente costruito, abitazione, qualità del lavoro ed educazione; tra i giovani la salute fisica sembra più sensibile all'impatto di reddito, istruzione, alloggio e occupazione.

Complessivamente, queste analisi di sensibilità, dimostrano che la posizione in graduatoria delle singole politiche può cambiare sostanzialmente muovendo da una dimensione di salute ad un'altra e spostandosi di fascia di età: nel caso della salute mentale e dei giovani, le politiche sull'educazione perdono la loro priorità, a favore di una combinazione di politiche su reddito, istruzione e occupazione (Figura 5).

Un commento molto condiviso sia durante il *"face to face"* della *Delphi* che durante la conferenza finale ha riguardato le condizioni in base alle quali il beneficio massimo di ciascuna politica potrebbe essere raggiunto.

In particolare, le circostanze più favorevoli all'efficacia delle politiche erano di carattere sistemico e riguardavano il fatto che il contesto istituzionale e sociale permettesse o spingesse ad integrare localmente risorse, competenze, ruoli, procedure tra diversi settori e politiche attorno a uno sforzo sinergico su obiettivi strategici comuni o simili.

Questo è il motivo per cui i partecipanti hanno suggerito di rivalutare l'efficacia attesa sotto condizioni di scenario nuove, in cui istituzioni ed entità lavorino non con un approccio "a silos" (per singoli settori di politiche), bensì in un nuovo scenario nel quale la sinergia e l'intersectorialità siano le caratteristiche distintive.

⁵ Per questo esercizio sono stati utilizzati i dati provenienti dalle indagini condotte su "Condizioni di salute e utilizzo dei servizi sanitari" (HCUHS) del 2013 dall'Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT).

Figura 4

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

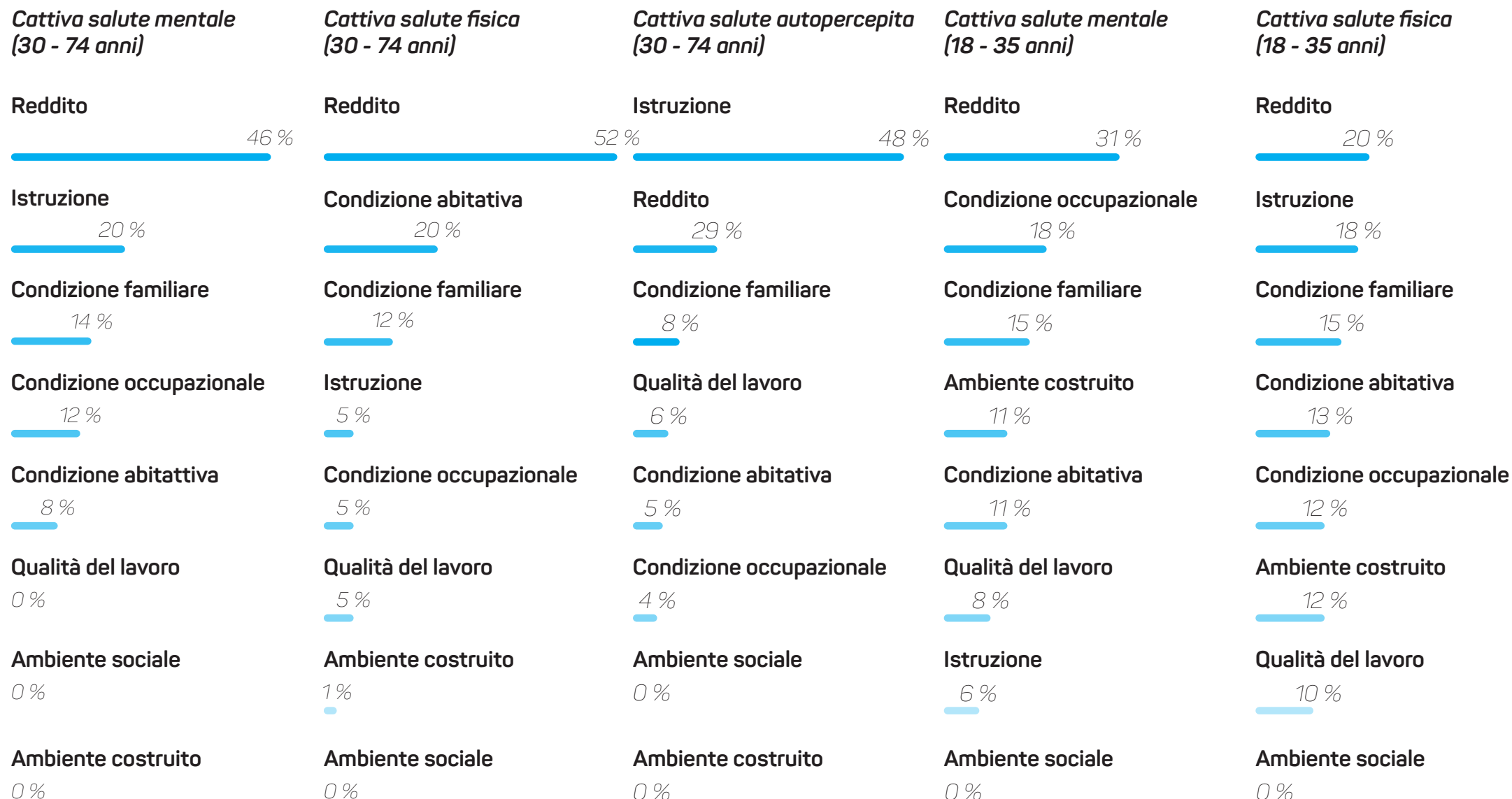
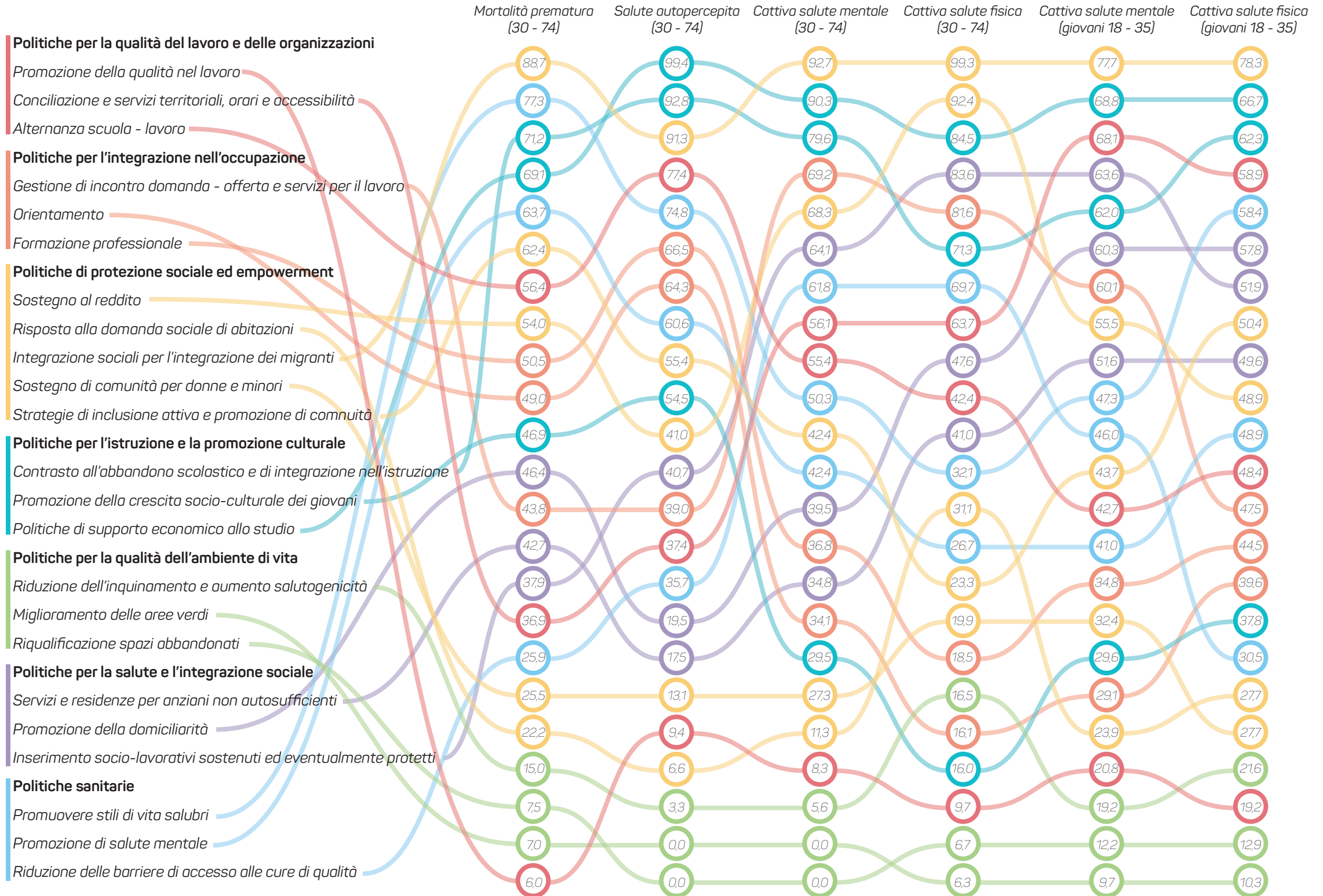


Figura 5

Ranking delle politiche/interventi a seconda dei pesi sui differenti outcome della salute considerati



CONCLUSIONI E SVILUPPI FUTURI

Implicazioni per le politiche

Questo esercizio di priority setting si è concluso con decisioni politiche concrete prese dalle principali autorità locali.

L'Assessore alle politiche sociali, l'autorità sanitaria e l'agenzia territoriale della casa hanno deciso di avviare un nuovo progetto di welfare di comunità in una delle aree più svantaggiate della città (Vallette), seguendo un modello di welfare generativo comunitario, promosso attraverso l'azione congiunta delle tre autorità e delle risorse umane della comunità. Il modello si basa sul riconoscimento dell'importanza del capitale sociale per la salute, mirando a rafforzare quest'ultima. Per raggiungere questo obiettivo, gli attori sociali investiranno sullo sviluppo di relazioni sociali vicine alle persone - aumentando lo scambio di risorse, la cooperazione, le reti sociali, le norme di reciprocità o di sostegno e la fiducia sociale - oltre che sul ruolo delle istituzioni partecipanti. In questo modo le persone coinvolte dovrebbero diventare più attive e migliorare la capacità di controllare la propria salute.

L'Assessorato all'innovazione e smart city ha considerato di ricalibrare il progetto della nuova piattaforma digitale locale, includendo un modulo per l'interazione tra la gestione dei big data e l'analisi dei dati, che si ispira al processo decisionale elaborato nel caso-studio EURO-HEALTHY.

Infine, la Compagnia di San Paolo (principale fondazione bancaria cittadina), sta esaminando la possibilità di incorporare l'impatto sull'equità della salute tra i criteri per valutare nuove proposte di investimento.

Cosa abbiamo imparato?

Il caso studio di Torino può dare lezioni importanti al servizio, sia per la ricerca sulla politica sanitaria, sia per l'elaborazione e diffusione di buone pratiche nel processo decisionale a livello locale.

· La prima lezione: un processo partecipativo di *stakeholder engagement* per un *audit* sulle azioni di equità nella salute

delle politiche locali, può essere intrapreso e realizzato in pochi mesi, a condizione che siano disponibili dati adeguati sulle disuguaglianze sociali nella salute a livello individuale. Questa lezione è particolarmente valida oggi, in quanto una nuova *Joint Action* europea sulle disuguaglianze di salute sarà avviata nei prossimi mesi, coinvolgendo 25 stati membri e mirando ad attuare azioni concrete per ridurre le disuguaglianze di salute, compresa la capacità di coinvolgimento di stakeholder e decisori a livello locale e equity audit sanitaria di tutte le politiche locali.

· La seconda lezione: l'interesse principale dei partecipanti a questo processo non ha portato alla costruzione di una gerarchia di priorità tra le politiche locali. Fin dall'inizio, i partecipanti di Torino hanno riconosciuto tutte le politiche locali incluse nella nostra lista come ugualmente importanti. Conoscere meglio e accettare le differenze nel loro prevedibile impatto sull'equità nella salute e la loro fattibilità, non avrebbe cambiato le loro decisioni strategiche, ma avrebbe reso più "consapevole" il loro processo decisionale. Quello che si aspettano ora dai risultati attuali e dalle nuove analisi di sensibilità, è aumentare la loro capacità di identificare le migliori opportunità, per aumentare l'impatto delle politiche attraverso l'identificazione di eventuali sinergie tra diversi attori e settori della politica. Si tratta di una questione importante, sia per la ricerca quantitativa che per quella qualitativa sull'interazione tra politiche.

· La terza lezione: sono già state prese importanti decisioni da parte di autorità locali grazie a questo caso-studio. Durante la pre-conferenza di Coimbra (Portogallo) del settembre 2017, il più frequente commento dei partecipanti ai risultati di Euro-Healthy era stato "cosa c'è di nuovo in questi risultati?". Questo rapporto sui risultati di Torino mostra che molte implicazioni inattese per le politiche locali possono essere acquisite valutando l'impatto che hanno sull'equità della salute e che questo può essere fatto utilizzando un approccio partecipativo strutturato per favorire un processo decisionale più informato.