

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?**

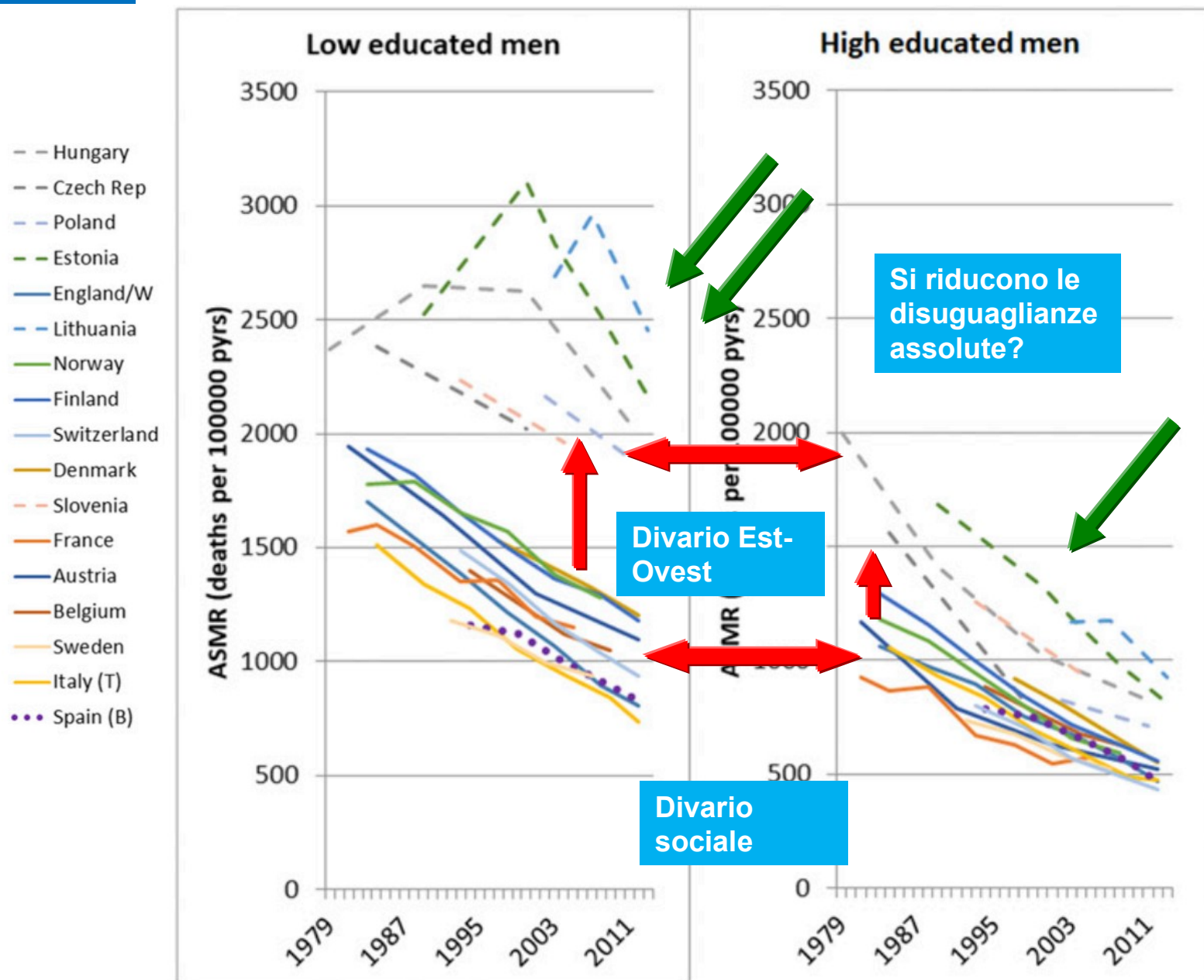
Giuseppe Costa,

Osservatorio epidemiologico Regione Piemonte, Università di Torino

Gruppo di lavoro: Roberto Dimonaco, Nicolás Zengarini,

Morena Stroscia, Silvia Pilutti, Annalisa Magone

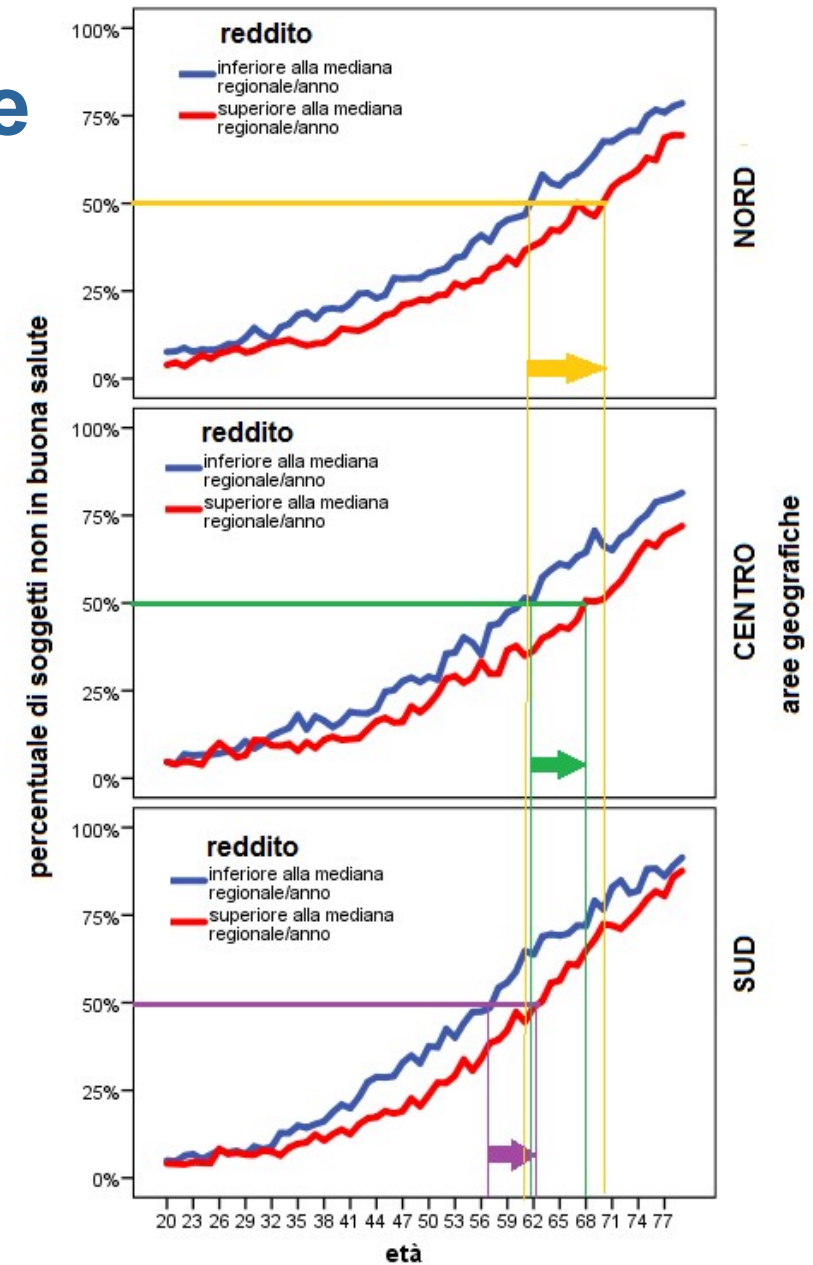
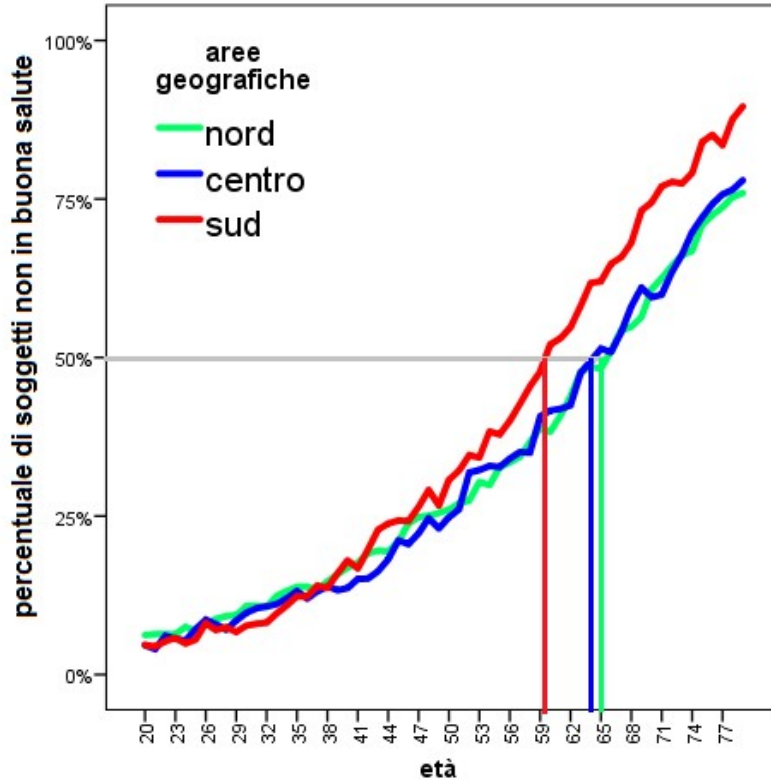
Disuguaglianze per istruzione nella mortalità in 17 popolazioni europee, Uomini 1980-2014 (Mackenbach, Pnas 2018)



Le disuguaglianze sociali di salute sono ancora con noi

Ma vanno nel verso giusto: trend favorevoli anche nell'europa centro-orientale e tra i meno istruiti, nonostante la recessione

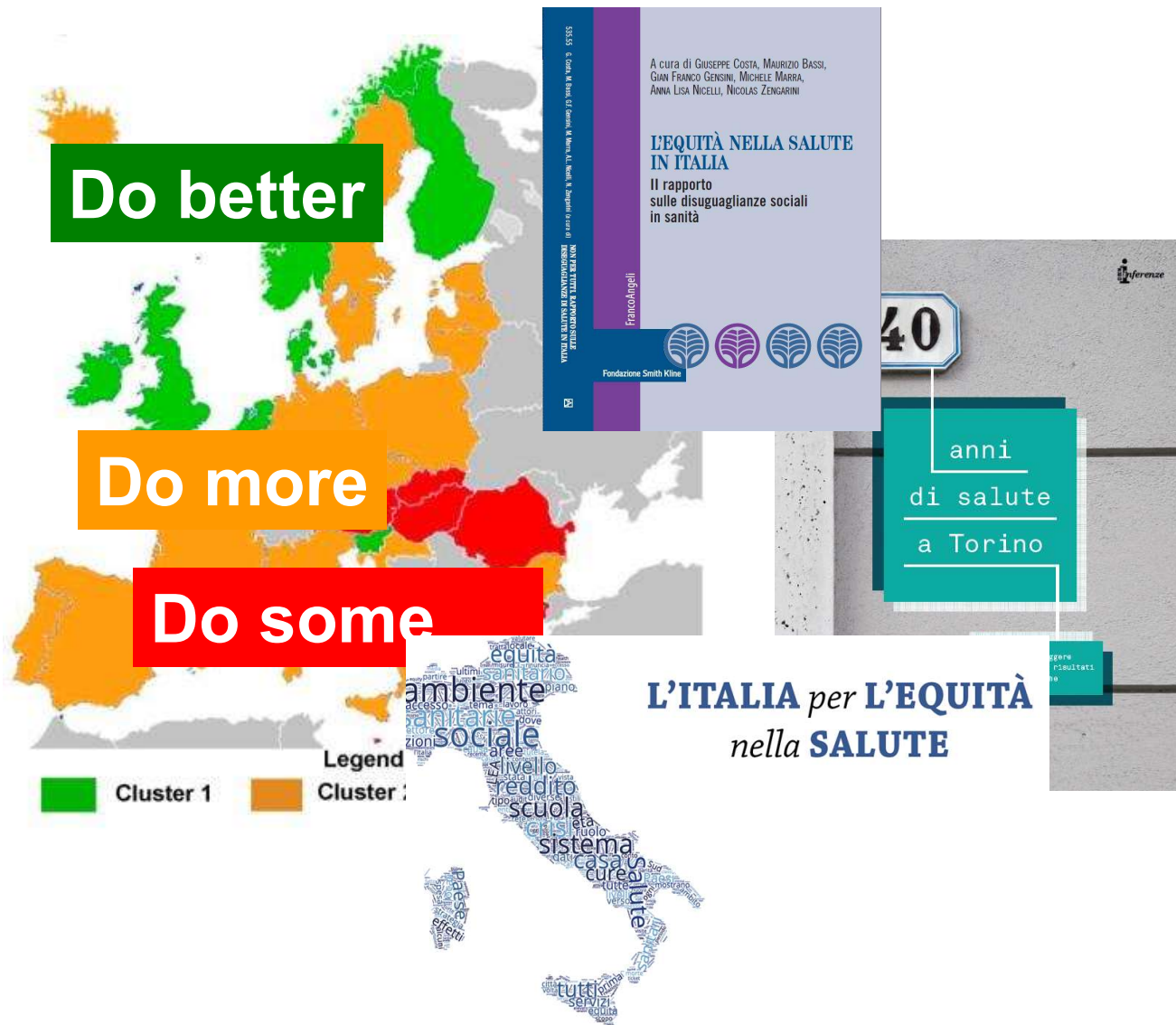
60 anni a Sud, 65 a Nord 62 benestanti del Sud come poveri del Nord



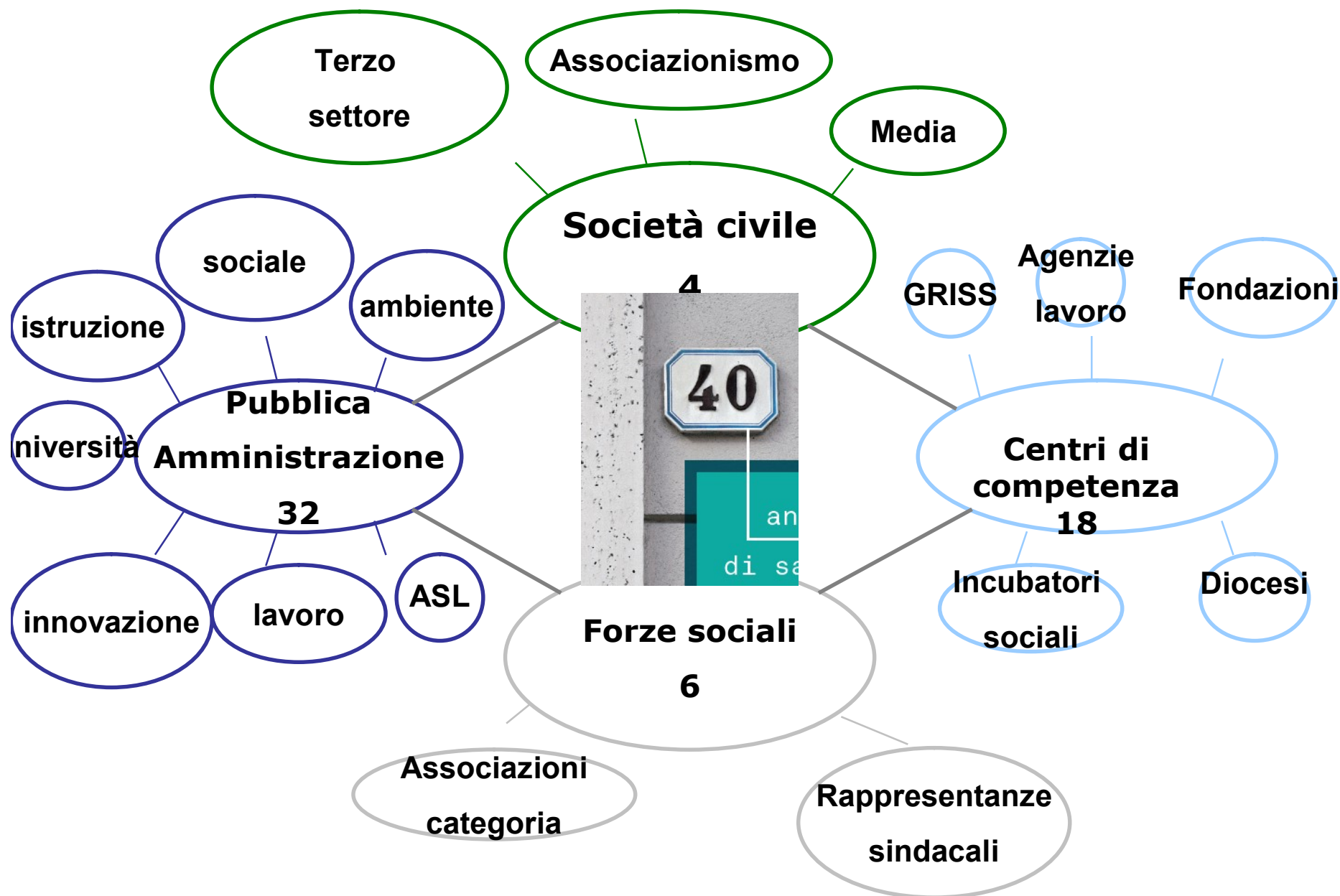
Età a cui metà degli
intervistati non è
in buona salute

LA SALUTE DISUGUALE

il contesto



Oggetto di un primo laboratorio che ha coinvolto 45 rappresentanti di varie categorie di attori cittadini coinvolti in 3 atelier



Health equity audit delle politiche urbane: un caso studio di Salute in Tutte le Politiche 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

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



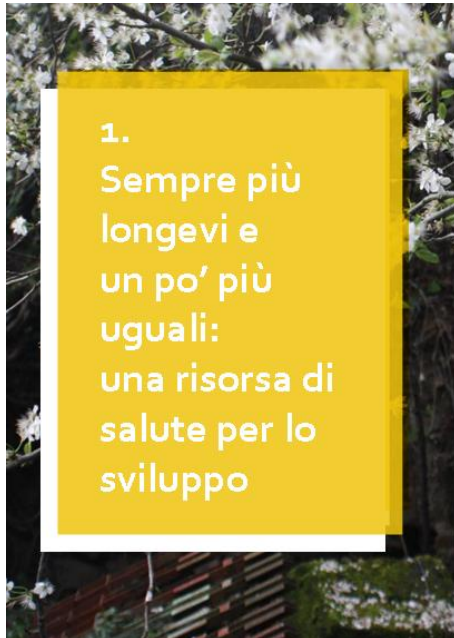
Esiti di salute

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)

Più di 100 stakeholder della città sono stati arruolati e informati, 45 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



- 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

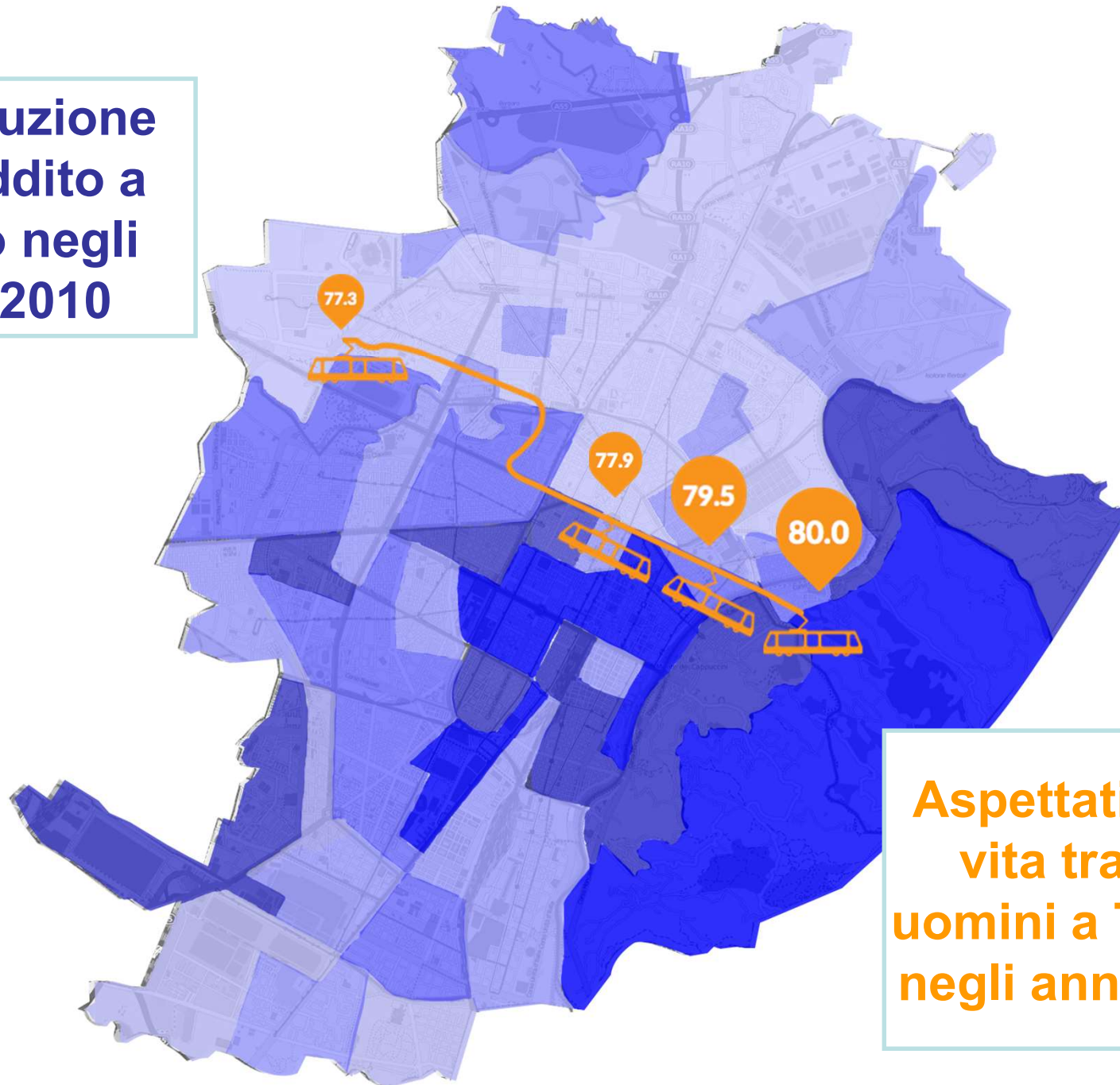
Trasferimento di conoscenze

- 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.

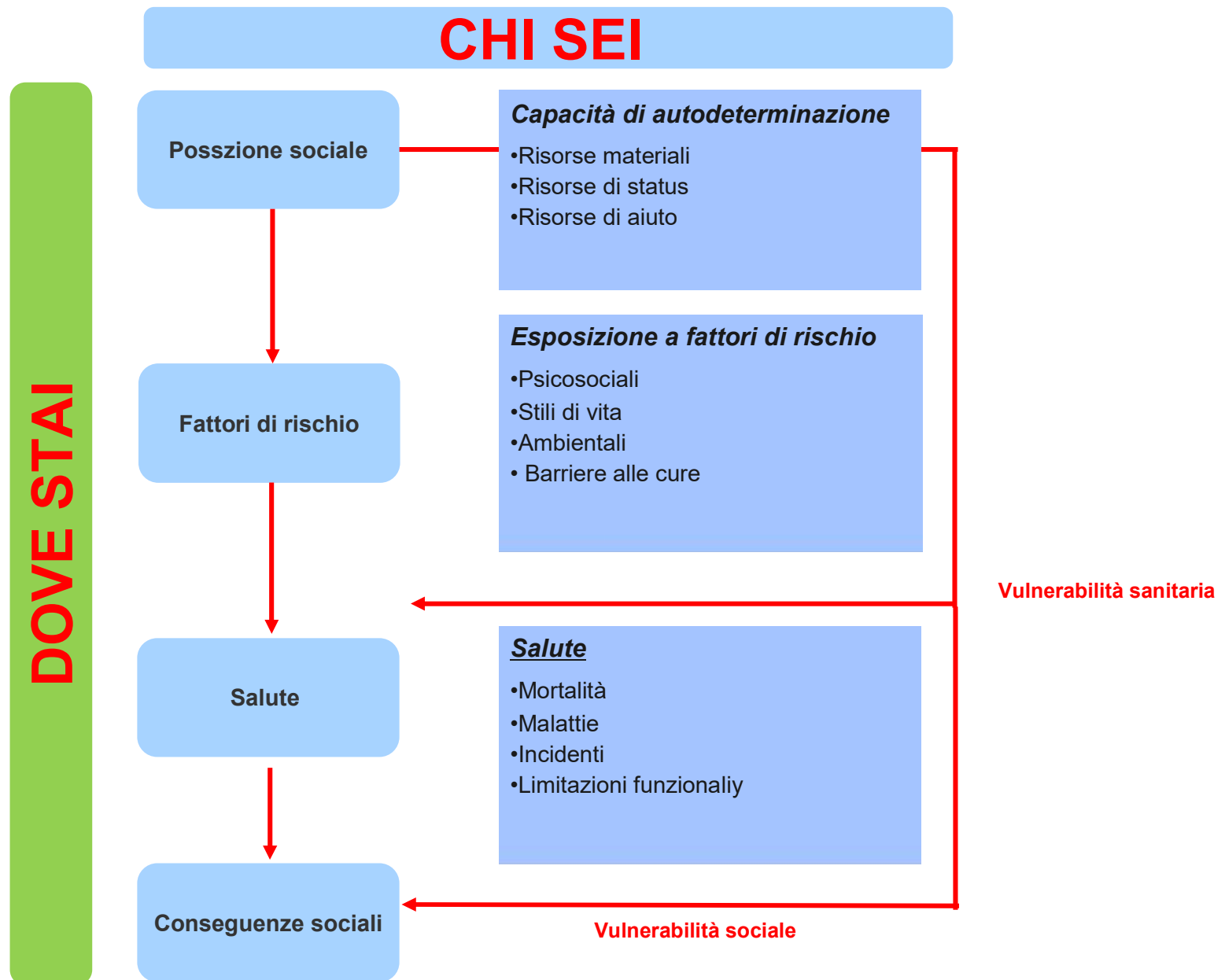
Analisi e voci dagli stakeholder, e gruppi Interdisciplinari sulle tre aree per condivisione di esperienze e buone pratiche

AUMENTARE
LA CONSAPEVOLEZZA
DELLE CAUSE

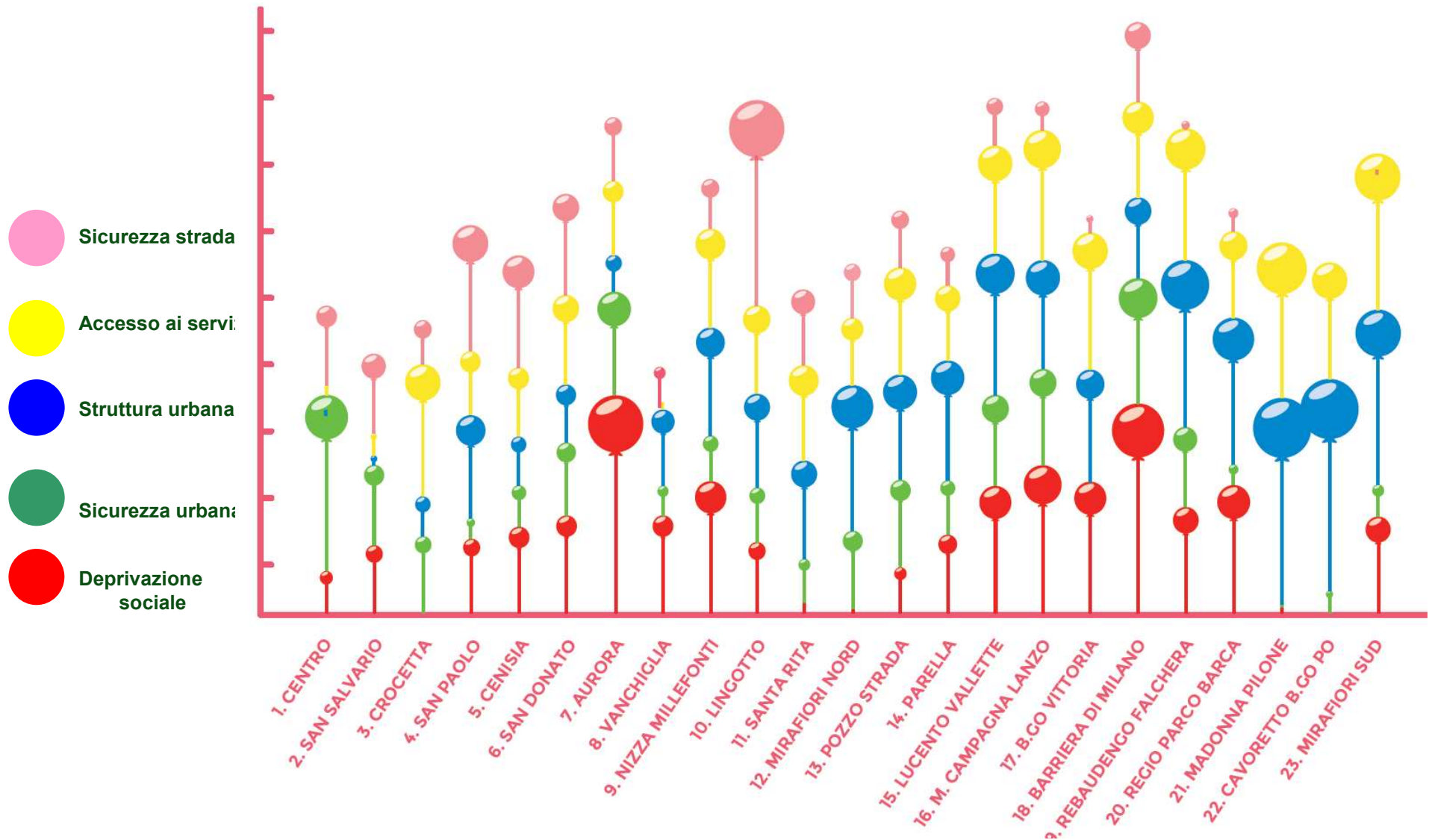


COSTRUIRE UNA
COMUNITA' DI PRATICA
E CONDIVIDERE LE
ESPERIENZE

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

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

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

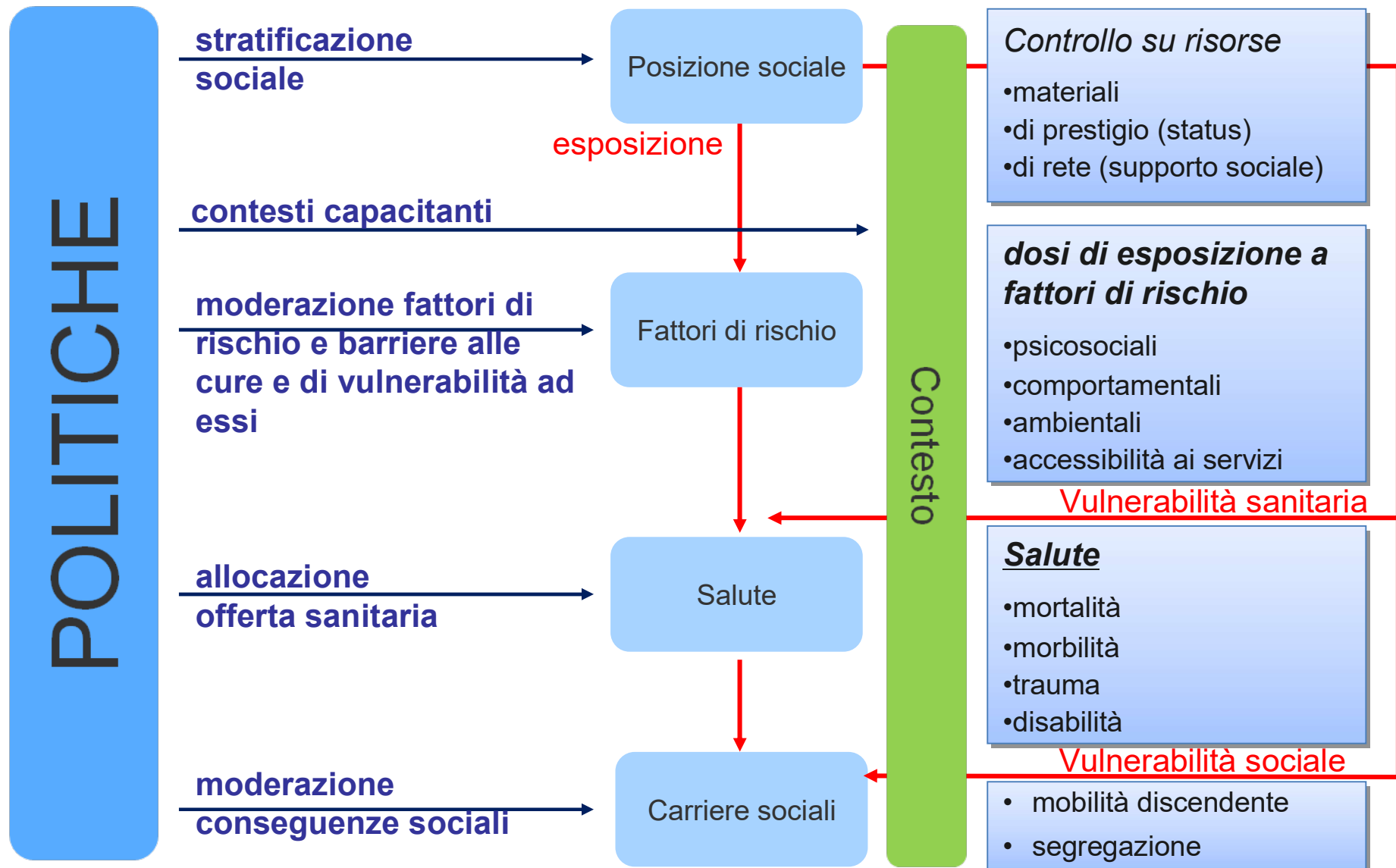
Proporre azioni potenzialmente intersettoriali

**DALLE SPIEGAZIONI
ALLE AZIONI**



**COSA FARE?
COME FARLO?**

Interventi e azioni per il contrasto delle disuguaglianze di salute



Il processo di consultazione

Conferenza pubblica 17 marzo 2017

- Presentazione ufficiale del libro su quarant'anni di storie di salute a Torino
- Presentazione dei risultati dei lavori dei partecipanti
- I principali decisori (assessorati comunali, direzione azienda sanitaria locale, presidenza della agenzia per la casa) prendono la responsabilità di guidare un piano partecipato di riduzione delle disuguaglianze di salute, piano per il quale **serve una scelta di priorità**

MANDATO DI AUTORITA'

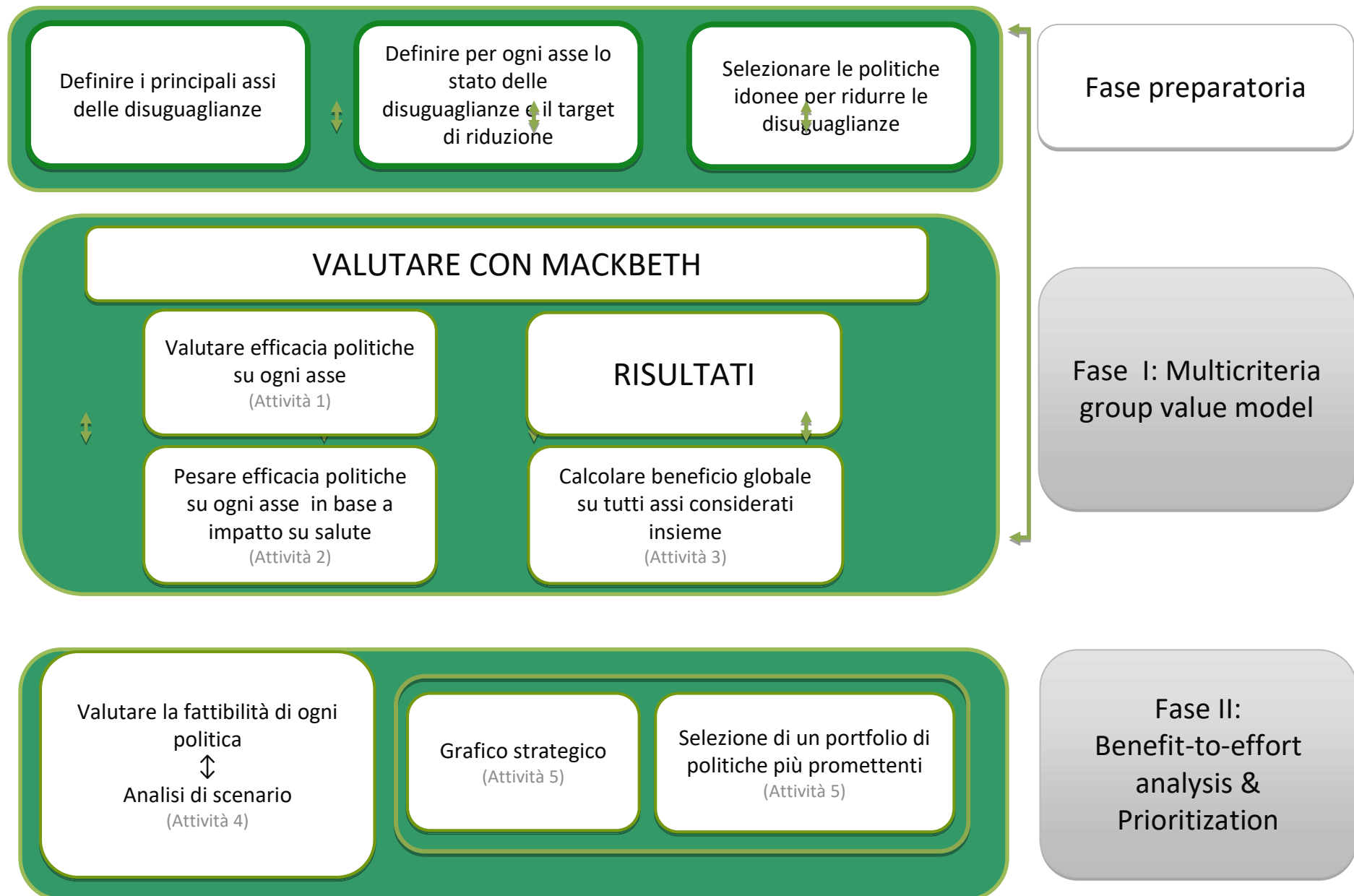


Sulla base di questo mandato, nella comunità di pratica finora attivata sono stati scelti 15 dei più influenti stakeholder e decisori, per ingaggiarli in un percorso strutturato di scelta di priorità da sottomettere alle autorità locali committenti.

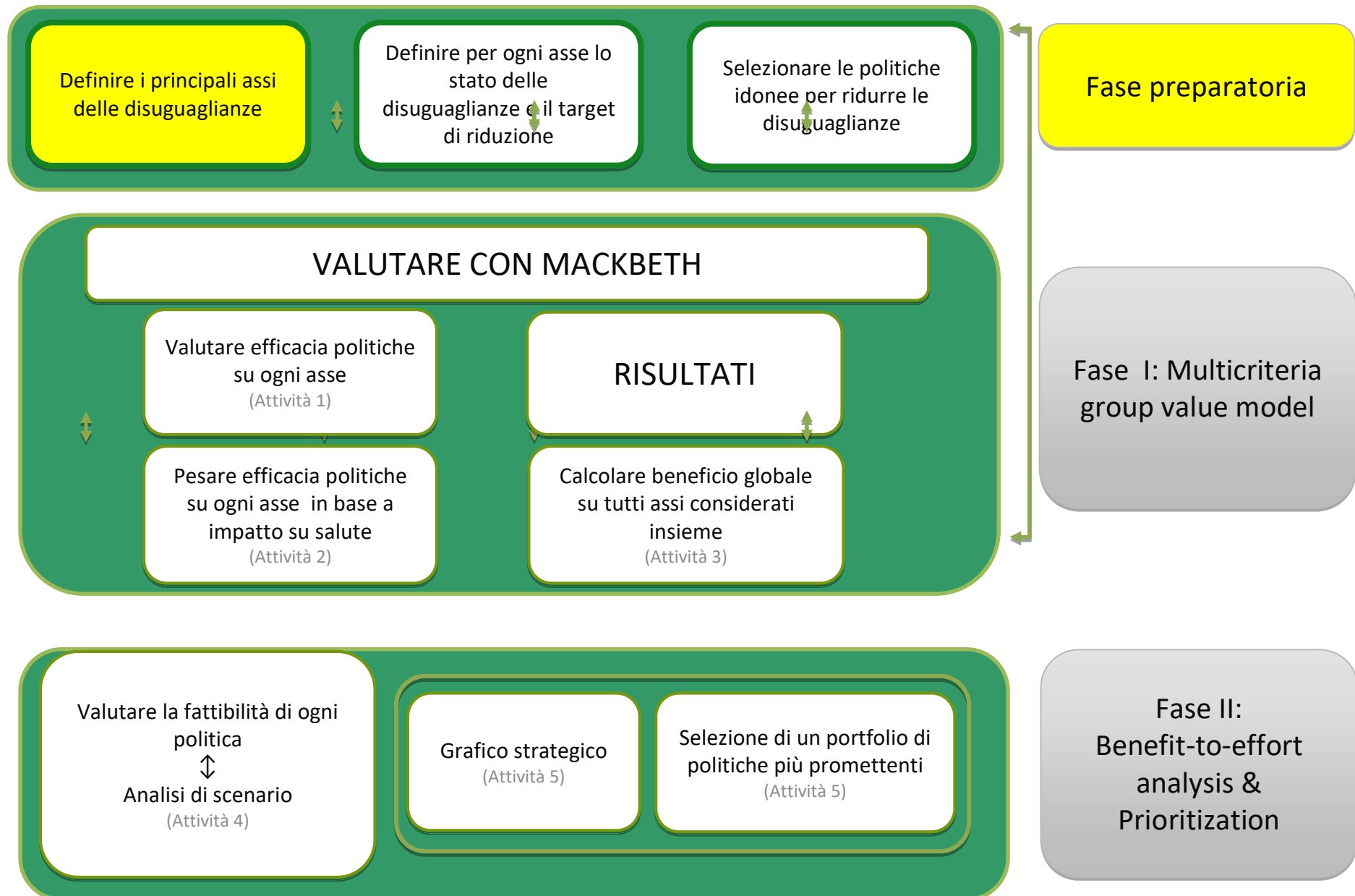
Area di politiche	Partecipanti
Amministrazione pubblica <ul style="list-style-type: none">- Comune<ul style="list-style-type: none">- sociale, scuola, ambiente, ICT, lavoro, casa- Azienda sanitaria locale- Agenzia della casa- Rete innovation e smart city	9
Enti non governativi <ul style="list-style-type: none">- donatori (banche e fondazioni), imprese sociali innovative, gruppo regionale immigrazione e salute	3
Sindacati	2
Enti no profit	1



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



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



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

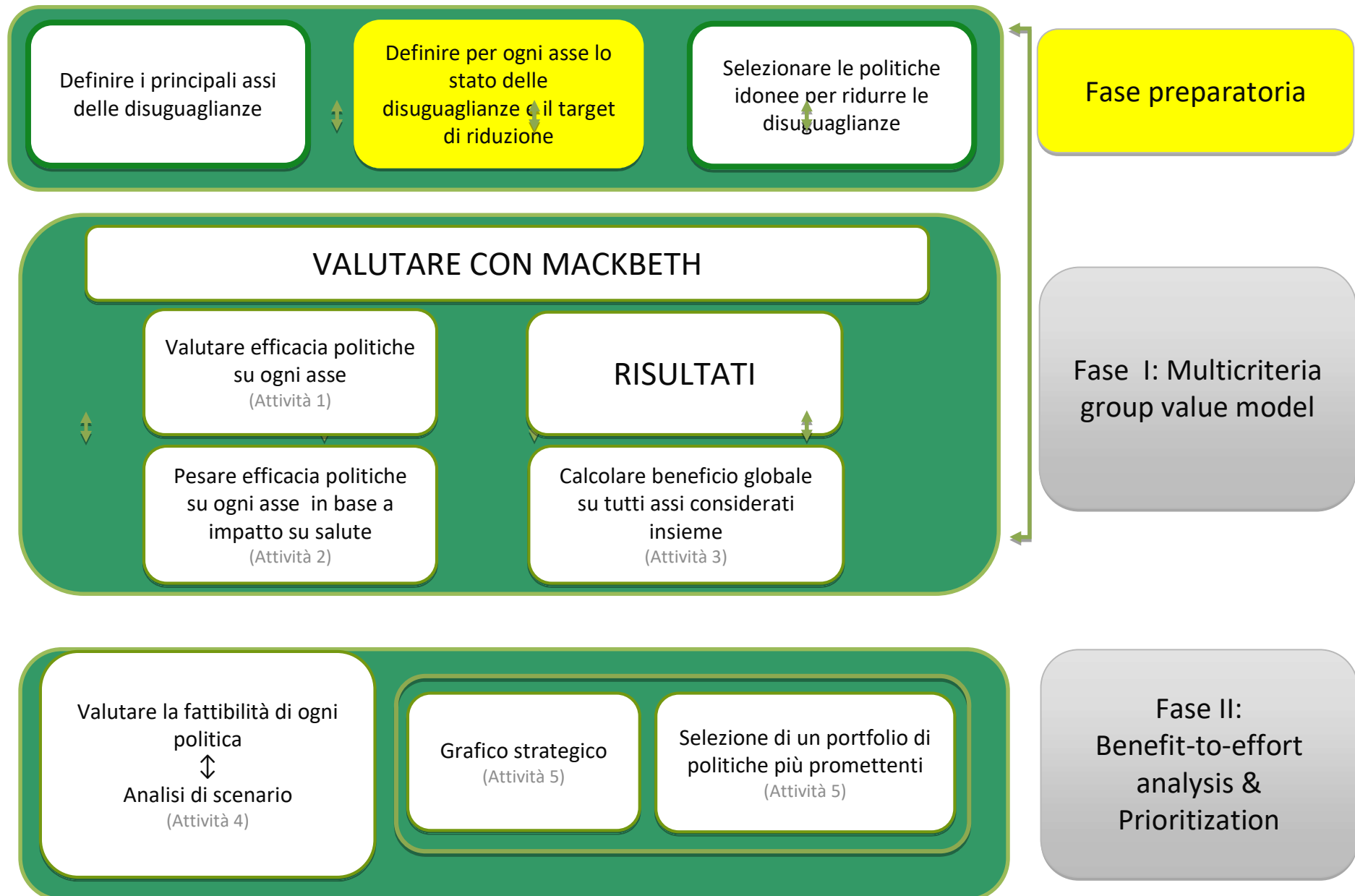
Livello individuale (chi sei)

Essere ben educato
Essere occupato
Avere un lavoro di qualità
Avere adeguate risorse materiali
Avere una abitazione adeguata
Avere una adeguata rete familiare

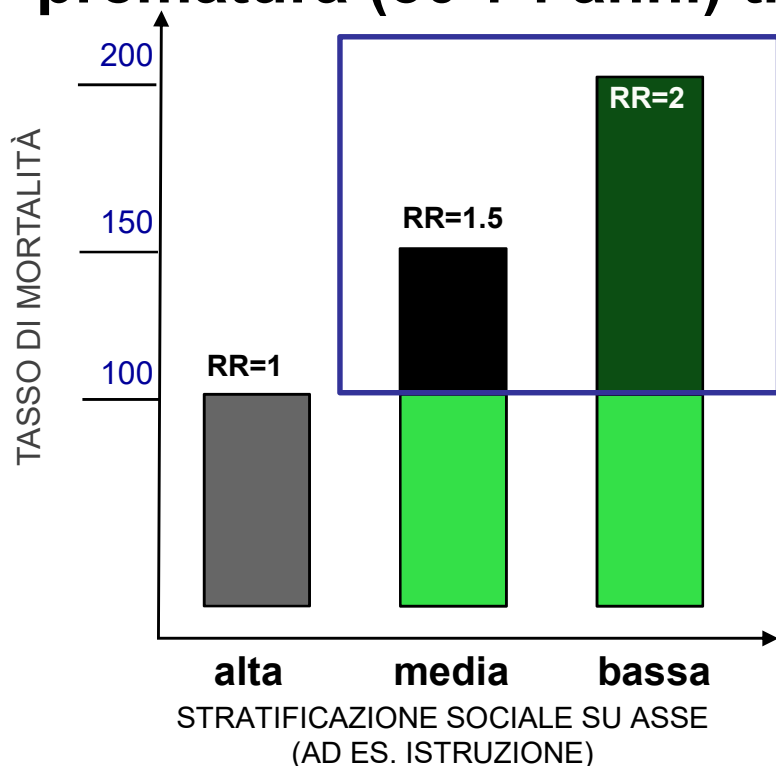
Livello areale (dove stai)

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 SLT, 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.

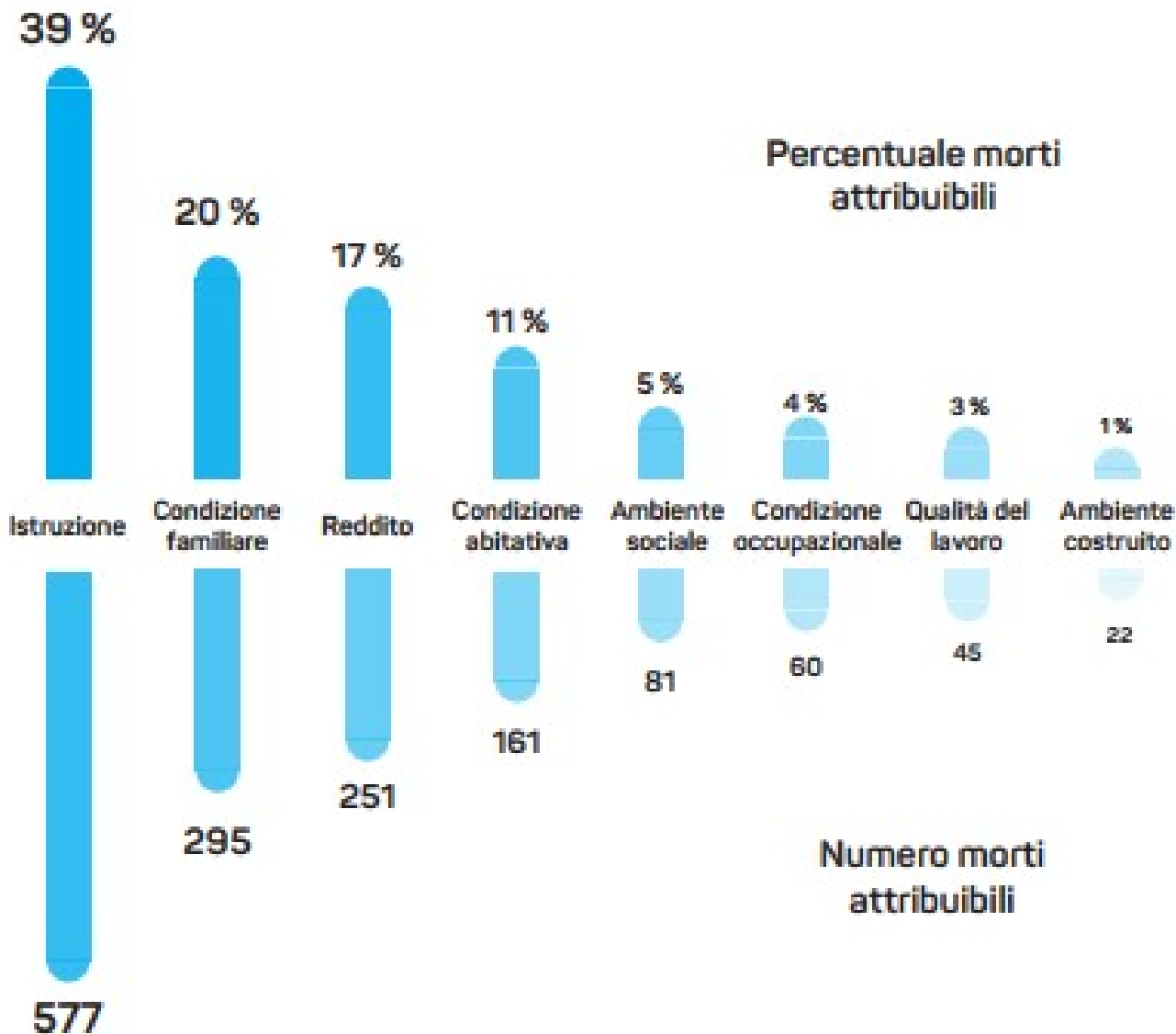
Ad eccezione della condizione occupazionale (aggiustata solo per sesso ed età) e la qualità del lavoro (aggiustata per sesso, età e livello d'istruzione), quest'ultima stimata soltanto per la sub-popolazione degli “occupati”.

“dove vivi”

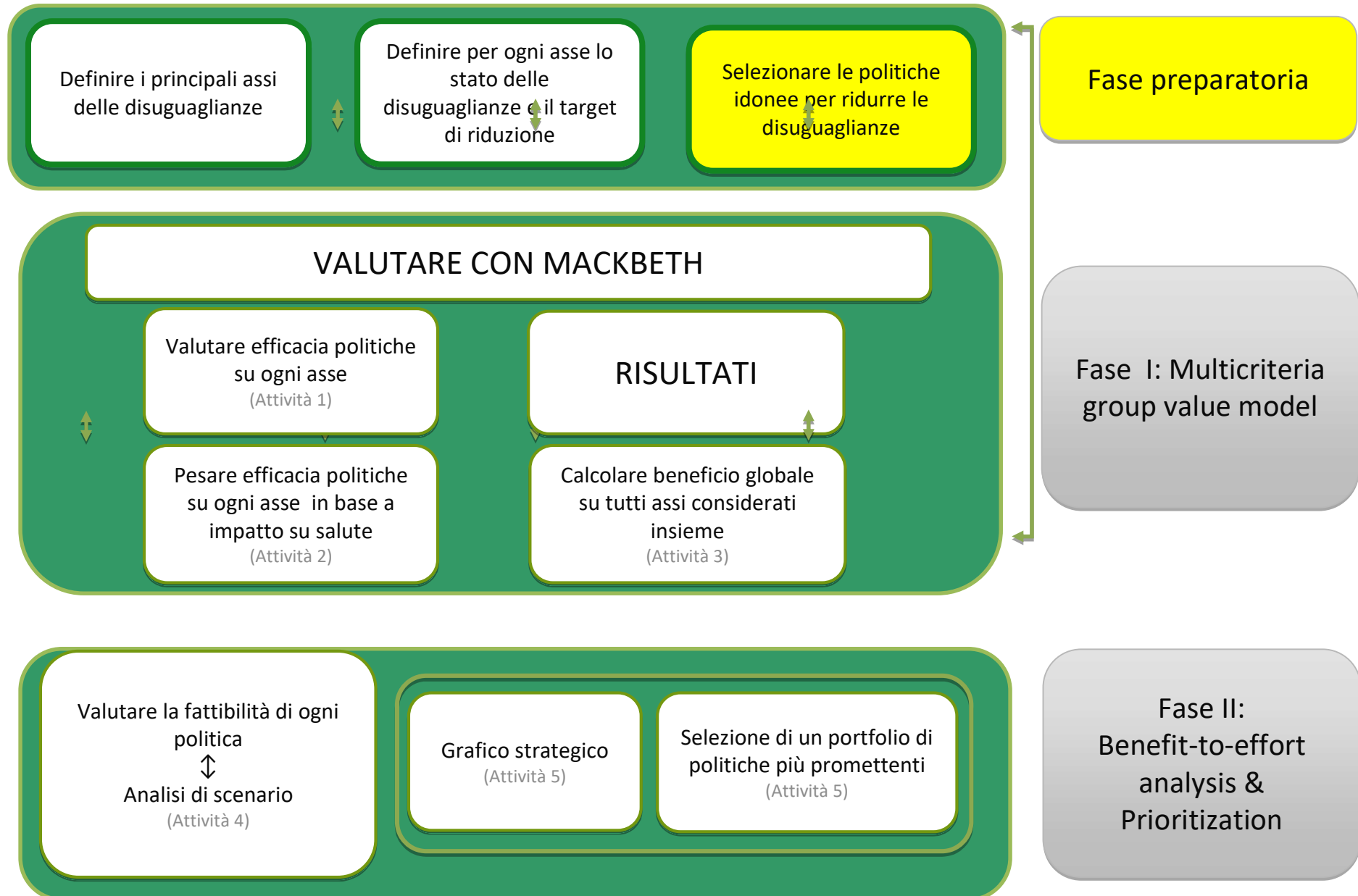
Mentre i morti attribuibili per gli indicatori di contesto sono stati aggiustati per età, sesso e un indicatore dell'individuo, il livello d'istruzione.

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



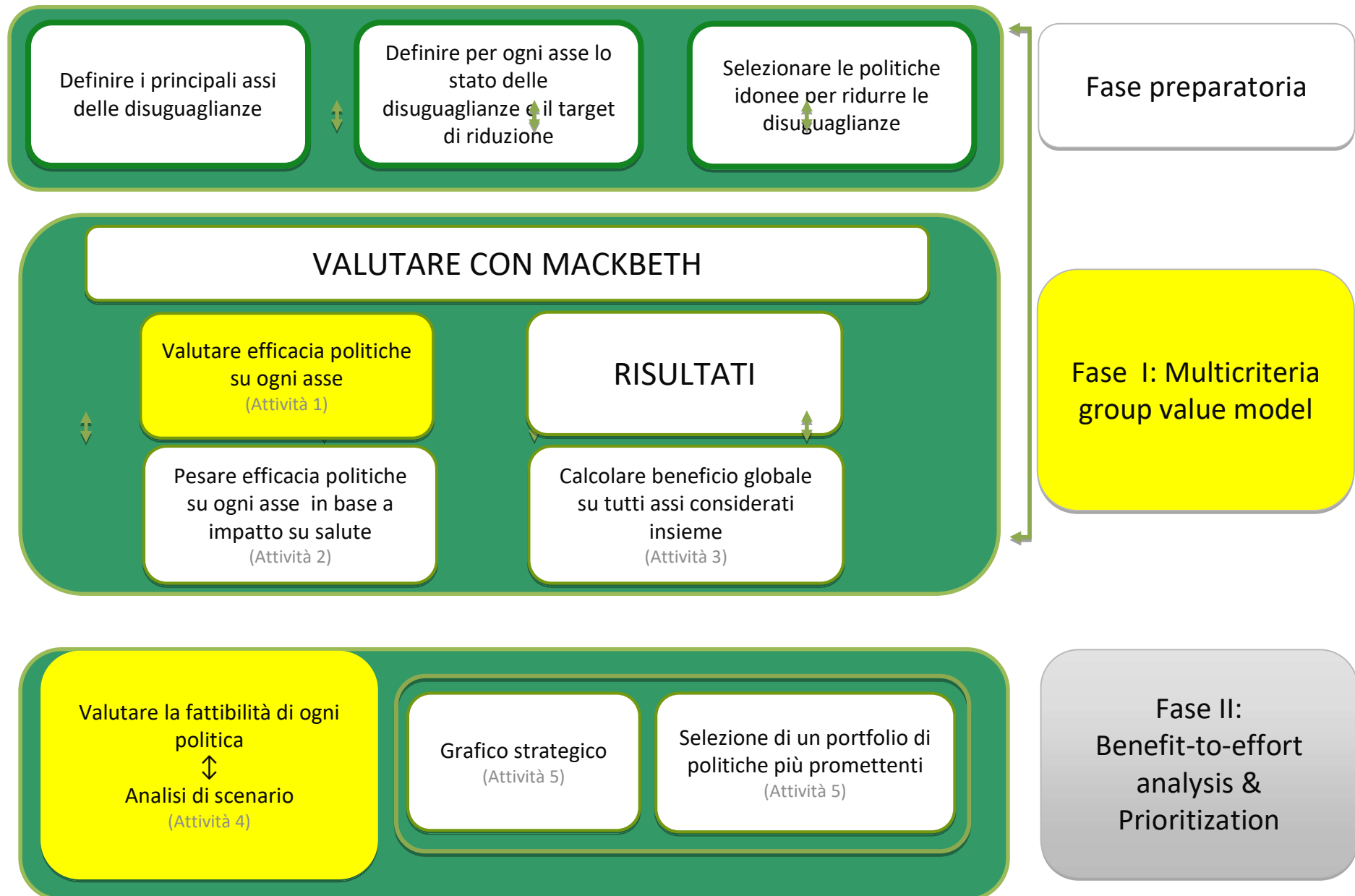
Politiche e azioni evidenziate nel corso degli atelier come di potenziale rilevanza per ridurre le disuguaglianze di salute per ognuno degli otto assi delle disuguaglianze; politiche e azioni che sono alla portata delle responsabilità urbane

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



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?

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?



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
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	◆			◆				◆

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?

Le risposte in termini di fattibilità

Nulla

Molto debole

Debole

Moderato

Forte

Molto forte

Estremo

**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

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 saluto-genicità

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

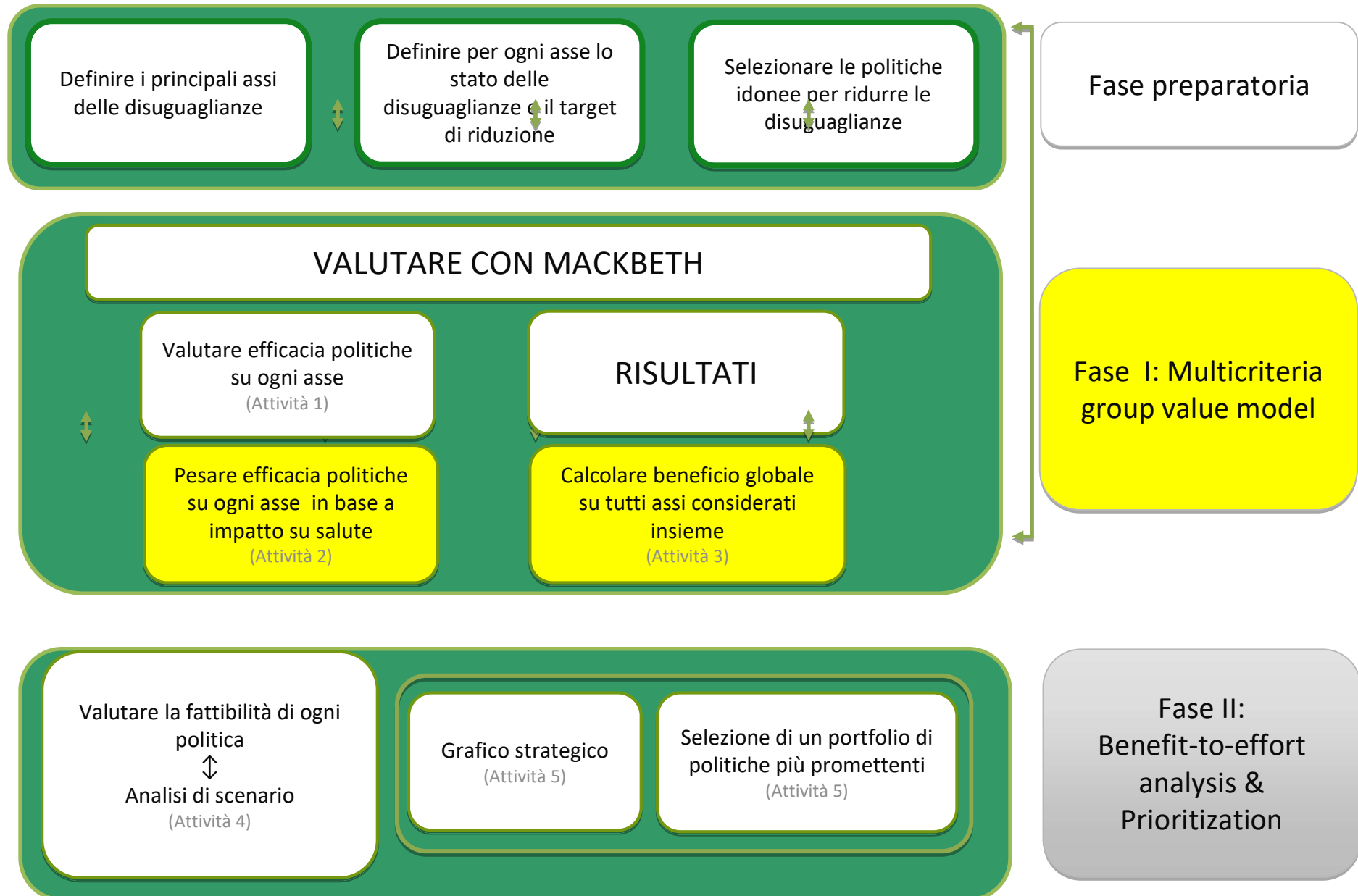
Promozione di salute mentale

Debole

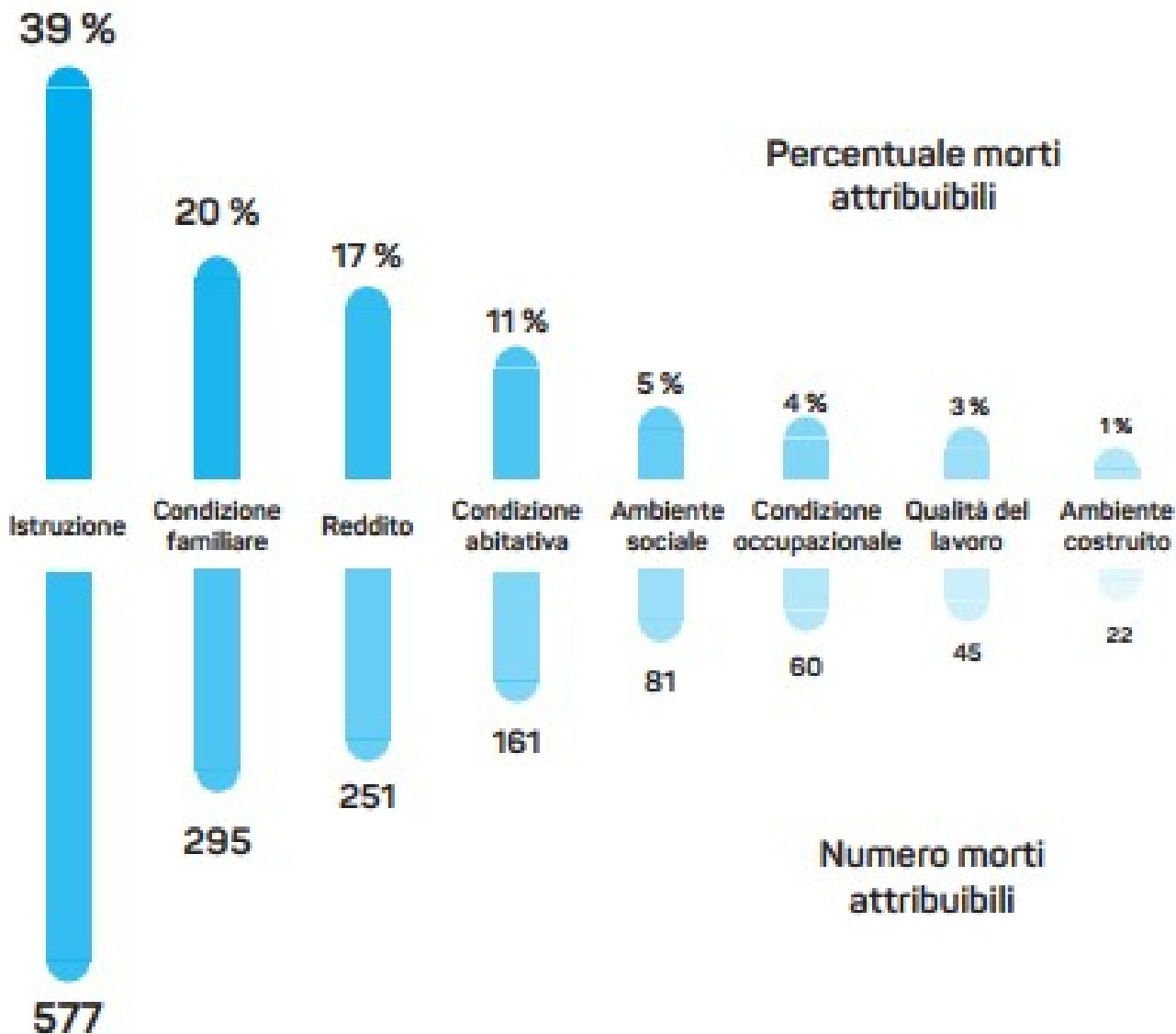
Riduzione delle barriere di accesso alle cure di qualità

Debole

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



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



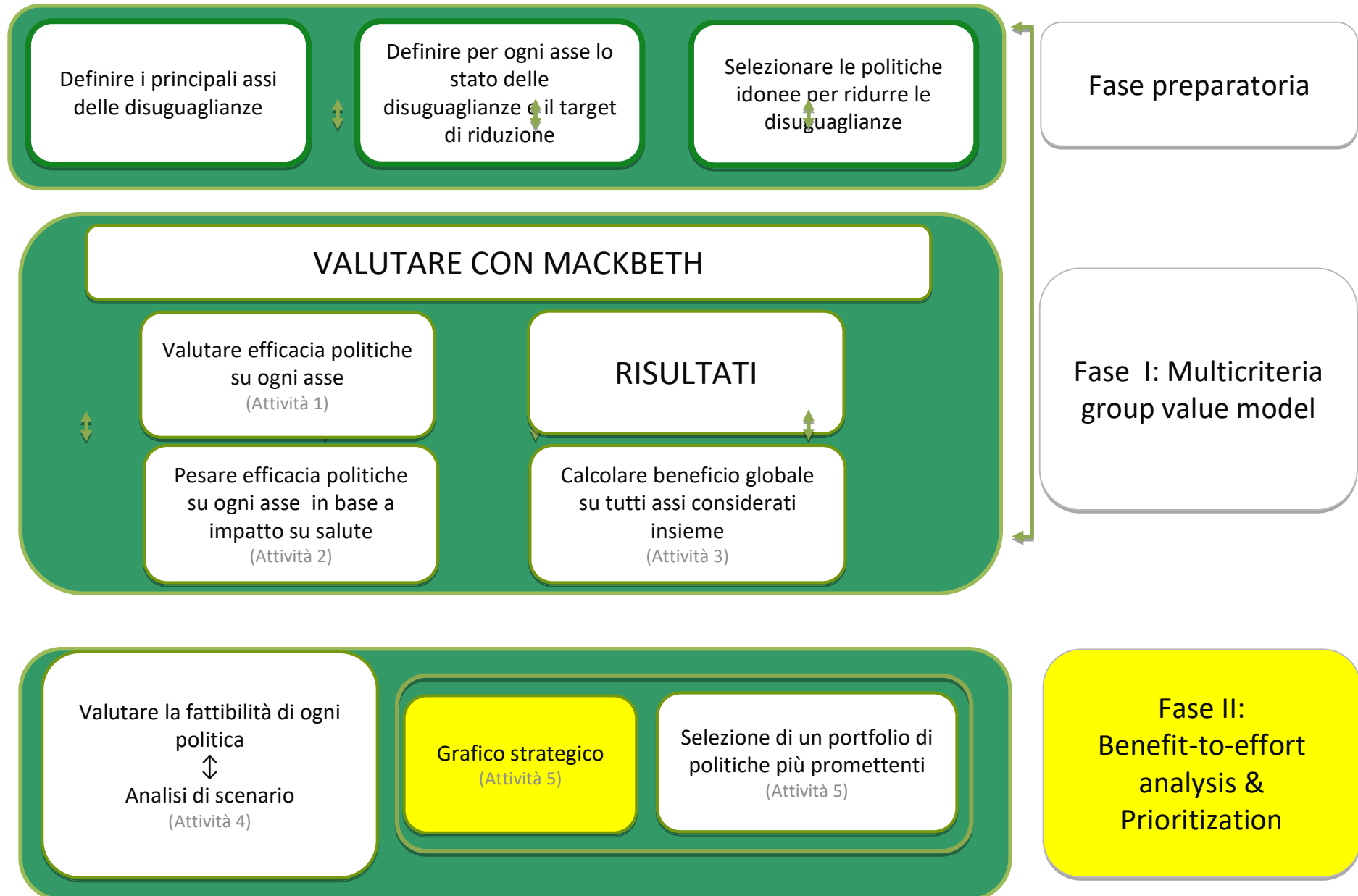
Graduatoria delle 23 politiche/azioni secondo l'efficacia attesa (in ordine decrescente) rispetto alla riduzione delle disuguaglianze di mortalità a Torino



Legenda

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

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



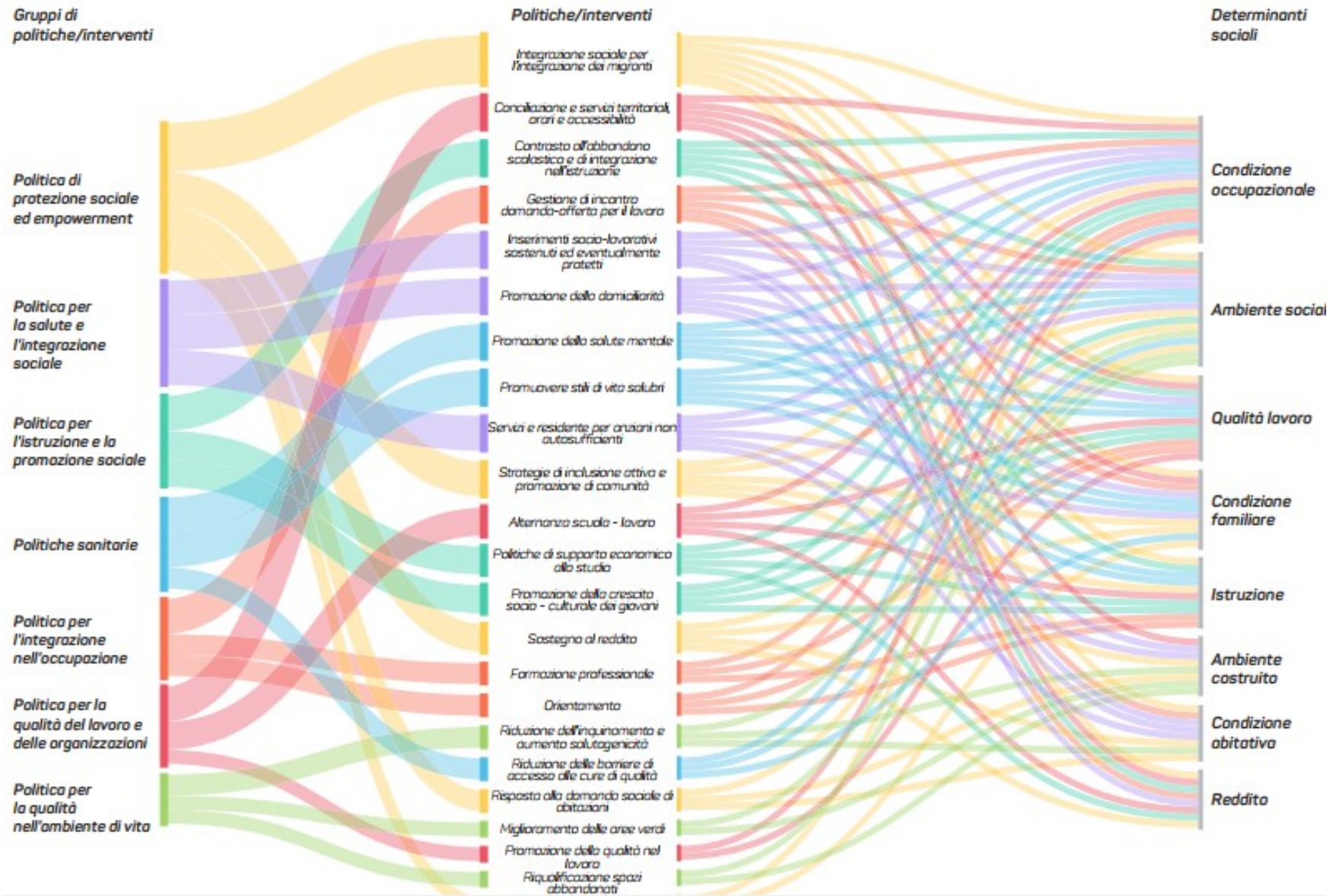
BENEFIT-TO-EFFORT ANALYSIS

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'**

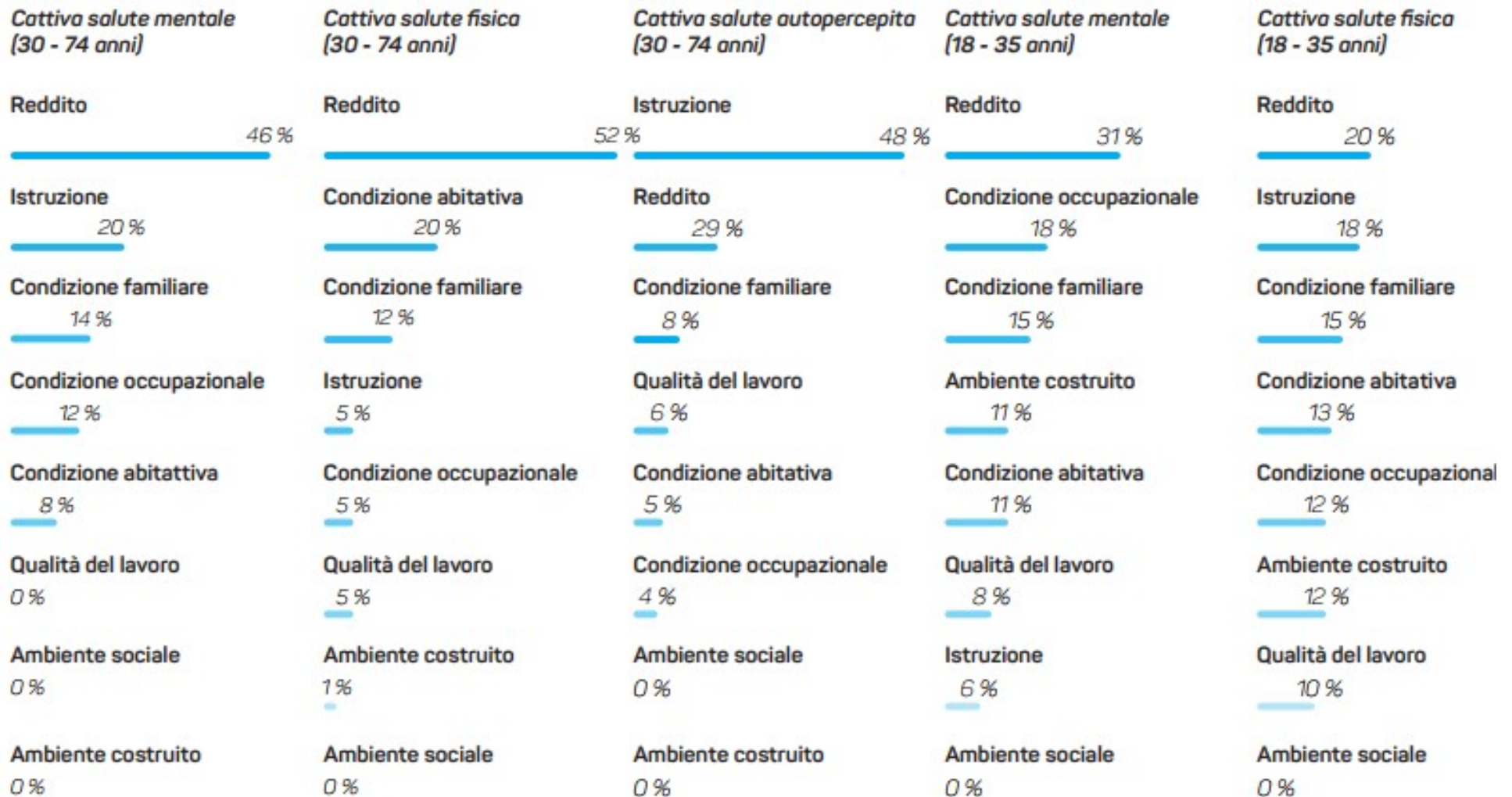
Alluvial map per apprezzare l'importanza relativa delle diverse politiche ed interventi sui vari assi pesati per la salute

L'altezza dei nodi (barre) sui sette gruppi di politiche indica la quantità di politiche al suo interno, quello 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.



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

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

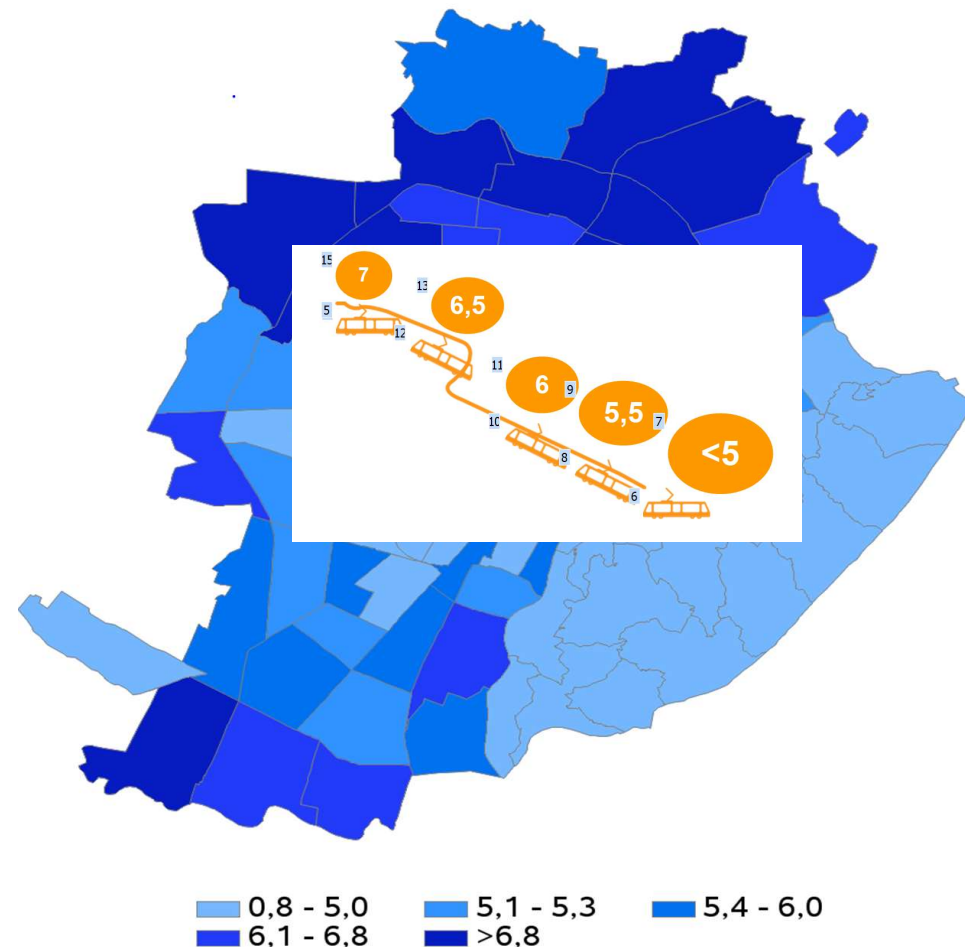
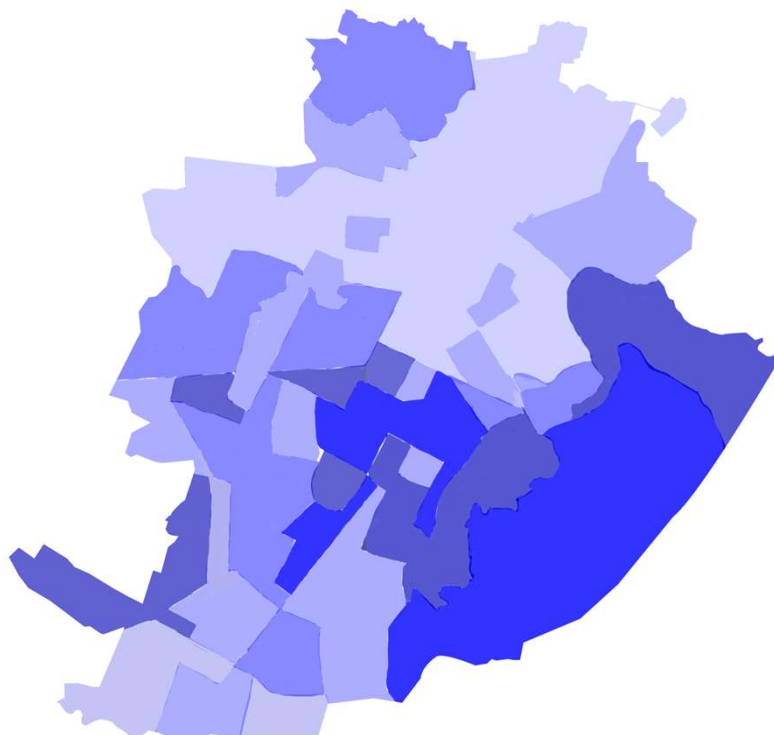


Sviluppi della scelta di priorità

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

Il caso del diabete

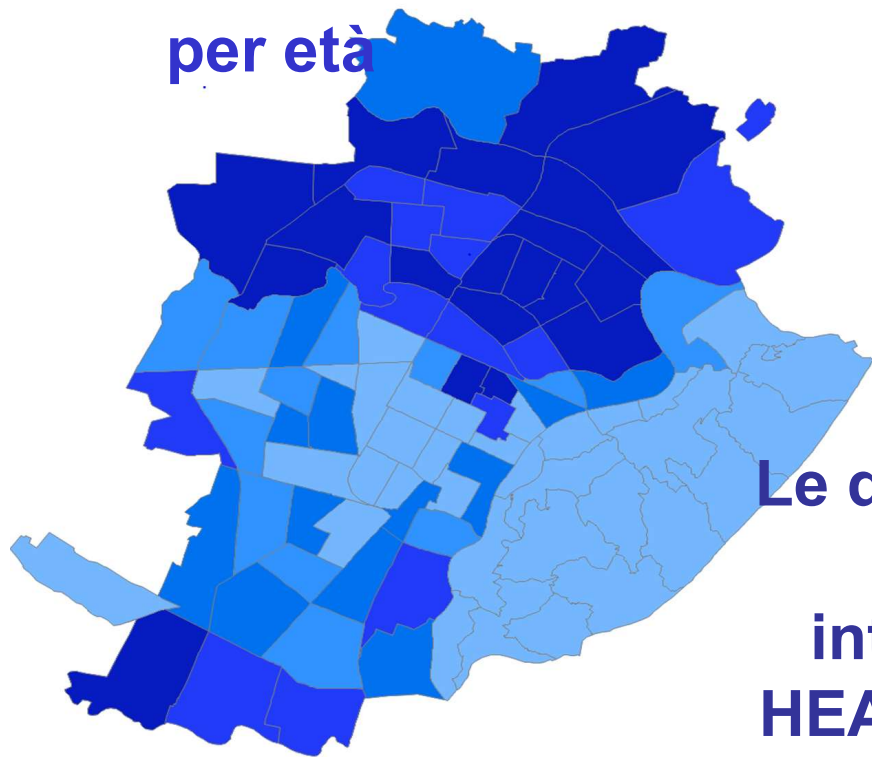
Reddito negli
anni 2000
a Torino



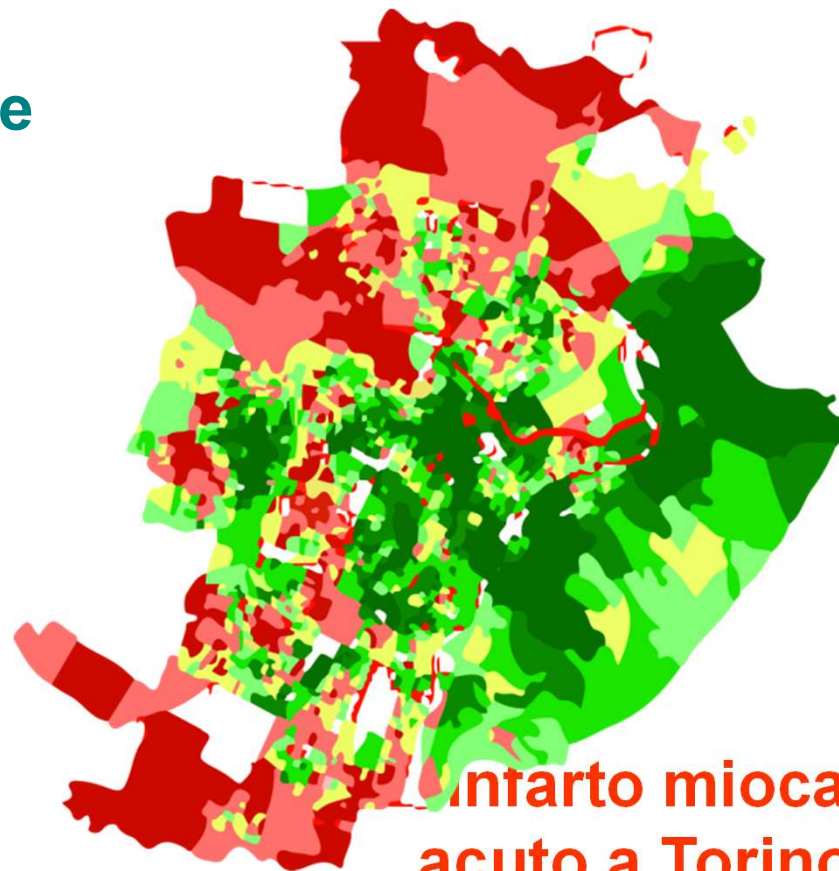
**Prevalenza % di
diabete noto
nel 2017,
standardizzata
per età**

Il caso del diabete

Prevalenza % di
diabete noto
nel 2017,
standardizzata
per età



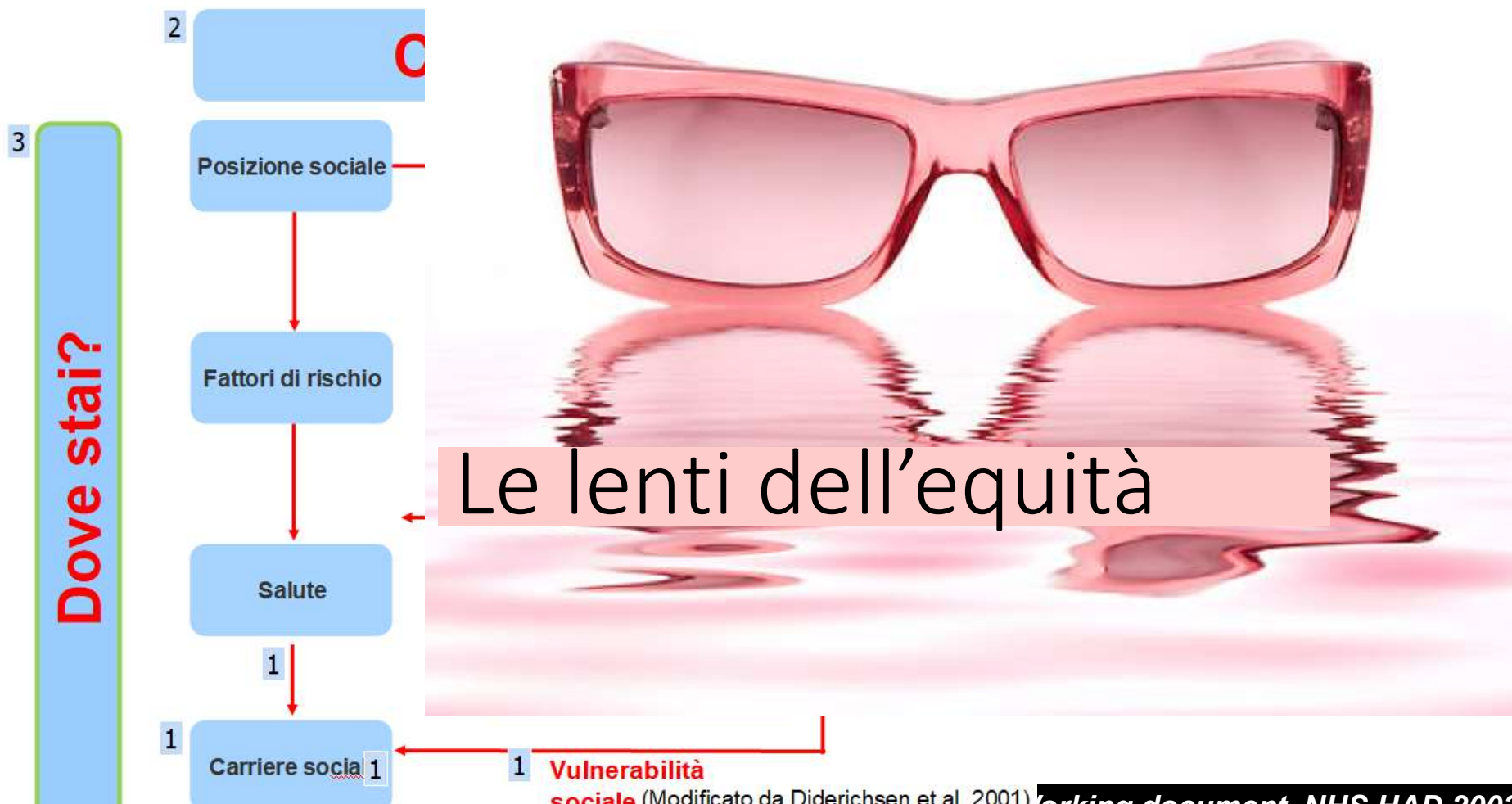
0,8 - 5,0 5,1 - 5,3 5,4 - 6,0
6,1 - 6,8 >6,8



Infarto miocardico
acuto a Torino, 2009

Le disuguaglianze nel diabete come
baco con cui coinvolgere gli
interlocutori locali del PLC in un
HEA che li faccia diventare soggetti
del cambiamento

Un Health Equity Audit (HEA) del Piano Locale Cronicità utilizzando le disuguaglianze nel percorso diabete come filo rosso per generare capacità di cambiamento da parte di tutti i protagonisti della comunità



Sviluppi della scelta di priorità

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) **nei processi decisionali** degli stakeholder locali e dei donatori

Torino Social Impact

una piattaforma per l'innovazione sociale

(Camera di Commercio e Compagnia San Paolo)

2.5 I partner TSI



Torino Social Impact è oggi un network informale di attori dell'area metropolitana, che si sono impegnati reciprocamente attraverso la sottoscrizione di un **Memorandum of Understanding**.

Associazione di Progettazione sociale M.Maggiora	FabLab Torino/Officine	Novajo - Massa Critica	SocialTech
Associazione Quinto Ampliamento	Finpiemonte Spa	Officine Brand	Starteed
Associazione Rete delle Case del Quartiere	Fondazione Contrada Torino Onlus	Open Incet	Stefania Farina
Centro Servizi Volontariato - Vol.To	Fondazione Cottino	Opera Barolo	Sumisura s.c.
Città Metropolitana Torino	Fondazione Fitzcarraldo	Ordine dei commercialisti ed Esperti contabili di Torino	Talent Garden
Club degli Investitori	I3P	Planet Idea srl	Toolbox
Codex sc	2i3T	Plug	Top-IX
Comitato imprenditorialità sociale	Impact Hub Torino	Politecnico di Torino	Torino Wireless
Comitato Torino Finanza	Izmade srl SB	Print Club Torino	Unicoop Piemonte
Compagnia di San Paolo	Legacoop Piemonte	CGIL, CISL, UIL	Unione Industriale - Gruppo Giovani imprenditori
Comune di Torino	Links	S-Nodi	Università degli Studi di Torino
Confcooperative Piemonte Nord	Mamazen srl	SOCIAL Community Theatre Centre/Unito	Urban Center
CSP - Innovazione nelle ICT Scarl	Nesta Italia	SocialFare	
	Nestor srl		

Torino Social Impact



Costruzione dell'ecosistema

Identità e promozione dell'ecosistema

Rafforzare

Sperimentare

Rappresentare

Attrarre

Infrastrutture comuni

Finanza d'impatto

Centro misurazione impatto

Tech 4 good

Impact City labs

Pay for Results

Procurement sociale

Catalizzare gli investimenti

Progetti cooperativi

Progetti moonshot

Scalabilità & Replicabilità

Osservatorio

Piattaforma web

Storytelling

Eventi internazionali

Dossier e Roadshow

Comunicazione networking

Cosa si impara?

No facts no problems

Studio Longitudinale Torinese (SLT)

Torino: circa 900000 abitanti

record di SLT per 2 301
persone residenti a T

**INVESTIRE IN INFRASTRUTTURA LOCALE
DI INDAGINE (LONGITUDINALE)
POSSIBILMENTE IN RETE**

censita al
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)

Cosa si impara

No facts no problems

Health equity audit come chiave di Salute in Tutte le Politiche a livello locale

**DALLA TEORIA
ALL'AZIONE**



**AUMENTARE
LA CONSAPEVOLEZZA
E COSTRUIRE COMUNITA'**

**IL SUPER-SETTING DELLA CITTA'
COME LA SEDE PIU' APPROPRIATA
PER COSTRUIRE COOPERAZIONE
E COORDINAMENTO INTERSETTORIALE
PARTECIPATO**



AGGIARE

MANDATO DI AUTORITA'



The EURO-HEALTHY project has received funding from the European Union's Horizon 2020 research and innovation programme under Grant Agreement No 643398.

Sviluppi



JAHEE

JOINT ACTION HEALTH EQUITY EUROPE

Italia coordina 25 paesi a fare
innovazioni concrete per ridurre
disuguaglianze di salute

Coordination

Giuseppe Costa
On behalf of the Italian team
Ministry of Health
National Institute of health
National Agency for Regional Health Services (RHS)
National Institute of Migration Poverty and Health
Local Health Authority ASL TO3, Piedmont RHS
giuseppe.costa@epi.piemonte.it



Co-funded by the Health Program
of the European Union - CHAFEA



How?

It can be done!

ACTIONS
to be implemented

How far we are from what should be done and why?

CA

Cou

ment

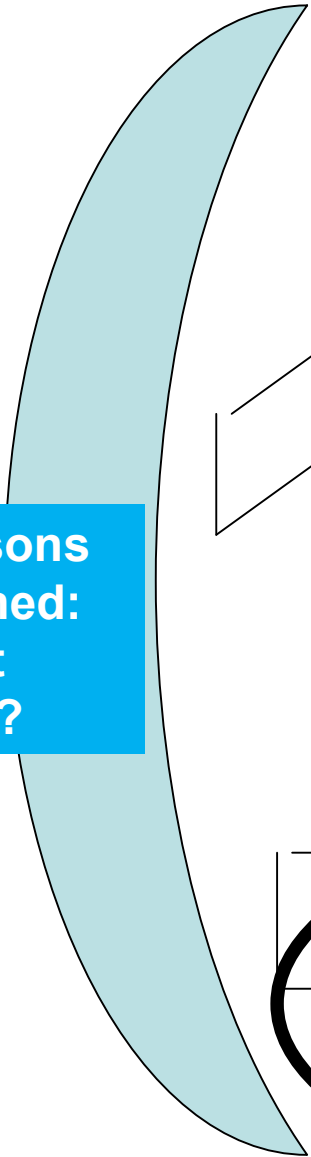
CA

PFA Policy framework for action
"TO BE"

What should be done?

We are here: DONE!

Lessons learned: what next?



Quali contributi può portare l'Italia in JAHEE?

WP5 monitoring: **STUDI LONGITUDINALI METROPOLITANI**

WP6 health living environments: **CITTA' SALUTOGENE**

WP7 immigration: **VULNERABILITA'**

WP8 health systems: **EQUITY MANAGEMENT**

WP9 governance/HiAP: **WELFARE
GENERATIVO COMUNITA'**

**UN'AGENDA IN DISCUSSIONE...
IDEE E PARTNER BENVENUTI**

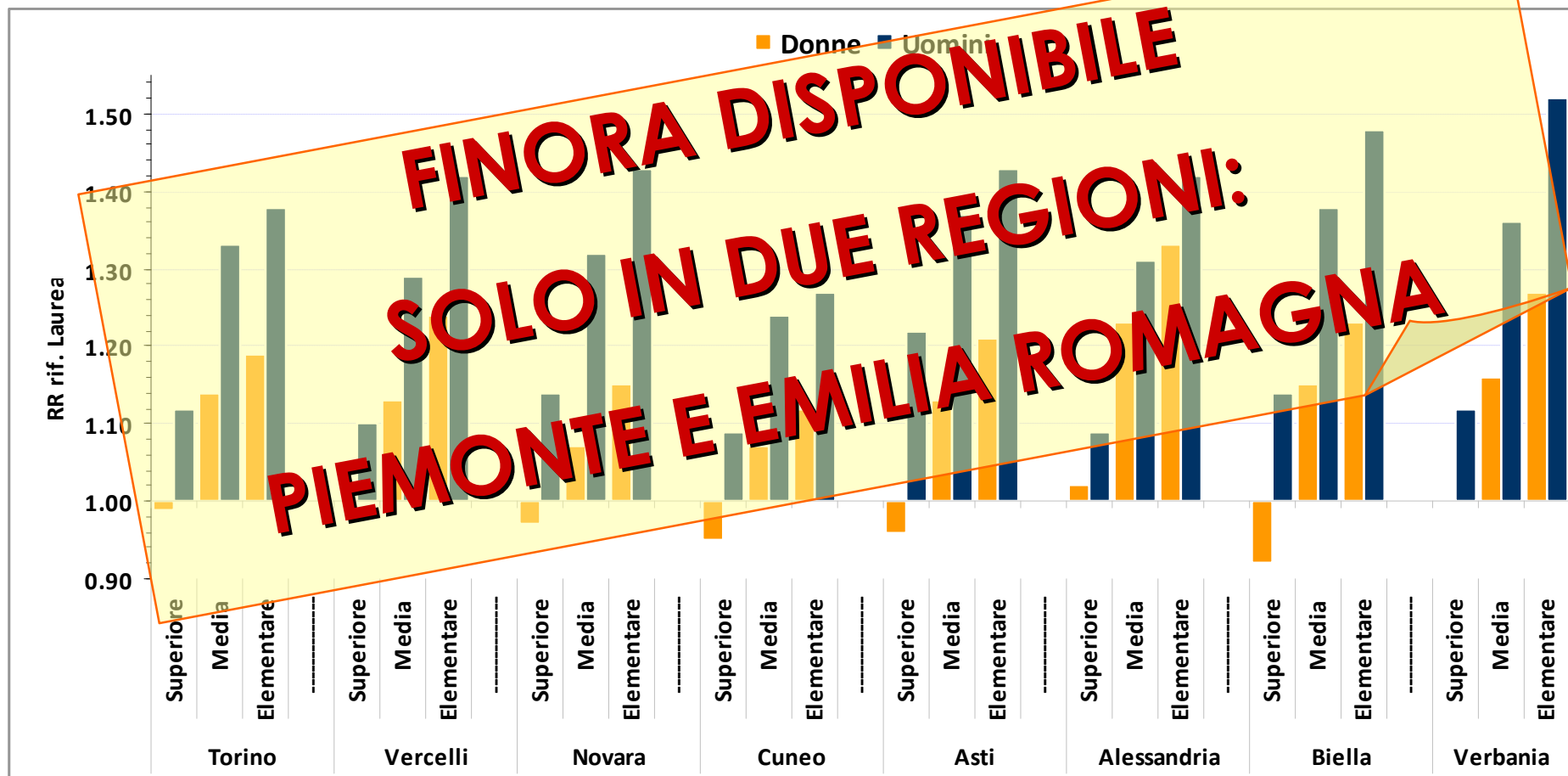


Disuguaglianze di salute

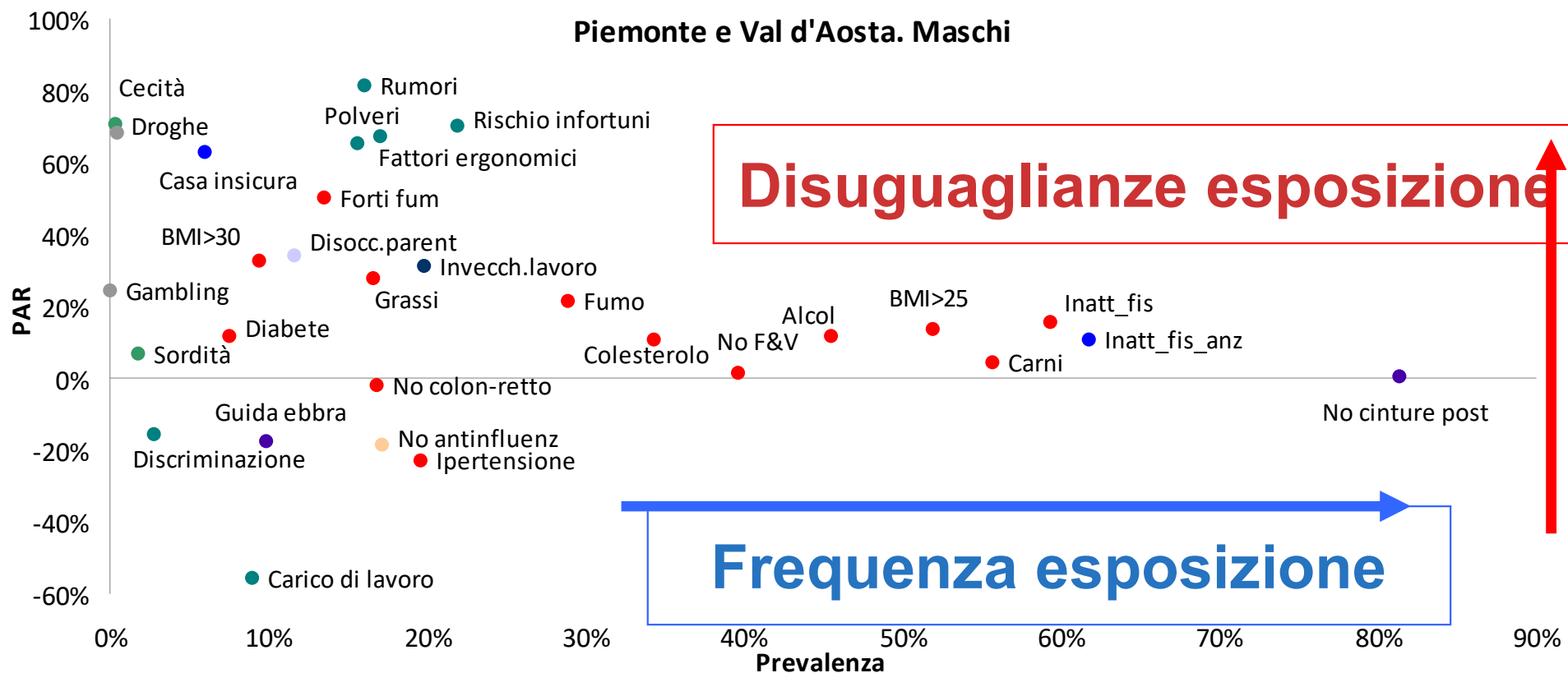
Ridurre le disuguaglianze con azioni
di contrasto sui determinanti sociali

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

Rischio relativi di ricoveri aggiustati per età secondo il per titolo di studio e la provincia piemontese di residenza in soggetti tra 30 e 85 anni, periodo 2011-2015.



I 37 fattori di rischio per la salute del Piano nazionale di Prevenzione: uomini



Risultati significativi di inclusione di equità in PRP (a fine 2016)

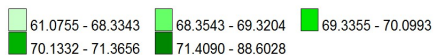
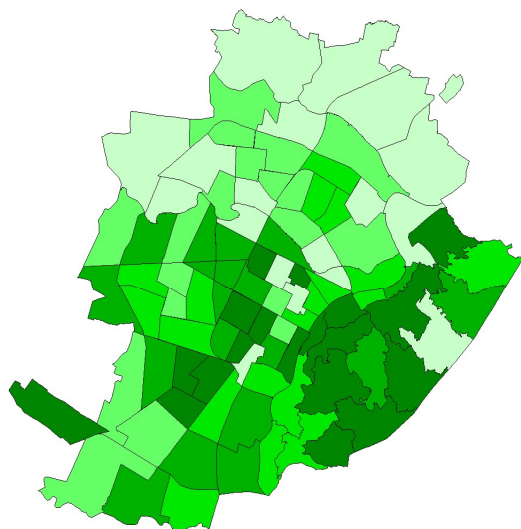
Regioni e PA N(%)		Giudizio sintetico
4 (19%)	Abruzzo, Liguria, Molise, PA di Bolzano	NP
3 (14%)	Basilicata, Toscana, Valle d'Aosta	Considerano l'equità nel quadro
5 (24%)	Campania, Friuli Venezia Giulia, Puglia, Sicilia, Umbria	Hanno ricorrenza di misure di equità
5 (24%)	Calabria, Lazio, Lombardia, Sardegna, Veneto	Sanno misurare, hanno consapevolezza e/o almeno un HEA sarà realizzato sulla base del PRP
4 (19%)	Emilia Romagna, Marche, P.A di Trento, Piemonte	Approcciano l'equità con misure di uguaglianza con

Do some

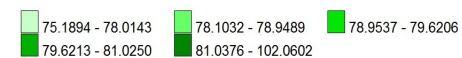
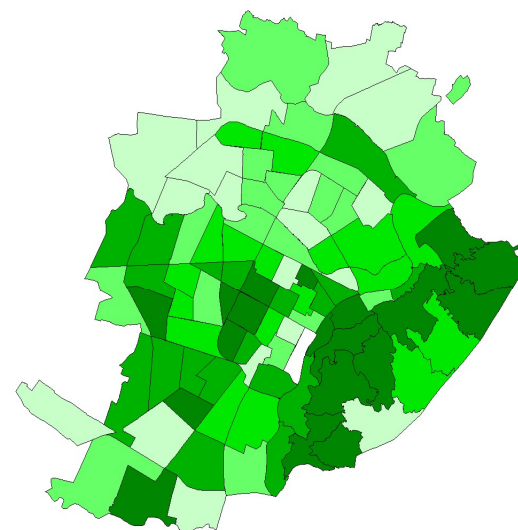
Do more

Do better

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

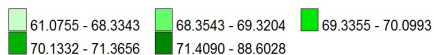
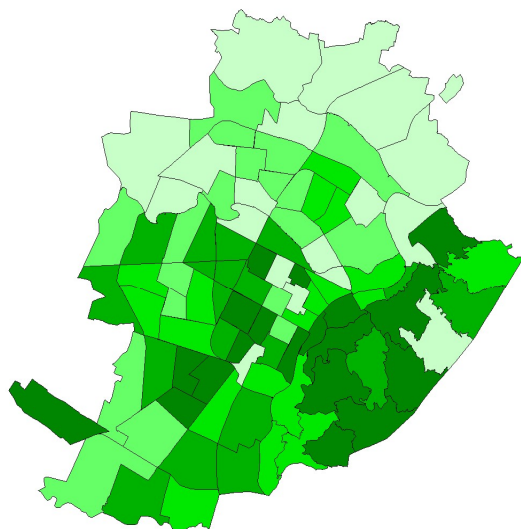


**ANNI
1970**

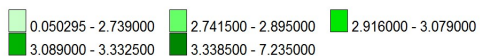
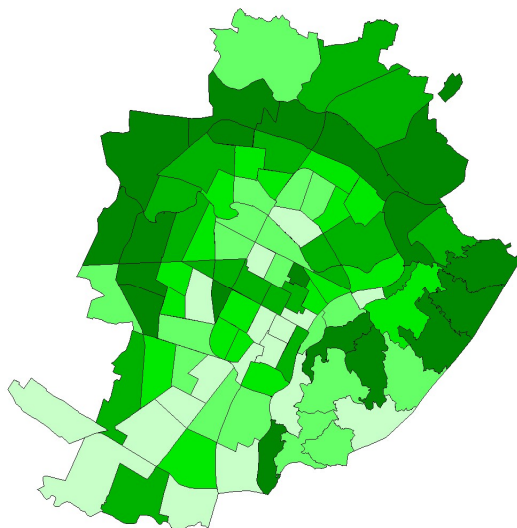


**ANNI
2010**

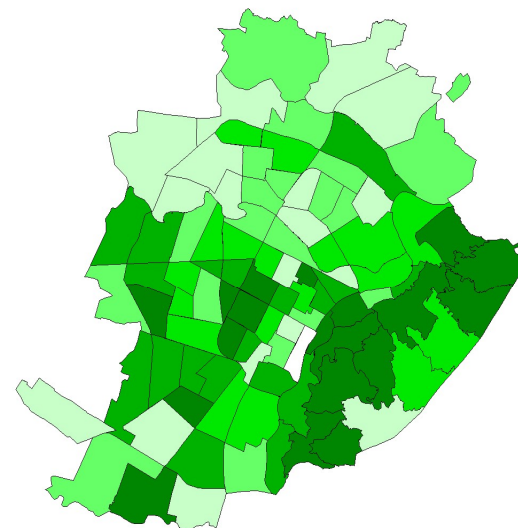
MA DOVE I MIGLIORAMENTI DI SPERANZA DI VITA SONO STATI PIU' INTENSI NELLE AREE GEOGRAFICHE PIU' SVANTAGGIATE: UNA STORIA DI SUCCESSO CHE INCORAGGIA GLI STAKEHOLDER AD ANDARE AVANTI



**ANNI
1970**



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



**ANNI
2010**

Potenzialità per le politiche

Misurare meglio:
no facts no problem

Qualità offerta
educativa

Occupazione
e qualità lavoro

Povertà

Ambiente

Politiche pre-redistributive

Interventi "ambientali"
per facilitare
promozione salute

Politiche sanitarie

Sanità proattiva
e di iniziativa

Riparto delle risorse

Welfare generativo
di comunità

*Politiche locali:
contesti capacitanti*

Luoghi di lavoro che
promuovono salute