

Health Equity Audit nel PNP in risposta ai cambiamenti climatici

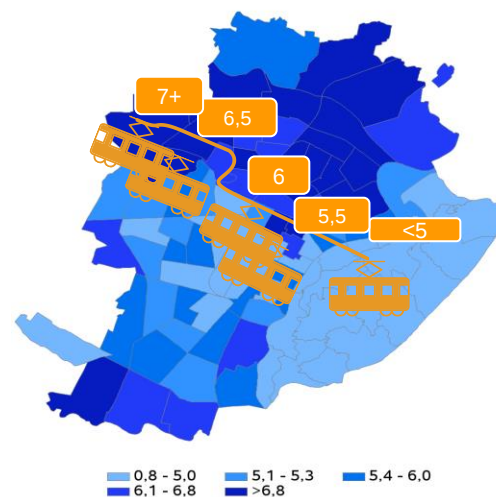
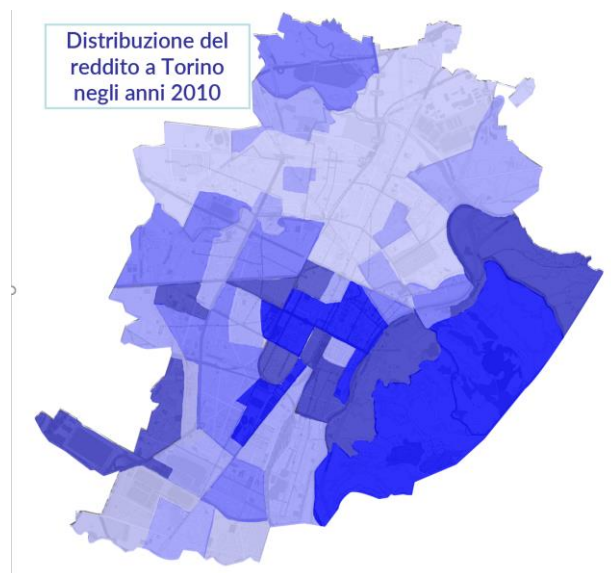
Giuseppe Costa



TORINO: LE DISUGUAGLIANZE DI SALUTE CHE INTERPELLANO LA COMUNITA' LOCALE

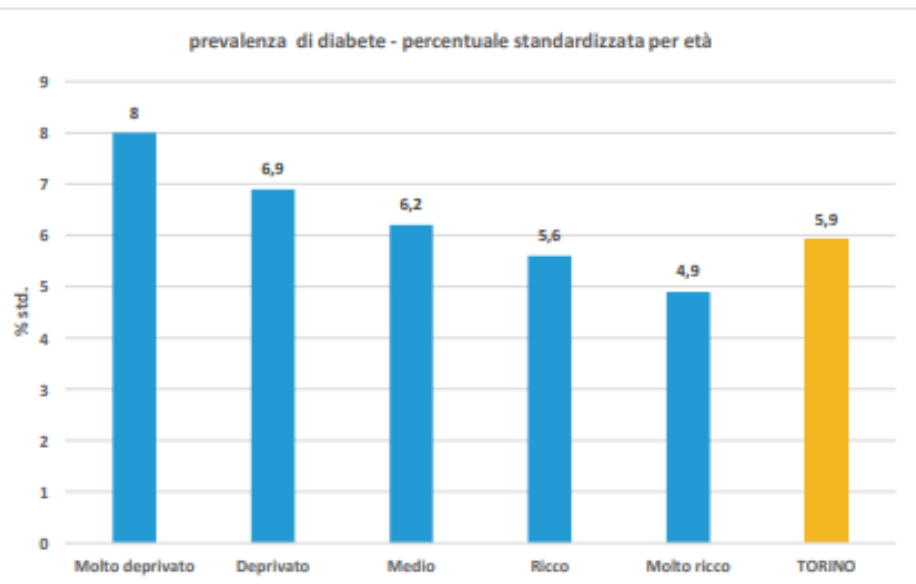


Prevalenza di diabete Torino 2017, standardizzato per età

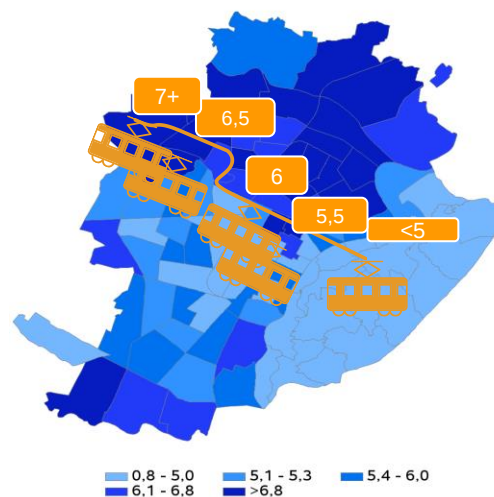




TORINO: LE DISUGUAGLIANZE DI SALUTE CHE INTERPELLANO LA COMUNITA' LOCALE



Prevalenza di diabete Torino 2017, standardizzato per età

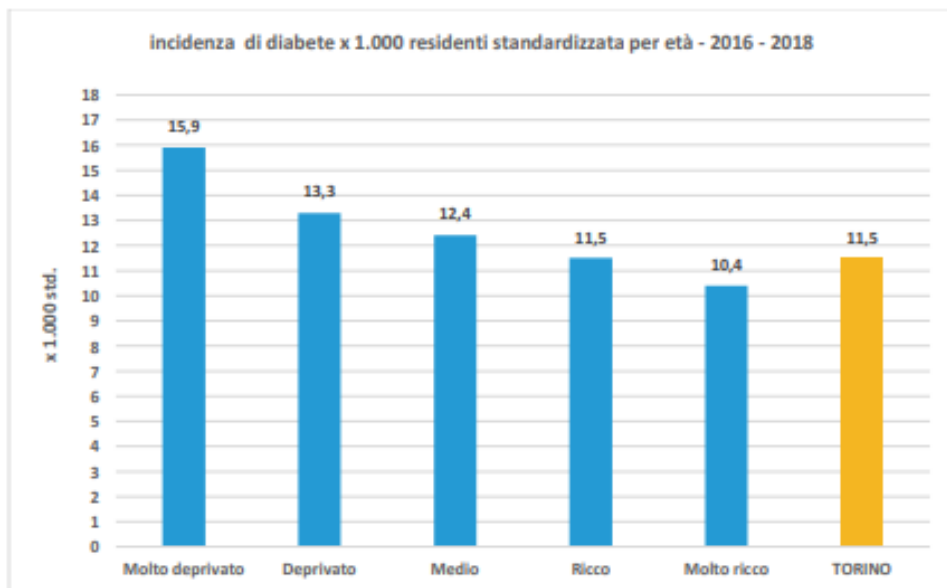


Titolo di studio

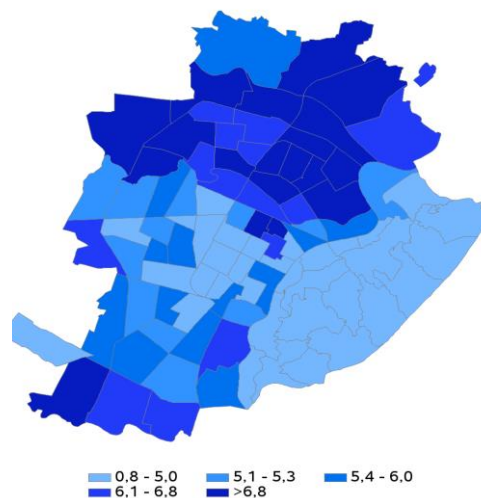
Alto	4,5
Medio	6,5
Basso	13



E' COLPA DI COME CI SI AMMALA?



Incidenza ‰ di diabete nel periodo 2016-2018, standardizzata per età



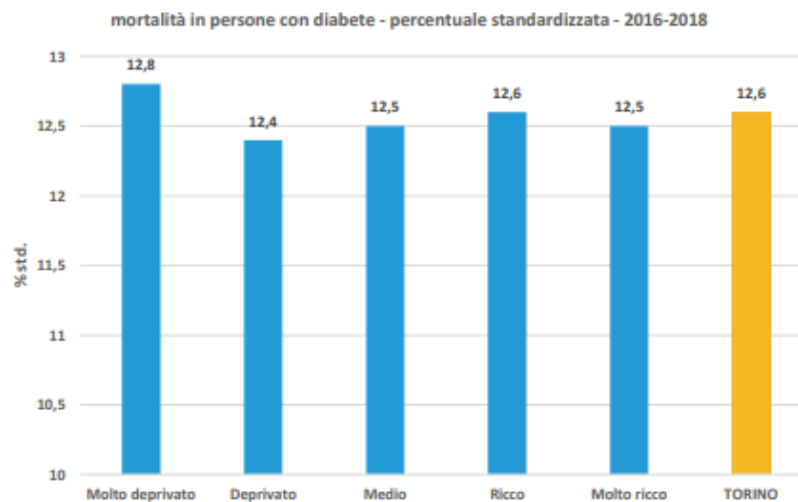
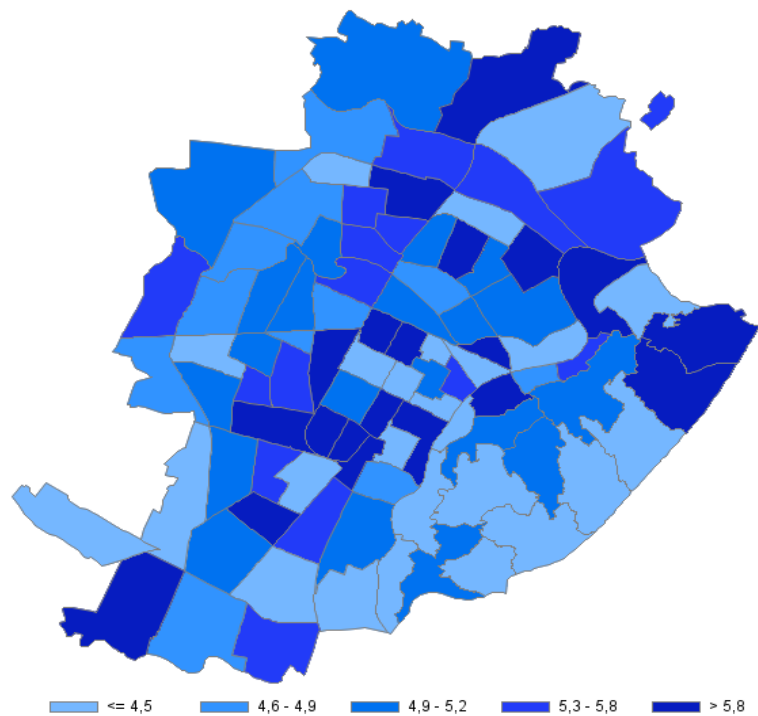
Titolo di studio

Alto	8,8
Medio	11,9
Basso	15,6



O DI COME SI VIENE TRATTATI?

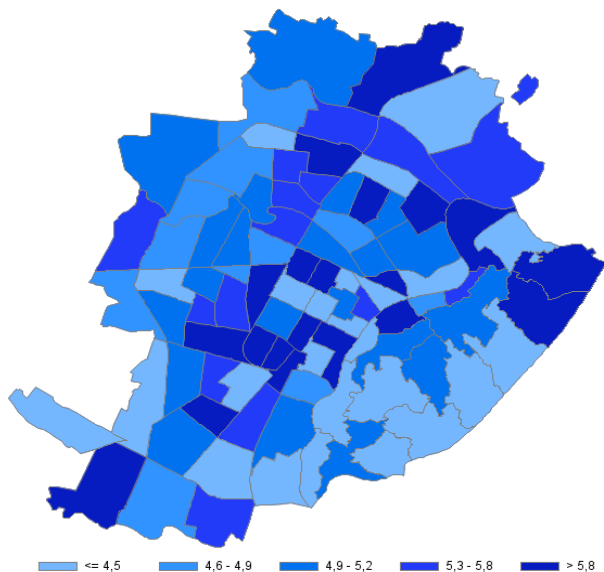
Letalità % nei diabetici nel periodo 2016-2018, standardizzata per età



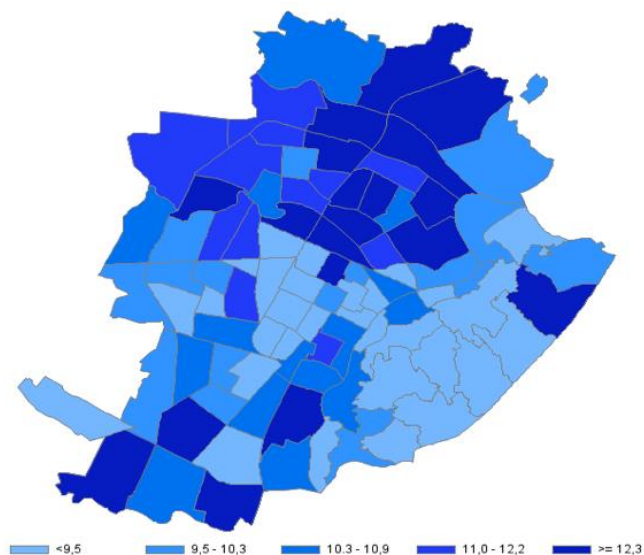


DISUGUAGLIANZE PIÙ IN COME CI SI AMMALA CHE IN COME SI CURA LA MALATTIA

Letalità % nei diabetici nel periodo
2016-2018, standardizzata per età



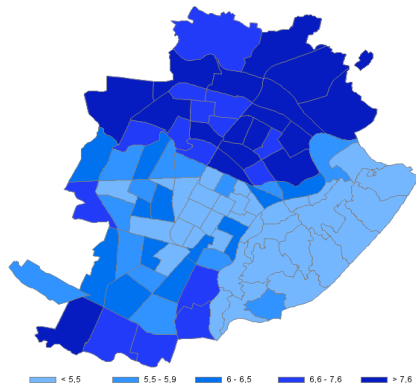
Incidenza ‰ di diabete nel periodo
2016-2018, standardizzata per età



NON SOLO DIABETE...

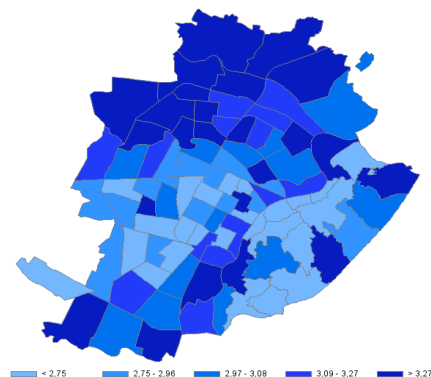


Prevalenza di diabete standardizzata per genere ed età, 2019 - Zone statistiche Torino



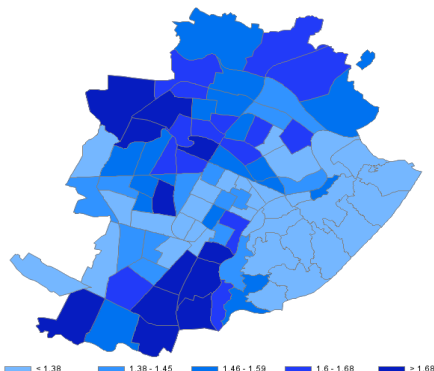
diabete

Prevalenza di cardiopatia ischemica standardizzata per genere ed età, 2019 - Zone statistiche Torino



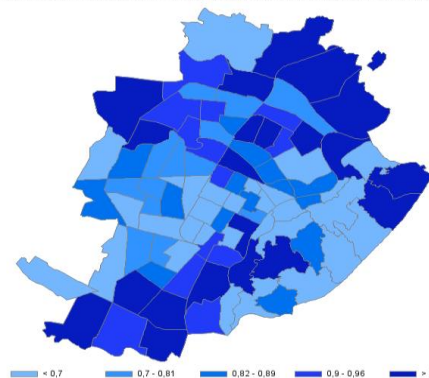
infarto

Prevalenza di vasculopatia cerebrale standardizzata per genere ed età, 2019 - Zone statistiche Torino



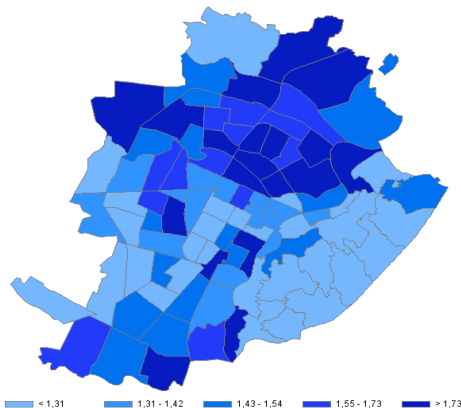
ictus

Prevalenza di scompenso cardiaco standardizzata per genere ed età, 2019 - Zone statistiche Torino



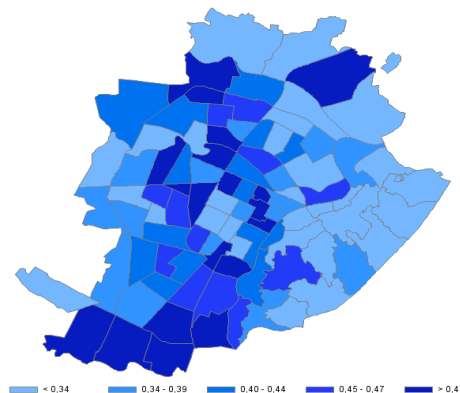
scompenso

Prevalenza di BPCO standardizzata per genere ed età, 2019 - Zone statistiche Torino



BPCO

Prevalenza di demenza standardizzata per genere ed età, 2019 - Zone statistiche Torino



demenza



3RD PHASE: Oct 2019- still in progress

NEIGHBORHOOD LEVEL

2 communities of practice



Co-creation

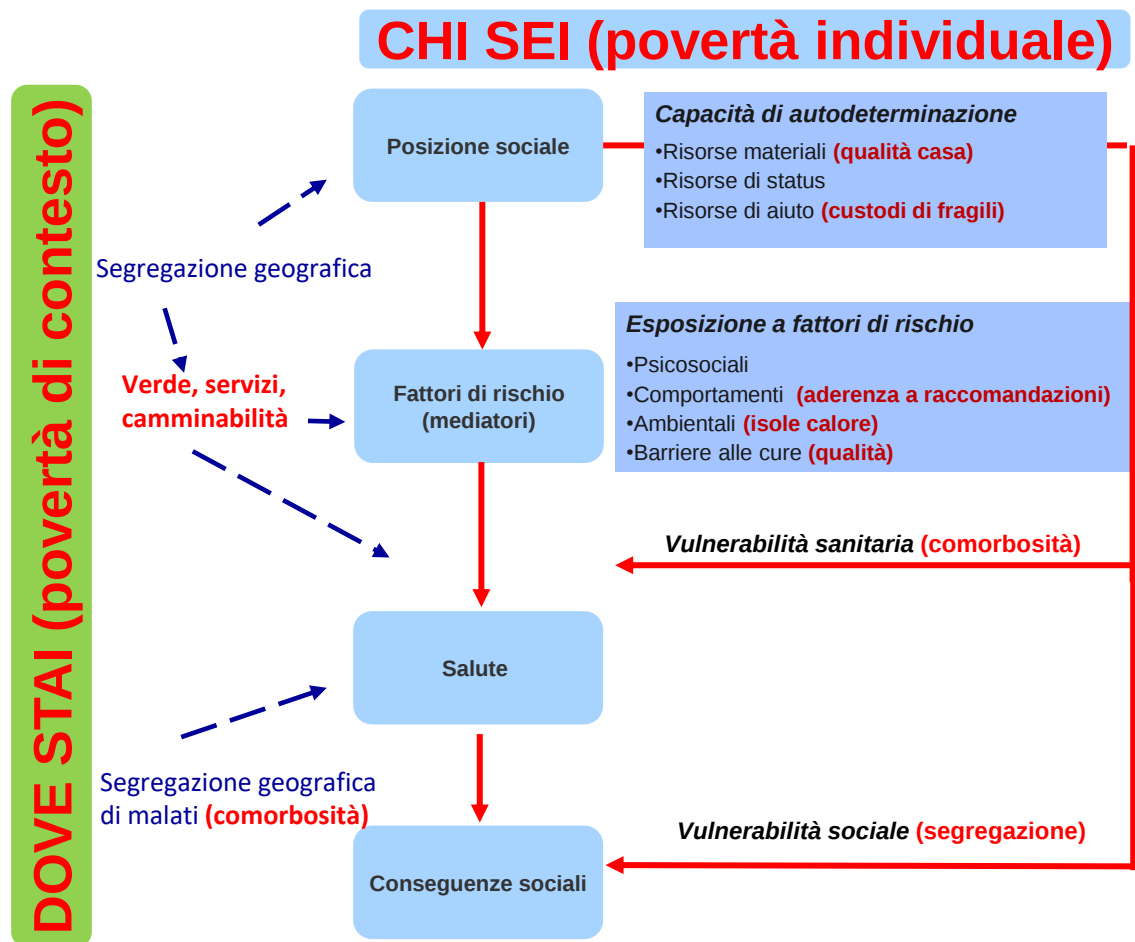
- Local actors
- City actions to enable local actors

Policy / Intervention	Global score
Social integration of migrants	86
Healthy lifestyles programs	75
Ensuring informed choice and empowerment	73
Economic supports for education	72
Providing mental health	71
Active inclusion and community/participation strategies	70
Work structuring	69
Income support	68
Structural training	67
Business/Industrial and social capital	66
Promoting the social capital growth/development	65
Work permit participation	64
Self-employment and employment services	63
Services and institutions for self-start, self-employment skills/people self-employment, supported in partnership with market	62
Work, life and socialization and behavioral services	61
Reducing economic barriers to quality work	60
Shelters and services for women and families	59
Responding to trafficking/slavery	58
Reduction of pollution and increased sustainability	56
Other health-related interventions	55
Improvement of gross assets	54

[illegible]

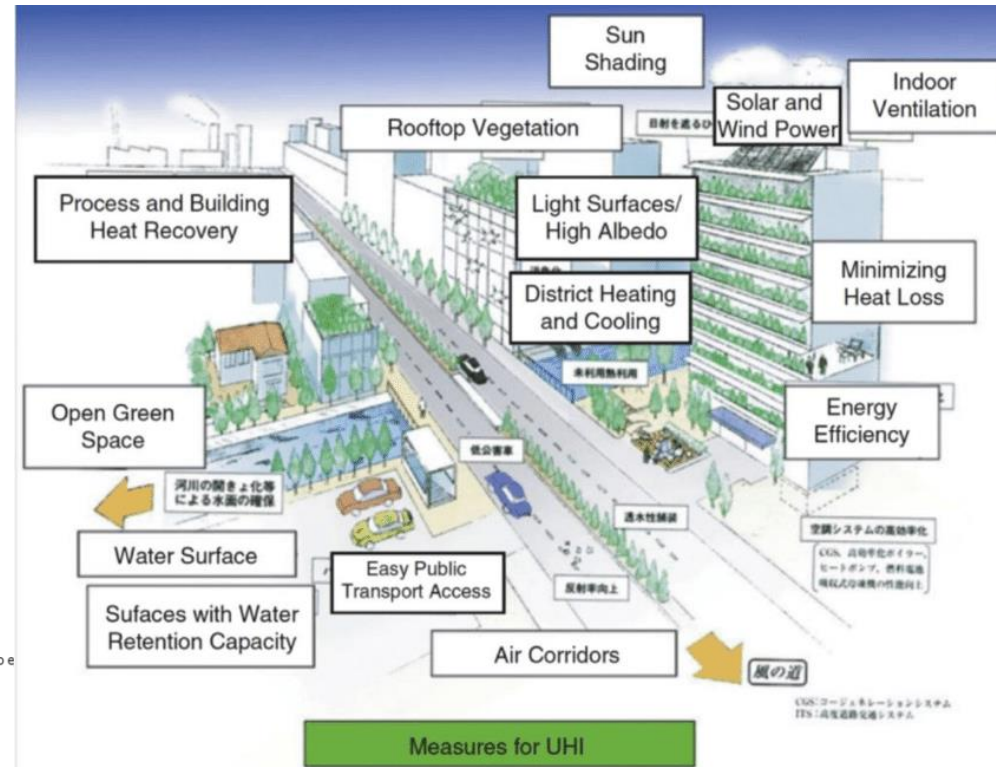
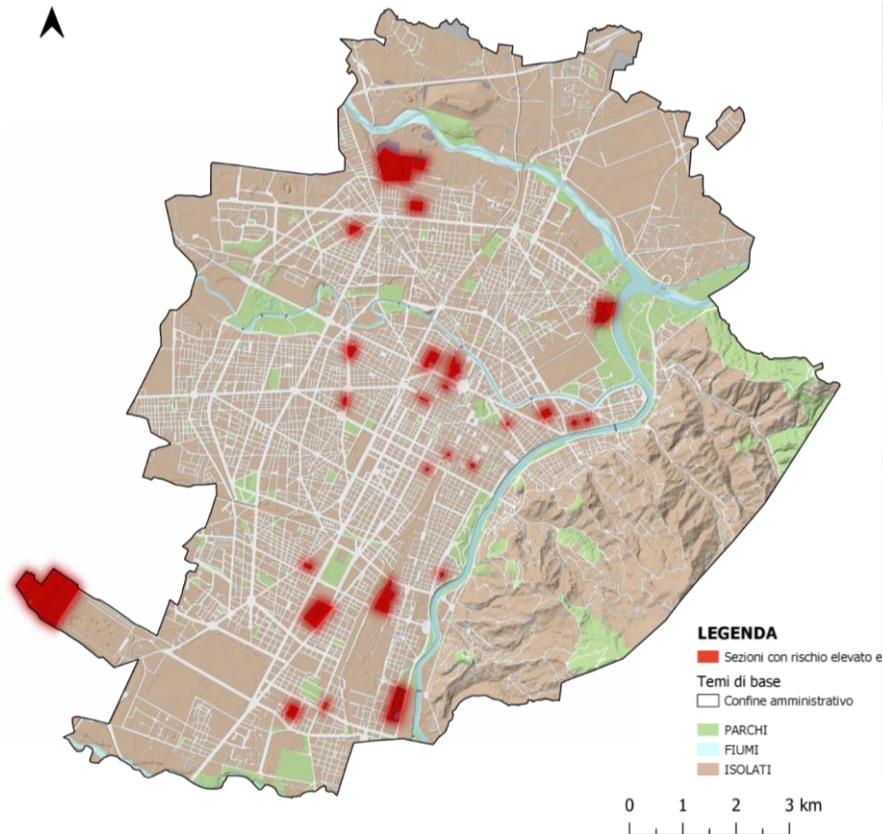
CLIM ACTIONS

POSSIBILI MECCANISMI DI IMPATTO DISUGUALE DI ONDATE DI CALORE



Modificato da Diderichsen et al. 2001

INDICE COMPOSITO DI RISCHIO DI ISOLA DI CALORE A TORINO (ESPOSIZIONE, VULNERABILITA' E ADATTAMENTO)



Evidenza di causalità in corso di vita?

CHI SEI (povertà)

Posizione sociale

Capacità di

- Risorse mate
- Risorse di sta
- Risorse di aiu

Segregazione geografica

Quali meccanismi contano di più?

Verde, servizi
sanitari

Fattori di rischio
(mediatori)

- Psicosociali
- Comportamenti
- Ambientali (isol)
- Barriere alle cur

Vulnerabili

Salute

Segregazione geografica
differenziale (povertà)

Quali azioni hanno maggiore impatto?

Conseguenze sociali

Vulnerabilità sociale (segregazione)



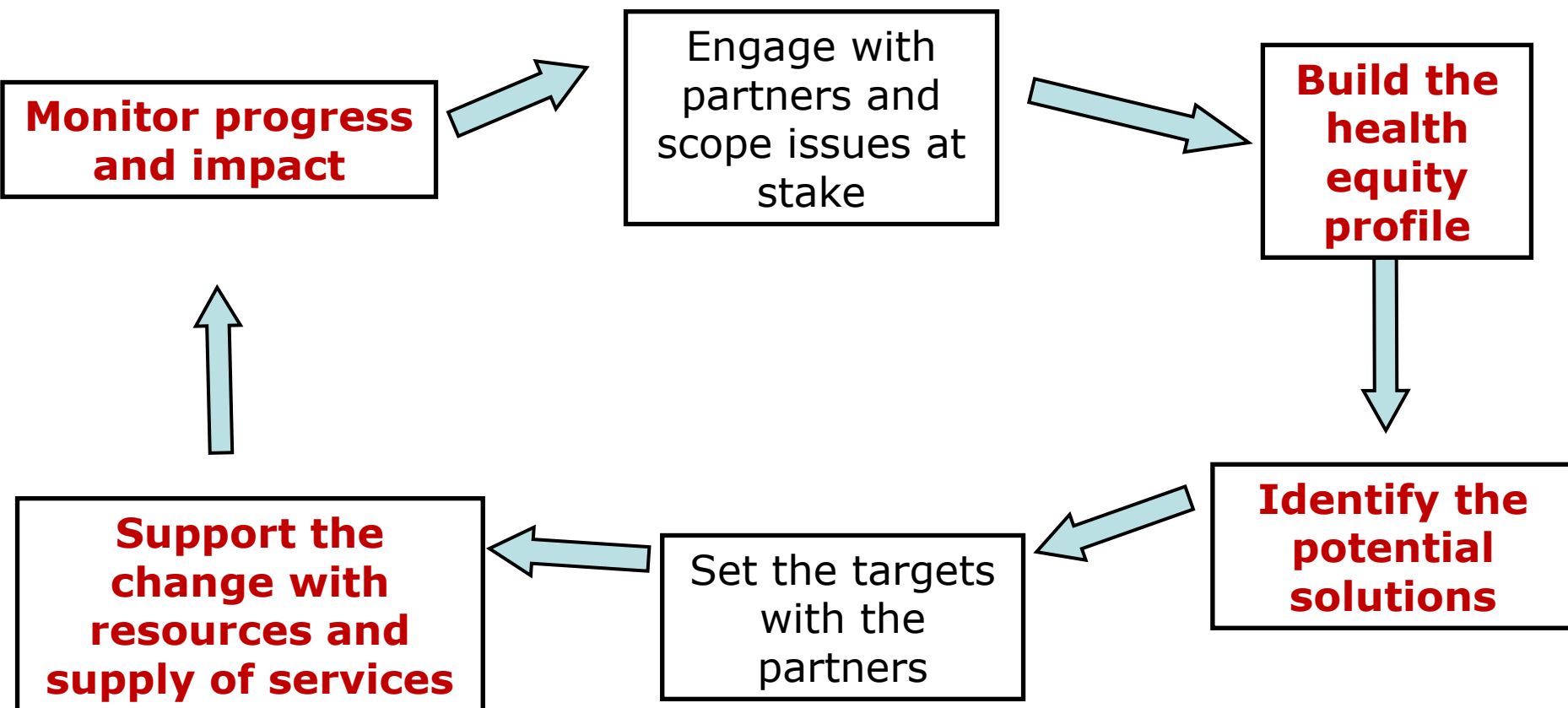
Health Inequalities Research
NEW METHODS, BETTER INSIGHTS?

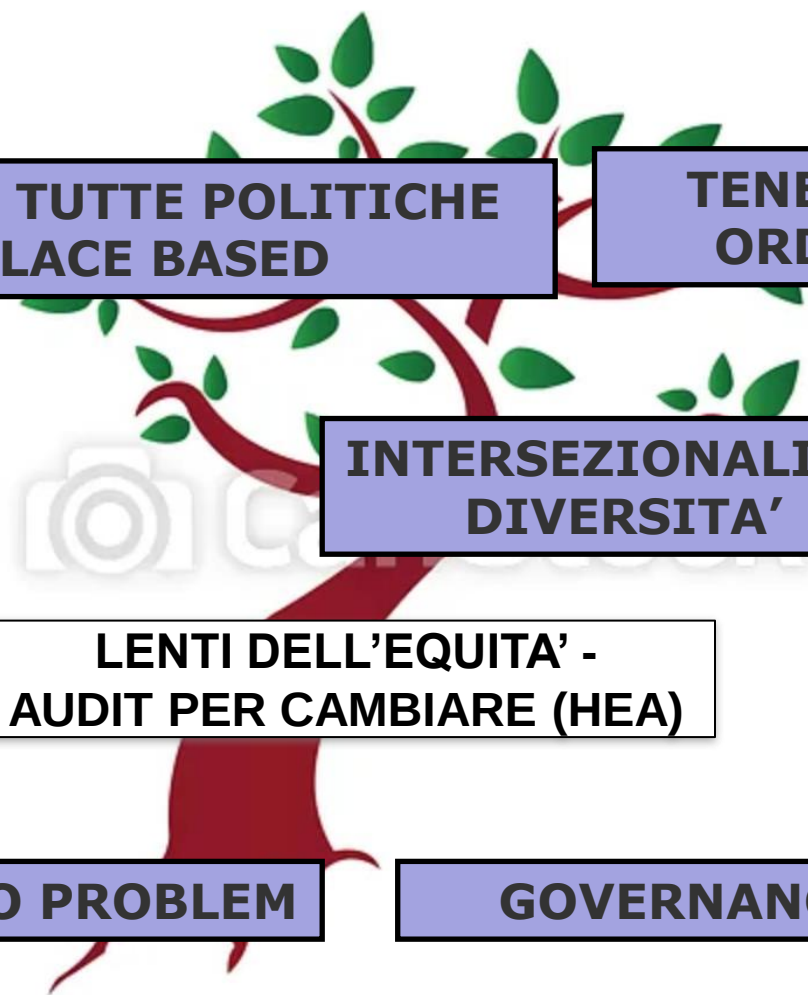
NOVEMBER 2021





COME PROSEGUIRE NEL CICLO DI HEALTH EQUITY AUDIT?





**SALUTE TUTTE POLITICHE
PLACE BASED**

**TENERE CASA IN
ORDINE (SSN)**

**INTERSEZIONALITA’
DIVERSITA’**

**LENTI DELL’EQUITA’ -
AUDIT PER CAMBIARE (HEA)**

NO DATA NO PROBLEM

GOVERNANCE

RECENTI INNOVAZIONI IN CAPACITA' DI RISPOSTA DI POLITICHE IN ITALIA

**HEA in ogni programma
di prevenzione di PNP
(PP9 su ambiente e clima)**

**HEA assistenza di SSN
accesso (NSG LEA) e qualità (PNE)**

SALUTE TUTTE POLITICHE
PLACE BASED

TENERE CASA IN
ORDINE (SSN)

INTERSEZIONALITA'
DIVERSITA'

LENTI DELL'EQUITA'
AUDIT PER CAMBIARE

**HEA sempre e
ovunque possibile**

NO DATA NO PROBLEM

GOVERNANCE

**Variabili di stratificazione
sociale in NSIS
(interconnessione)**

**Rendere esigibile HEA
(requisito valutativo)**

APPROCCI DI HEA UTILIZZATI NEI PRP E LIVELLO DI ADESIONE A INDIRIZZI NAZIONALI (REVISIONE CURATA DA SILVESTRINI E PALESTINI, REGIONE EMILIA ROMAGNA).

Sei dimensioni indagate:

- **il PRP prevede una specifica *governance* per l'equità? (12 PRP)**
- **vi è coerenza tra profilo di equità e azioni Equity Oriented EO scelte? (12 PRP buona, 5 parziale)**
- **azioni EO su target o di contesto? (17 PRP di contesto a volte generiche, 6 PRP con target)**
- **approccio universalistico (proporzionato) o selettivo? (universalistico prevalente, 6 proporzionato)**
- **varietà di stratificazione sociale e di indicatori (10 PRP con stratificazione ricca, 5 PRP con indicatori di esito)**
- **ricchezza di coinvolgimento di attori (prevalentemente sanitari)**

E IL PP9 su ambiente clima e salute?

LA METRICA DELLA SALUTE DISUGUALE (BISOGNO/RISCHIO, ACCESSO/ESITO)

- aiuta ad ingaggiare gli stakeholder
- stimola ricerca di meccanismi
- che sono in capo a responsabilità...
- ...multisetoriali e multilivello
- che sono punti di ingresso di risposte
- da cui ci si aspetta impatto...
- ...stimabile (traguardi e target)...
- ...criterio di valutazione (esigibilità)

INSERIRE IN GOVERNANCE (DA AMBIENTE A CASA DI COMUNITA'???)

- Da HEA del PRP (PP9)
- A HEA di Casa della Comunità
- Obiettivi DG e Direttore Distretto
- Esempio obiettivi a breve
 - Almeno tre allarmi (rischio, accesso, qualità) da investigare in modo partecipato
 - Almeno un progetto di cambiamento
 - Con almeno una leva di PNRR

SI FA INSIEME: CREAZIONE CAPITALE SOCIALE

- professionisti e stakeholder
- processo di ricerca-azione
- interpretazione-progettazione - cambiamento
- mirato a valore (più salute per persona e contesto)
- da monitorare e rendicontare
- **CON UNA METRICA DI EMPOWERMENT**
 - griglia capitale sociale (Fiducia, Aiuto, Emozione positiva)
 - griglia rete/integrazione su casi (Scambio informazioni su utente, Cooperazione su progetto su utente)
 - griglia potere aggregativo di luogo (casa di comunità, portineria di comunità...)

Un'agenda per la rete delle città che intendono seguire i principi della Marmot Review

- Mettere a **fattore comune**
 - La metrica di salute disuguale (vedi rete di studi longitudinali metropolitani)
 - La metrica di empowerment di comunità (vedi progetti di Integrated Community Care)
- Sfruttare **finestre di opportunità**
 - Progetti PNC su aria e su clima
 - Nuove Joint Action (Prevention in NCD e JACARDI) per assistenza tecnica
 - Nuovo sistema informativo di Case della Comunità (AgeNaS e Ministero, in fieri)
 - Partnerships disponibili come Health Cities (Manager), WHO Healthy Cities/Regions for Health, Cities Changing Diabets, ANCI

Per saperne di più su Torino

CITIES & HEALTH
<https://doi.org/10.1080/23748834.2021.1886543>

 **Routledge**
Taylor & Francis Group

ORIGINAL SCHOLARSHIP



Focusing urban policies on health equity: the role of evidence in stakeholder engagement in an Italian urban setting

Nicolás Zengarini^a, Silvia Pilutti^b, Michele Marra^c, Alice Scavarda^{d,e}, Morena Stroschia^f, Roberto Di Monaco^d, Franca Beccaria^e and Giuseppe Costa^{a,f}

^aEpidemiology Unit, Regional Health Service ASL TO3, Turin, Italy; ^bProspettive Ricerca Socio-Economica S.A.S., Turin, Italy; ^cWHO European Office for Investment for Health and Development, Venice, Italy; ^dDepartment of Cultures, Politics and Society, University of Turin, Italy; ^eEclectica, Institute for Research and Training, Turin, Italy; ^fDepartment of Clinical and Biological Sciences, University of Turin, Italy

ABSTRACT

Health equity in All Policies requires decision makers to face the health impact of their decisions and its distribution among different population groups. Since the evidence policy gap often prevents them from using the evidence provided by experts, appropriate mechanisms of governance are needed to overcome this barrier. In Turin (Italy, pop. 900,000) a community of experts, policymakers and stakeholders was engaged in a participatory evidence-based decision-making process to raise awareness and foster intersectoral actions to tackle social health inequalities. This health equity assessment of urban policymaking was based on the action-research model and moved through three steps: i) co-investigation into the mechanisms responsible for generating health inequalities, ii) co-decision of priorities, iii) co-creation and implementation of actions. The two-years process was continuously fed with new evidence from the Turin Longitudinal Study, linking health, resident and socioeconomic stories of individuals and families. Overall, the equity lens is an effective criterion to identify potential health gains as achievable targets for policymaking, a useful metric for comparative analysis of the impact of different policies and a mean to foster stakeholder' to cooperate. The case-study shows that a systematic cooperative effort with stakeholders is needed to ensure effectiveness and participation in change and innovation.

ARTICLE HISTORY

Received 23 September 2020
Accepted 2 February 2021

KEYWORDS

Stakeholder; engagement; policymaking; evidence; health inequalities; urban health

Per saperne di più

www.disuguaglianzedisalute.it



Disuguaglianze di salute

Ridurre le disuguaglianze con azioni
di contrasto sui determinanti sociali

Elaborazioni inedite di dati dello Studio Longitudinale Torinese e Piemontese a cura di Giuseppe Costa, Tania Landriscina, Roberta Picariello, Roberto Gnani, Teresa Spadea, Nicolas Zengarini. Servizio Epidemiologia ASL TO3 Piemonte

Piattaforma di decisori e stakeholder locali dei Tavoli di regia di Distretto e Casa di Comunità (PLP e PLC), AASSLL Città di Torino e TO3

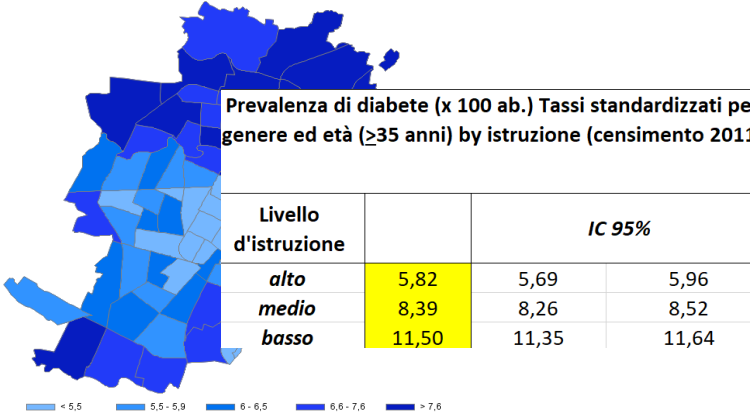
Primi esperimenti piemontesi di HEA nei tavoli intersettoriali di Distretto per la progettazione di Case della Comunità

INDICATORI BISOGNO	0 svantaggi	1 svantaggio	2+ svantaggi
Quota% fragili	5,8	10,7	12,2

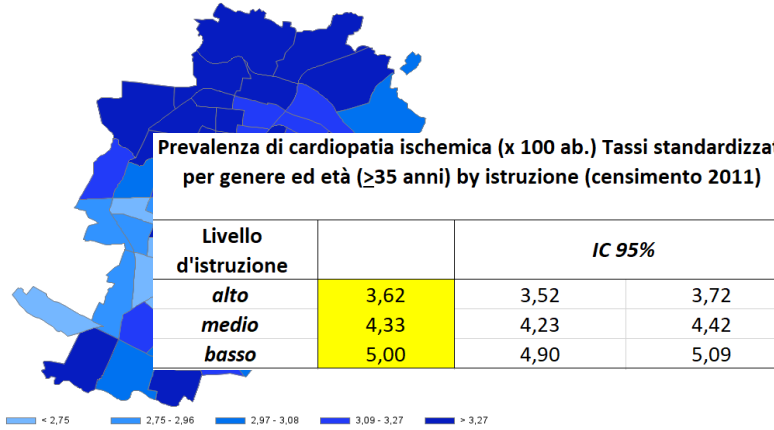
INDICATORI ACCESSO: LEA 2019 da recuperare al 2021	0 svantaggi	1 svantaggio	2+ svantaggi
Protesi ginocchio	- 10,7	-24,1	-32,1

INDICATORI QUALITÀ	0 svantaggi	1 svantaggio	2+ svantaggi
STEMI: PTCA in90'	84,6	85,2	75,3

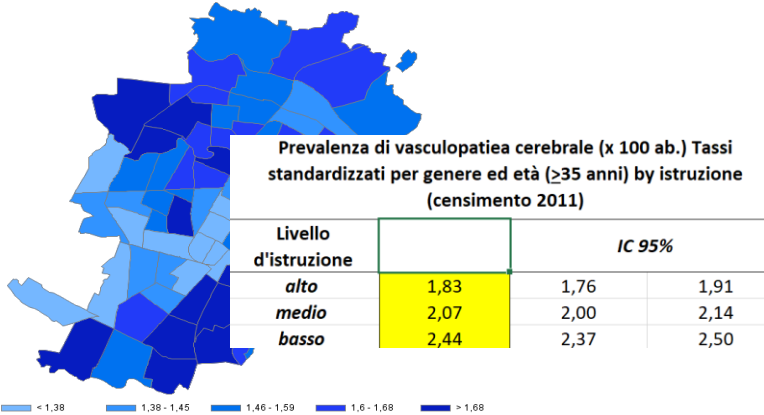
Prevalenza di diabete standardizzata per genere ed età, 2019 - Zone statistiche Torino



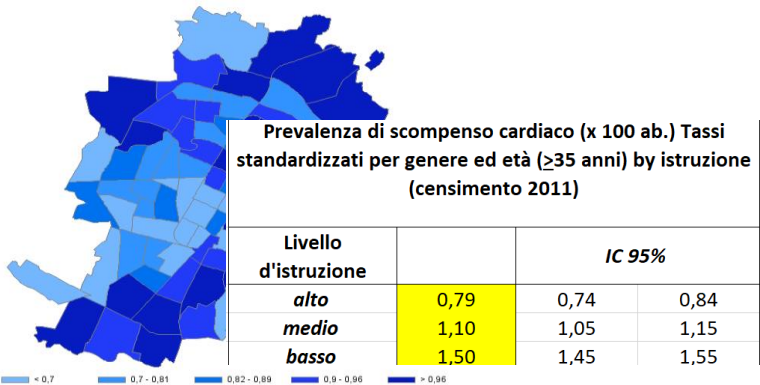
Prevalenza di cardiopatia ischemica standardizzata per genere ed età, 2019 - Zone statistiche Torino



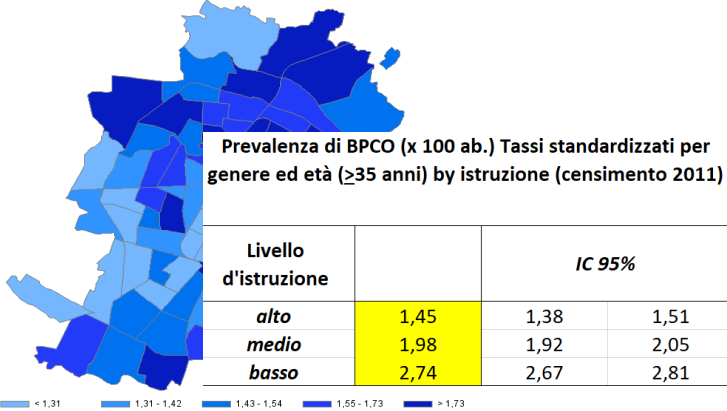
Prevalenza di vasculopatia cerebrale standardizzata per genere ed età, 2019 - Zone statistiche Torino



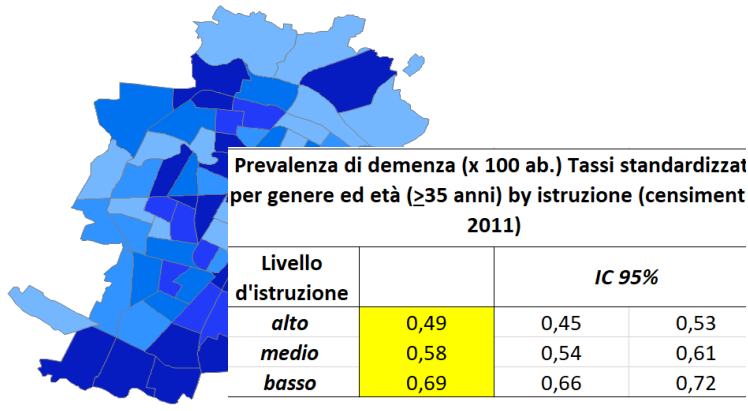
Prevalenza di scompenso cardiaco standardizzata per genere ed età, 2019 - Zone statistiche Torino



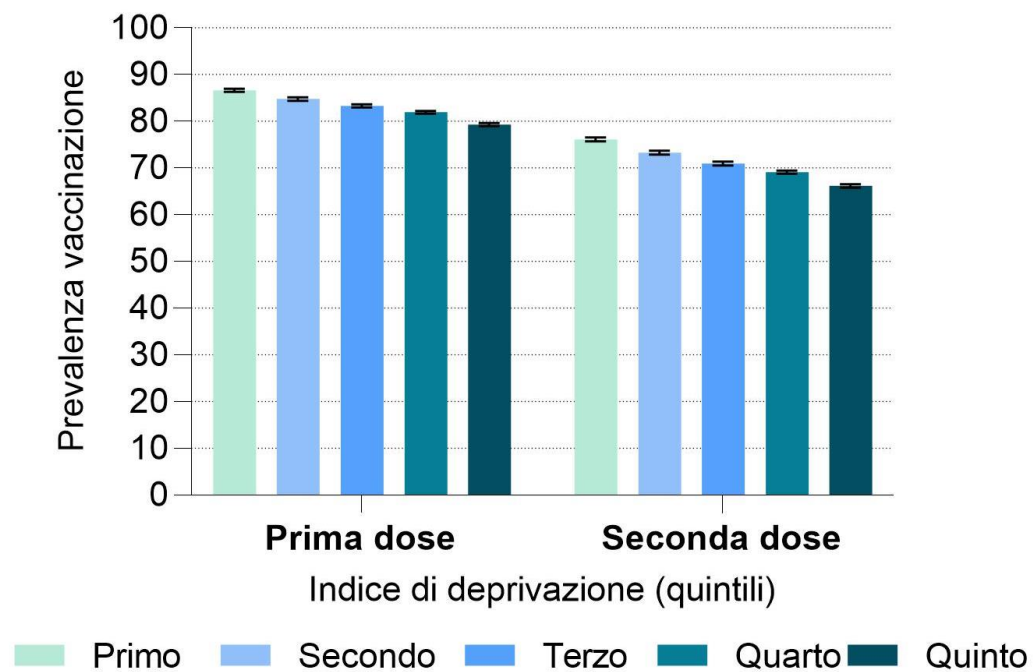
Prevalenza di BPCO standardizzata per genere ed età, 2019 - Zone statistiche Torino



Prevalenza di demenza standardizzata per genere ed età, 2019 - Zone statistiche Torino



Vaccinazioni anti-Covid-19, Torino



APPROCCI DI HEA UTILIZZATI NEI PRP E LIVELLO DI ADESIONE A INDIRIZZI NAZIONALI (REVISIONE CURATA DA SILVESTRINI E PALESTINI, REGIONE EMILIA ROMAGNA).

Sei dimensioni indagate:

- **il PRP prevede una specifica *governance* per l'equità? (12 PRP)**
- **vi è coerenza tra profilo di equità e azioni Equity Oriented EO scelte? (12 PRP buona, 5 parziale)**
- **azioni su target o di contesto? (17 PRP di contesto a volte generiche, 6 PRP con target)**
- **approccio universalistico (proporzionato) o selettivo? (universalistico prevalente, 6 proporzionato)**
- **varietà di stratificazione sociale e di indicatori (10 PRP con stratificazione ricca, 5 PRP con indicatori di esito)**
- **ricchezza di coinvolgimento di attori (prevalentemente sanitari)**