

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*

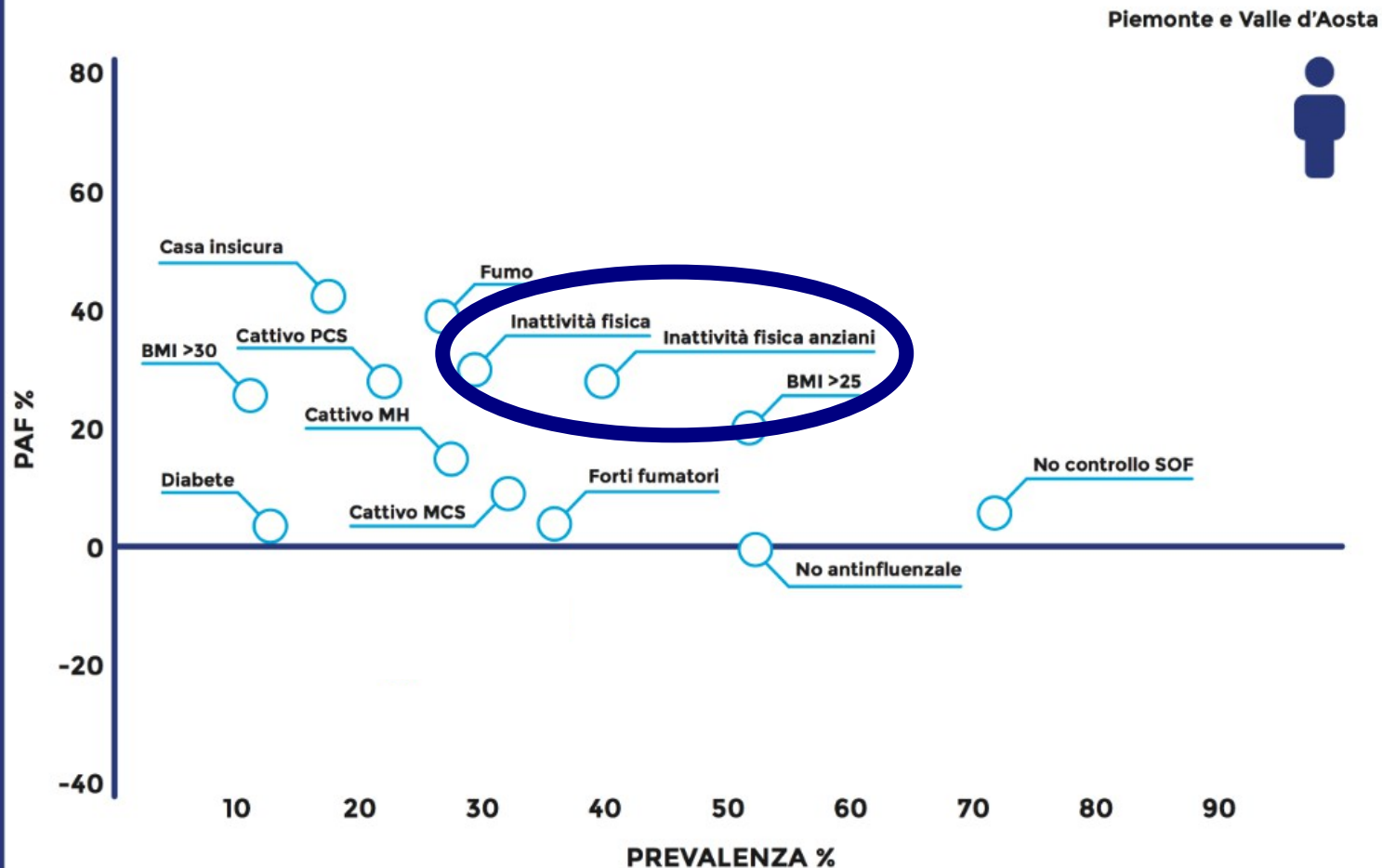


2013



Grafico riassuntivo delle prevalenze e delle PAF

PAF: frazione attribuibile %



Health equity audit delle politiche urbane: un caso studio a Torino

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

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)

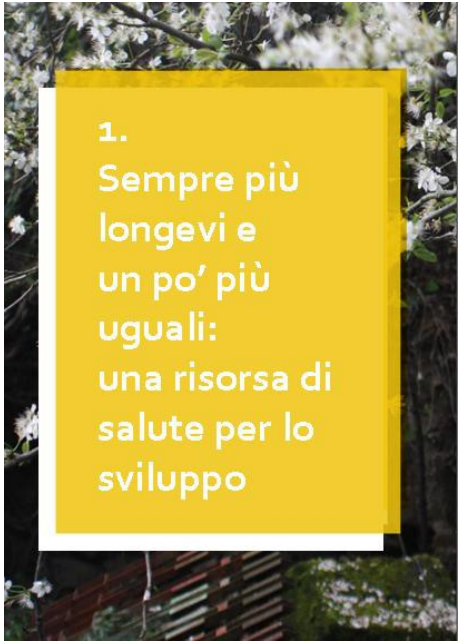
Area	Attivi	Informati
Pubblica amministrazione <ul style="list-style-type: none">- Regione, Comune- Assessorati: sociale, scuola, ambiente, ICT, lavoro, casa- Azienda sanitaria locale- Network Innovazione e smart city	18	48
Organizzazione non governative <ul style="list-style-type: none">- donatori (banche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

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

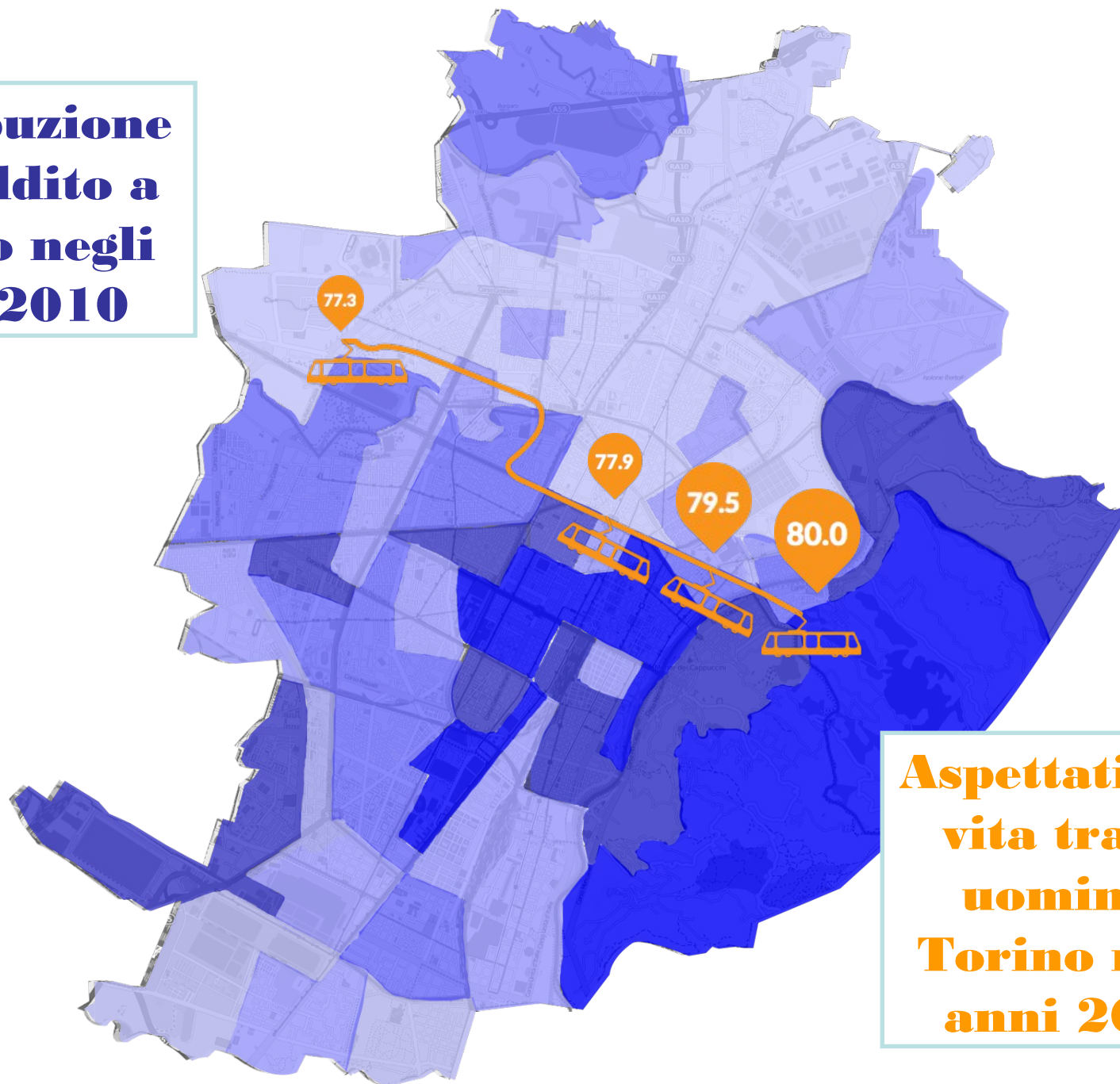
Trasferimento di conoscenze

- 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**

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.

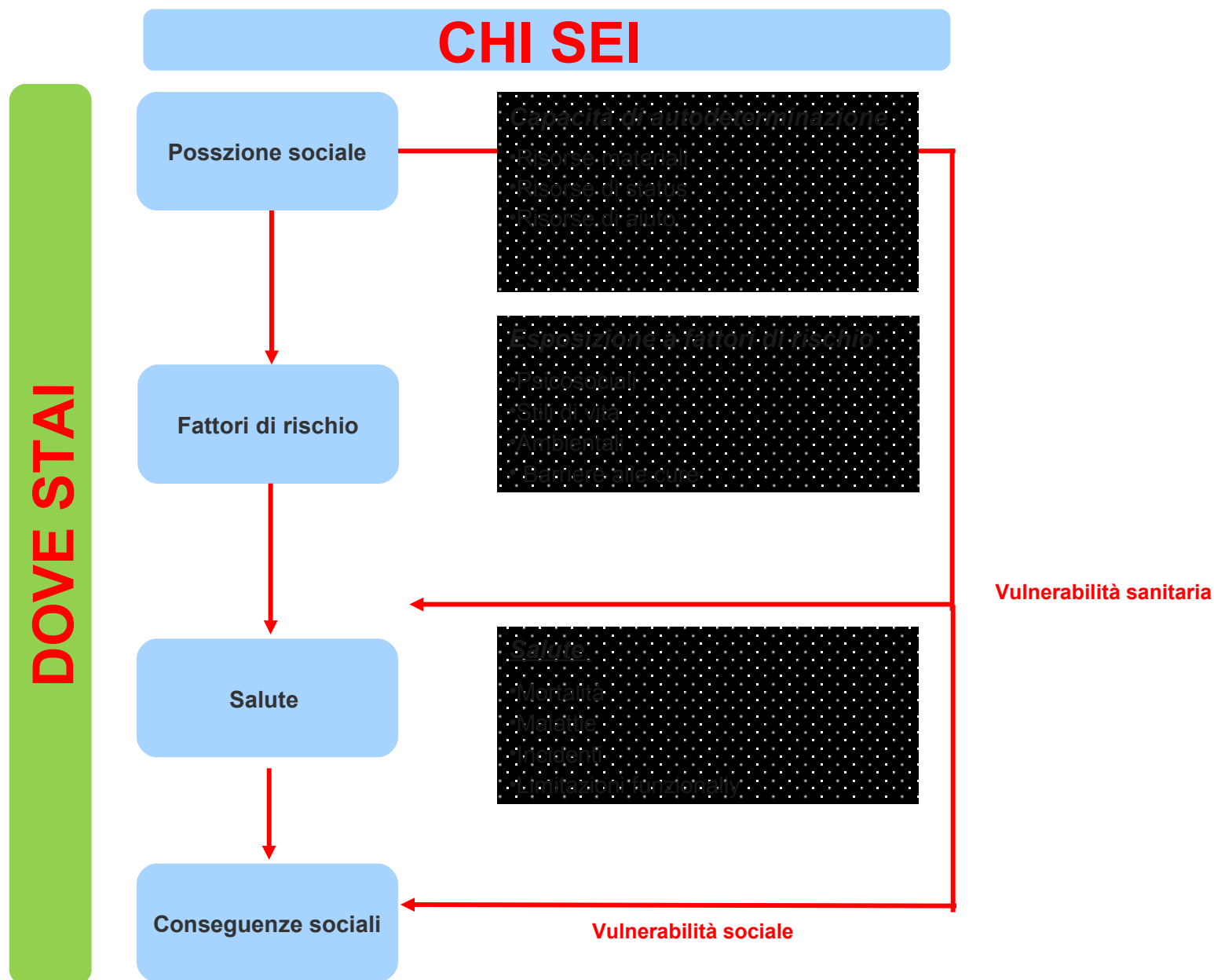
Analisi e voci dagli stakeholder, e gruppi Interdisciplinari sulle tre aree per condivisione di esperienze e buone pratiche

**AUMENTARE
LA CONSAPEVOLEZZA
DELLE CAUSE**

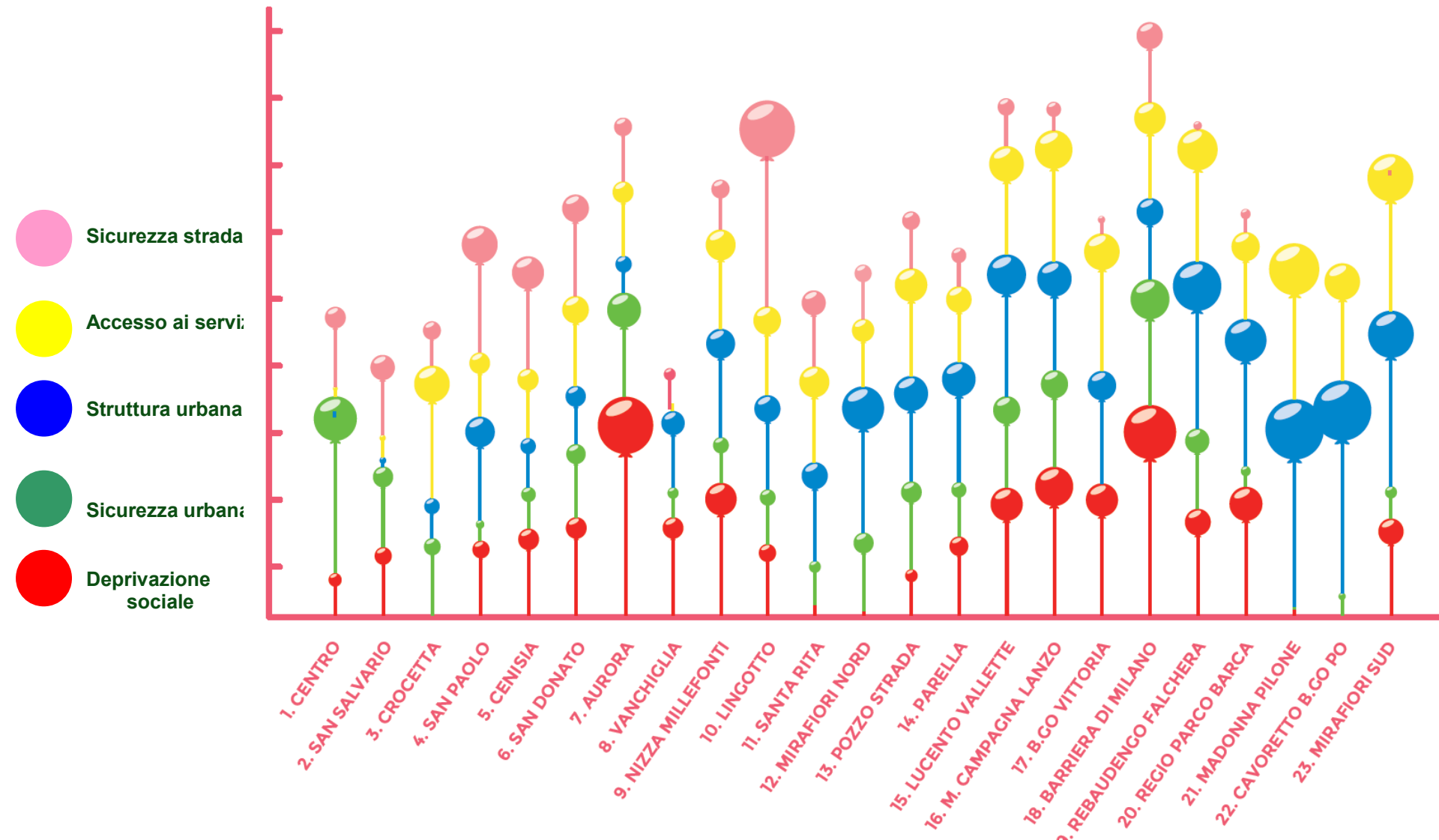


**COSTRUIRE UNA
COMUNITA' DI PRATICA
E CONDIVIDERE LE
ESPERIENZE**

Meccanismi di generazione di disuguaglianze di salute



Disuguaglianze tra i 23 quartieri nei principali determinanti sociali di salute



Il processo di consultazione

Terzo atelier 12 Gennaio 2017

**DALLE SPIEGAZIONI
ALLE AZIONI**

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



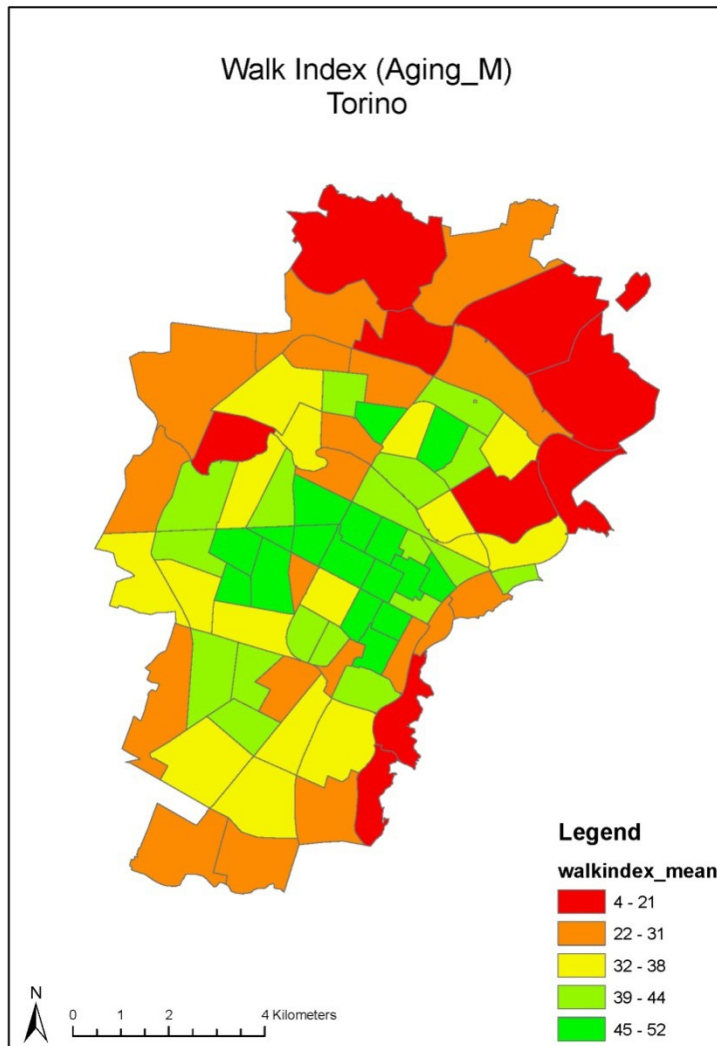
**COSA FARE?
COME FARLO?**

Indice di camminabilità delle strade

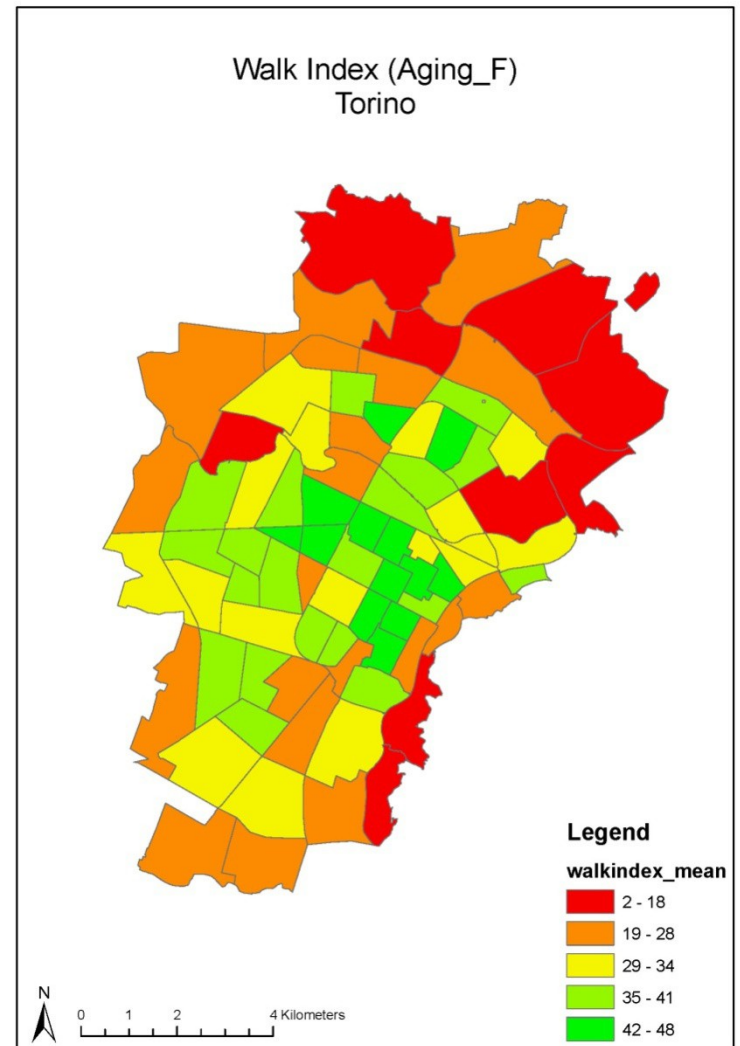


Istituto Superiore sui
Sistemi Territoriali
per l'Innovazione

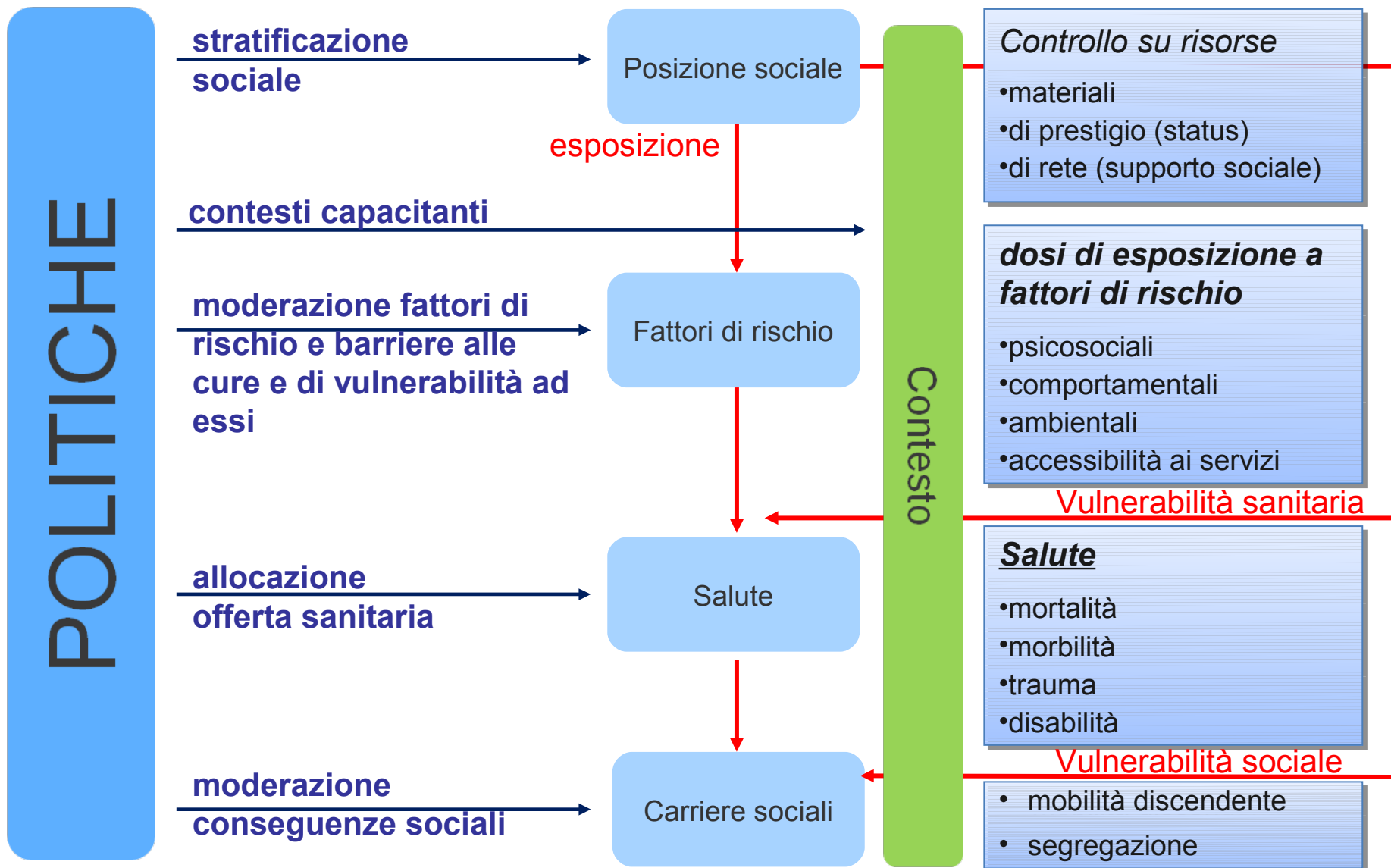
uomini



donne



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 sottoporre 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)

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

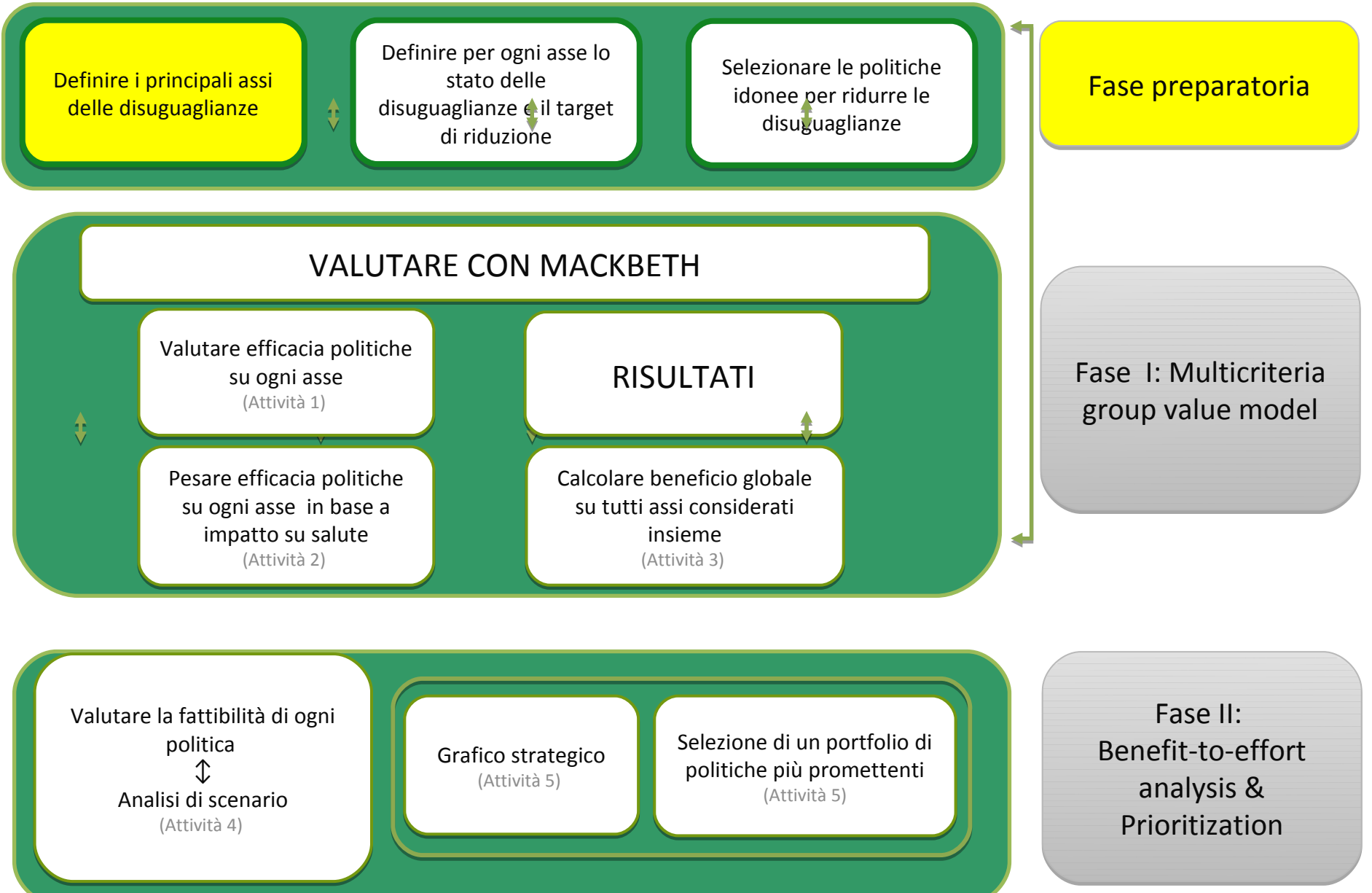
Valutare la fattibilità di ogni politica
↕
Analisi di scenario
(Attività 4)

Grafico strategico
(Attività 5)

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

Fase II:
Benefit-to-effort analysis & Prioritization

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

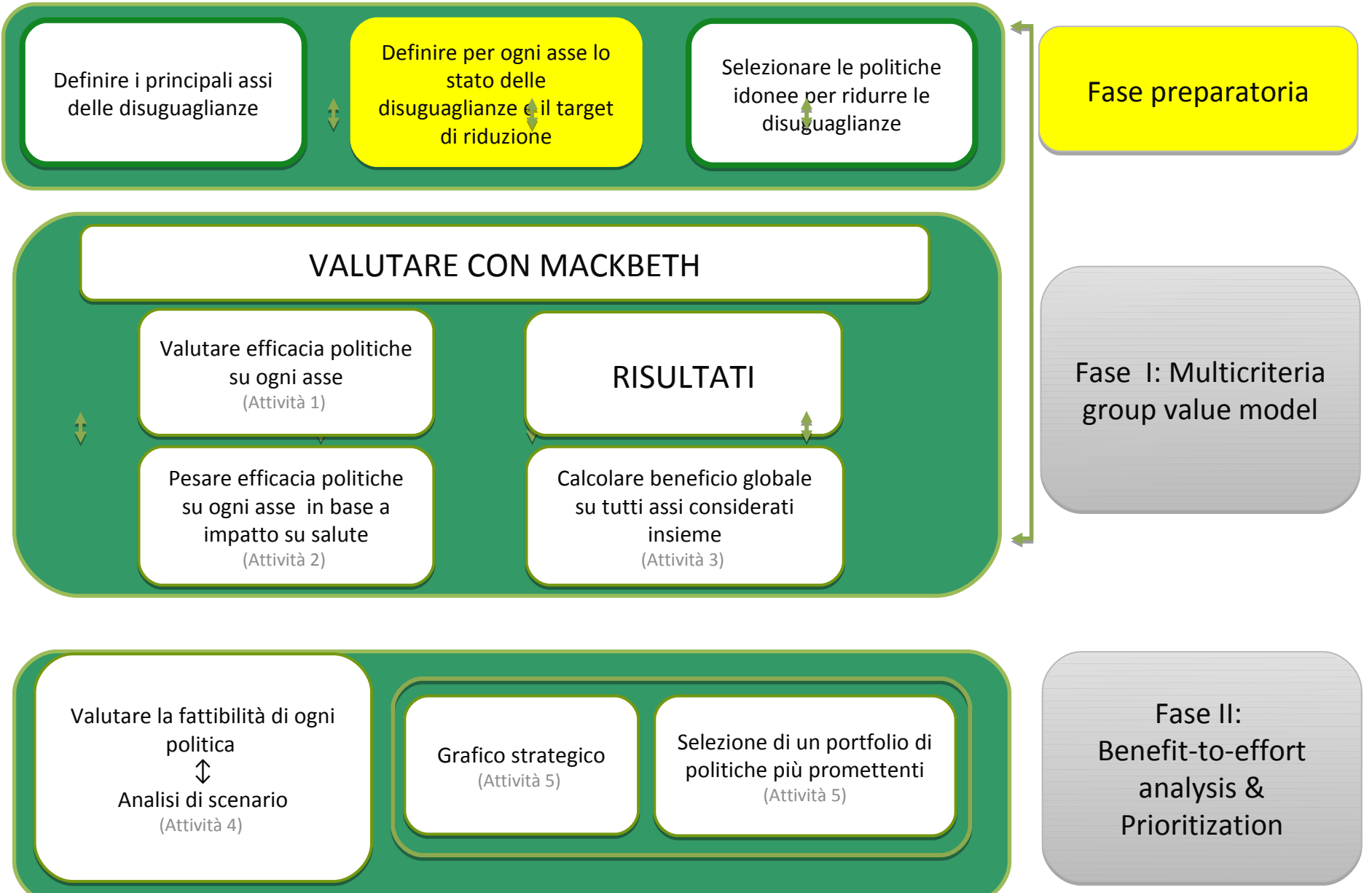
Avere una adeguata rete
famigliare

Livello areale (dove stai)

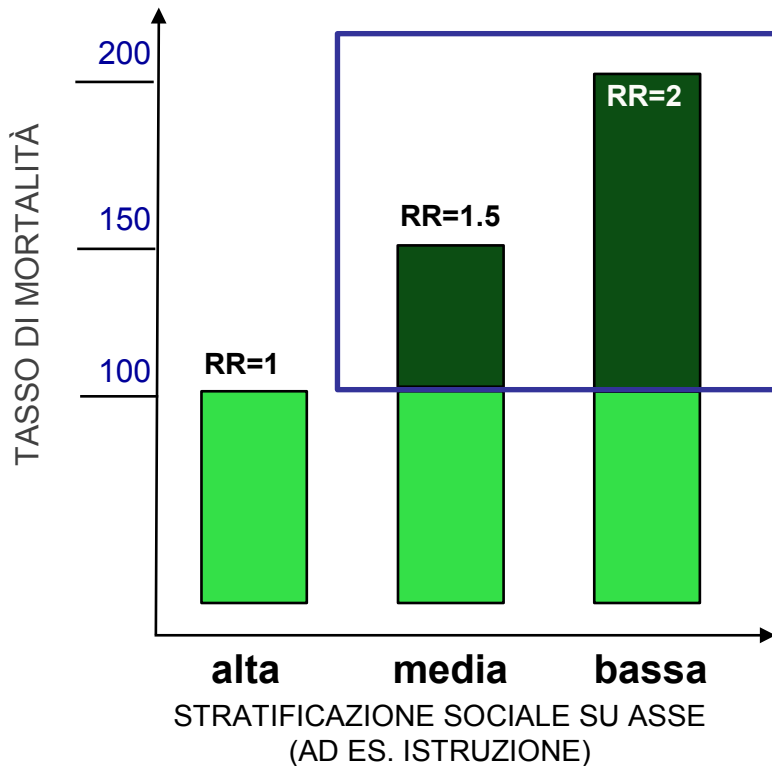
Vivere in un adeguato ambiente
costruito (accessibilità, mix
funzionale, densità)

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 SLI, 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.

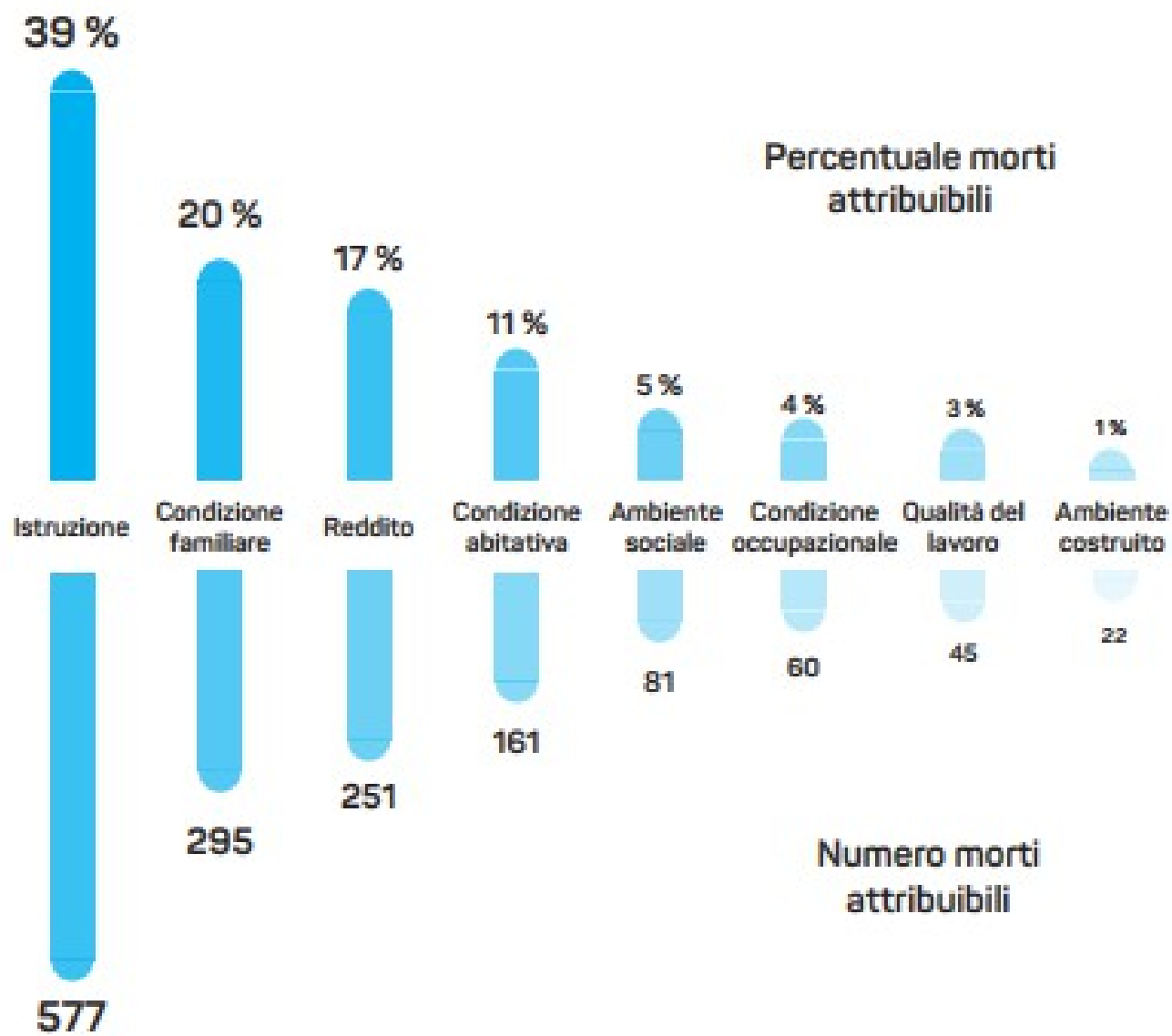
Ad eccezione della condizione occupazionale (aggiustata solo per sesso ed età) e la qualità del lavoro (aggiustata per sesso, età e livello d'istruzione), quest'ultima stimata soltanto per la sub-popolazione degli “occupati”.

“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)
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

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

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

Nulla

Molto debole

Debole

Moderato

Forte

Molto forte

Estremo

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

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...”

Politiche di intervento

Politiche per la qualità del lavoro e delle organizzazioni

Promozione della qualità nel lavoro

Conciliazione e servizi territoriali, orari e accessibilità

Alternanza scuola - lavoro

Do-ability

Debole

Forte

Moderato

Politiche per l'integrazione nell'occupazione

Gestione di incontro domanda - offerta e servizi per il lavoro

Orientamento

Formazione professionale

Forte

Forte

Debole

Politiche di protezione sociale ed empowerment

Sostegno al reddito

Risposta alla domanda sociale di abitazioni

Integrazione sociali per l'integrazione dei migranti

Sostegno di comunità per donne e minori

Strategie di inclusione attiva e promozione di comunità

Debole

Debole

Debole

Forte

Moderato

Politiche per l'istruzione e la promozione culturale

Contrasto all'abbandono scolastico e di integrazione nell'istruzione

Promozione della crescita socio-culturale dei giovani

Politiche di supporto economico allo studio

Forte

Forte

Moderato

Politiche per la qualità dell'ambiente di vita

Riduzione dell'inquinamento e aumento salubrità

Miglioramento delle aree verdi

Riqualificazione spazi abbandonati

Moderato

Moderato

Moderato

Politiche per la salute e l'integrazione sociale

Servizi e residenze per anziani non autosufficienti

Promozione della domiciliarità

Inserimento socio-lavorativi sostenuti ed eventualmente protetti

Forte

Moderato

Forte

Politiche sanitarie

Promuovere stili di vita salubri

Promozione di salute mentale

Riduzione delle barriere di accesso alle cure di qualità

Debole

Debole

Debole

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

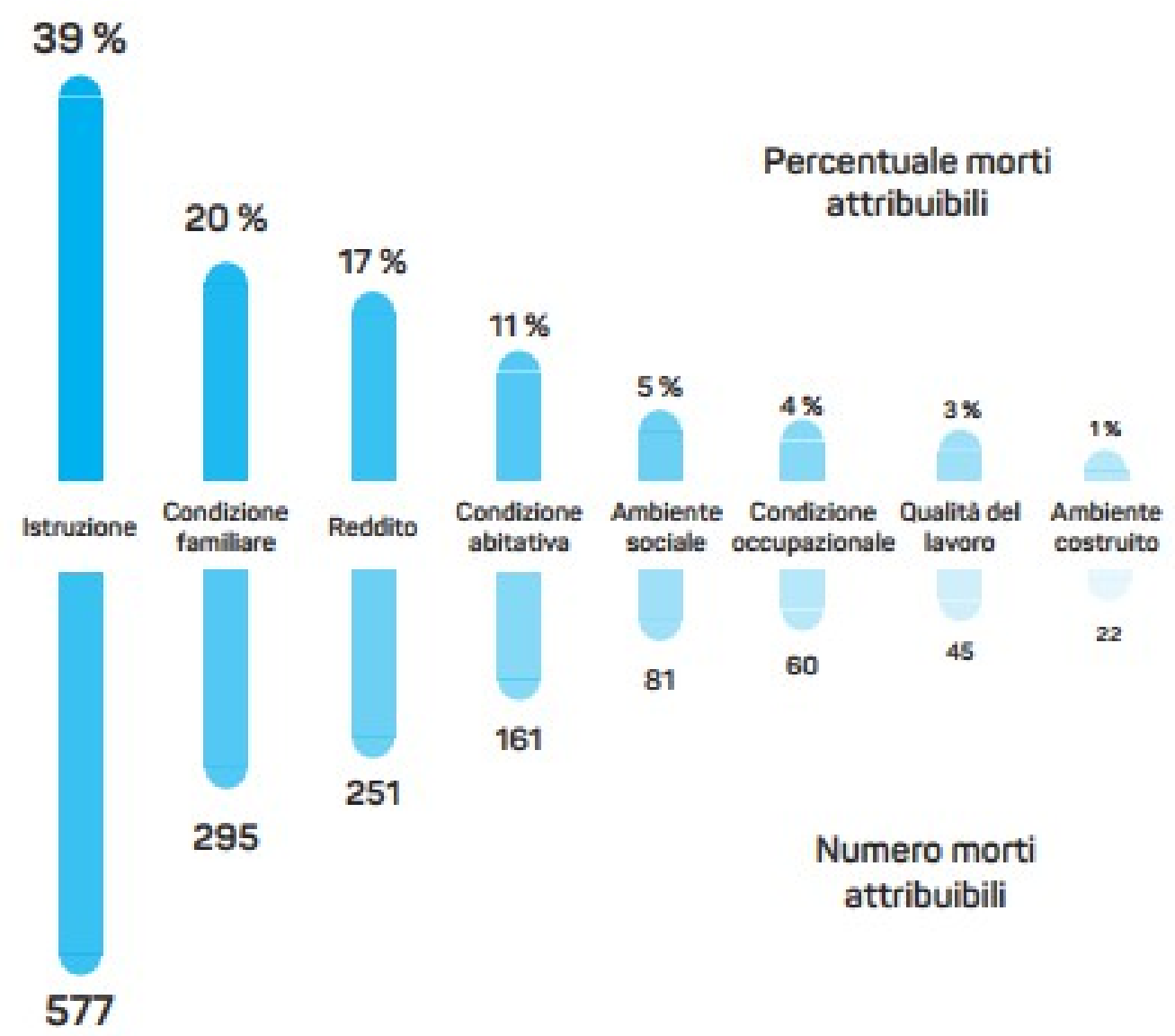
Valutare la fattibilità di ogni politica
↕
Analisi di scenario
(Attività 4)

Grafico strategico
(Attività 5)

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

Fase II:
Benefit-to-effort analysis & Prioritization

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
- Molto forte
- Forte
- Moderato
- Debole
- Molto 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)

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

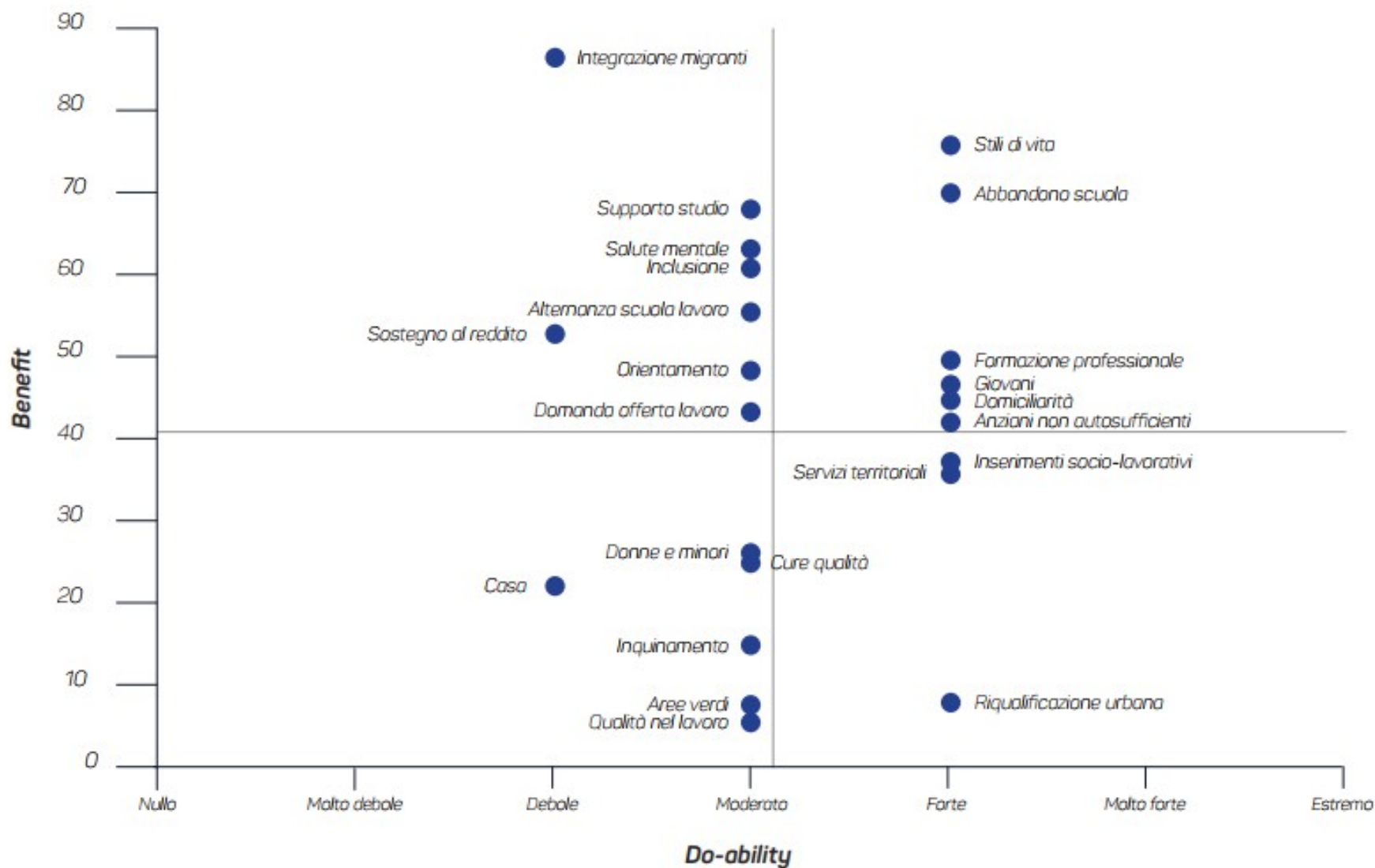
BENEFIT-TO-EFFORT ANALYSIS

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)

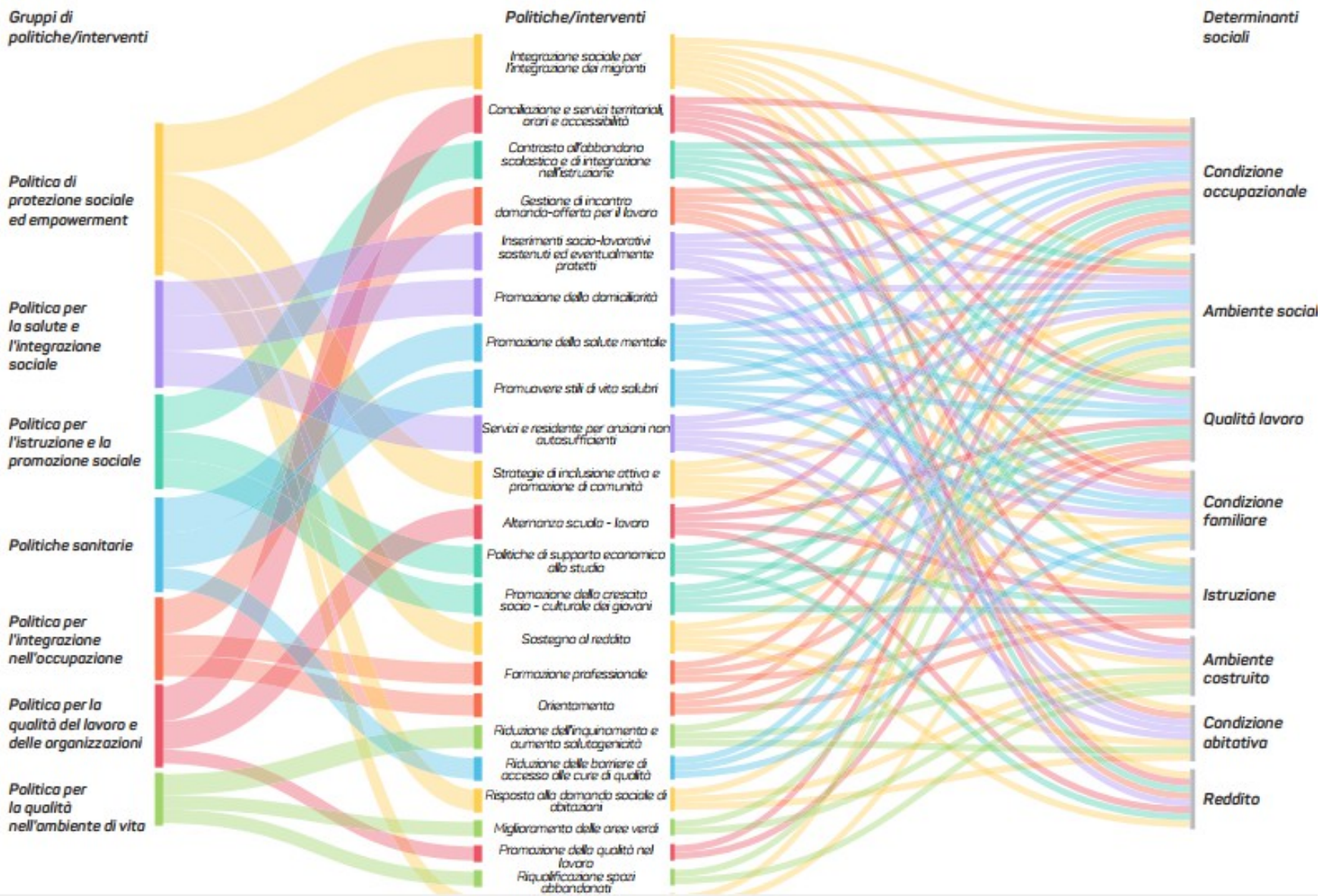
Grafico strategico
(Attività 5)

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 attribuibili 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 %

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/>

Studio Longitudinale Torinese (SLT)

Torino: circa 900000 abitanti

record di SLT per 2,391,833

persone residenti a Torino tra il 1971 e il
2015



record-linkage individuale tra:

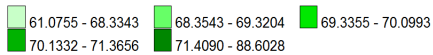
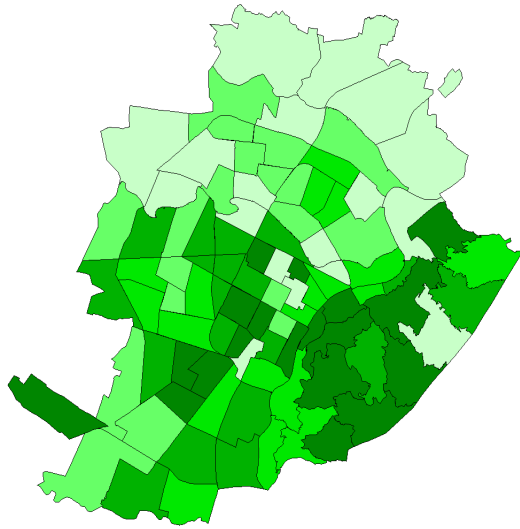
Informazione socioeconomica

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

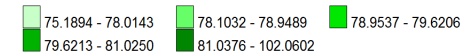
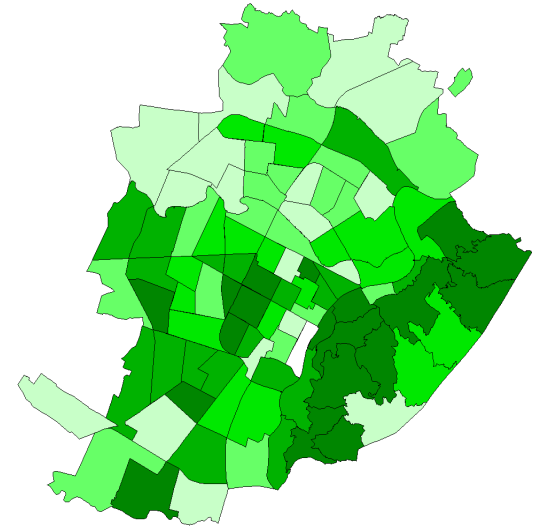
Esiti di salute

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)

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

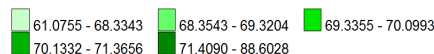
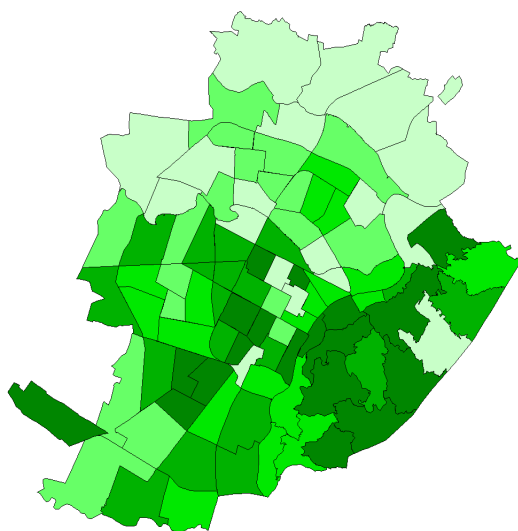


**ANNI
1970**

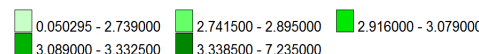
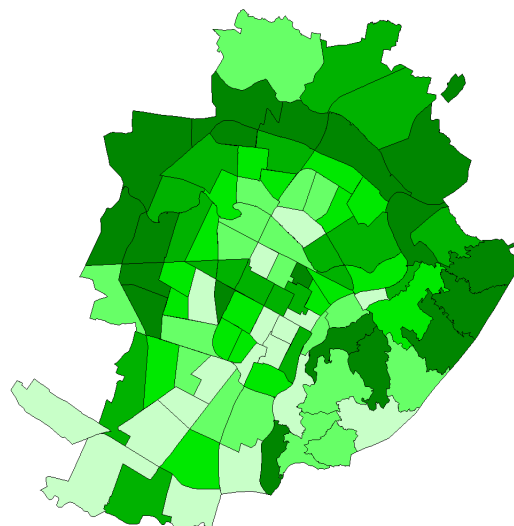


**ANNI
2010**

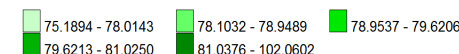
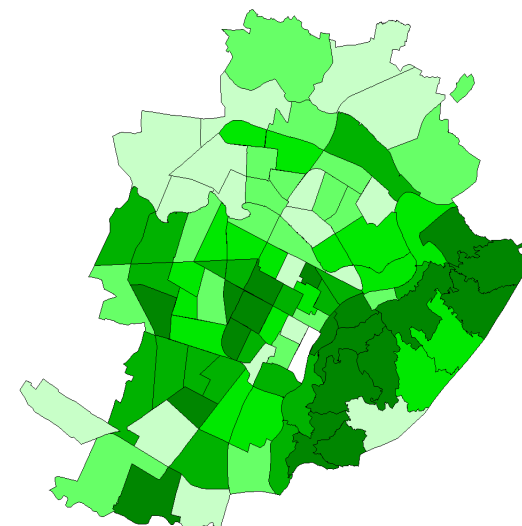
MA DOVE I MIGLIORAMENTI DI SPERANZA DI VITA SONO STATI PIU' INTENSI NELLE AREE GEOGRAFICHE PIU' SVANTAGGIATE: UNA STORIA DI SUCCESSO CHE INCORAGGIA GLI STAKEHOLDER AD ANDARE AVANTI



**ANNI
1970**



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



**ANNI
2010**