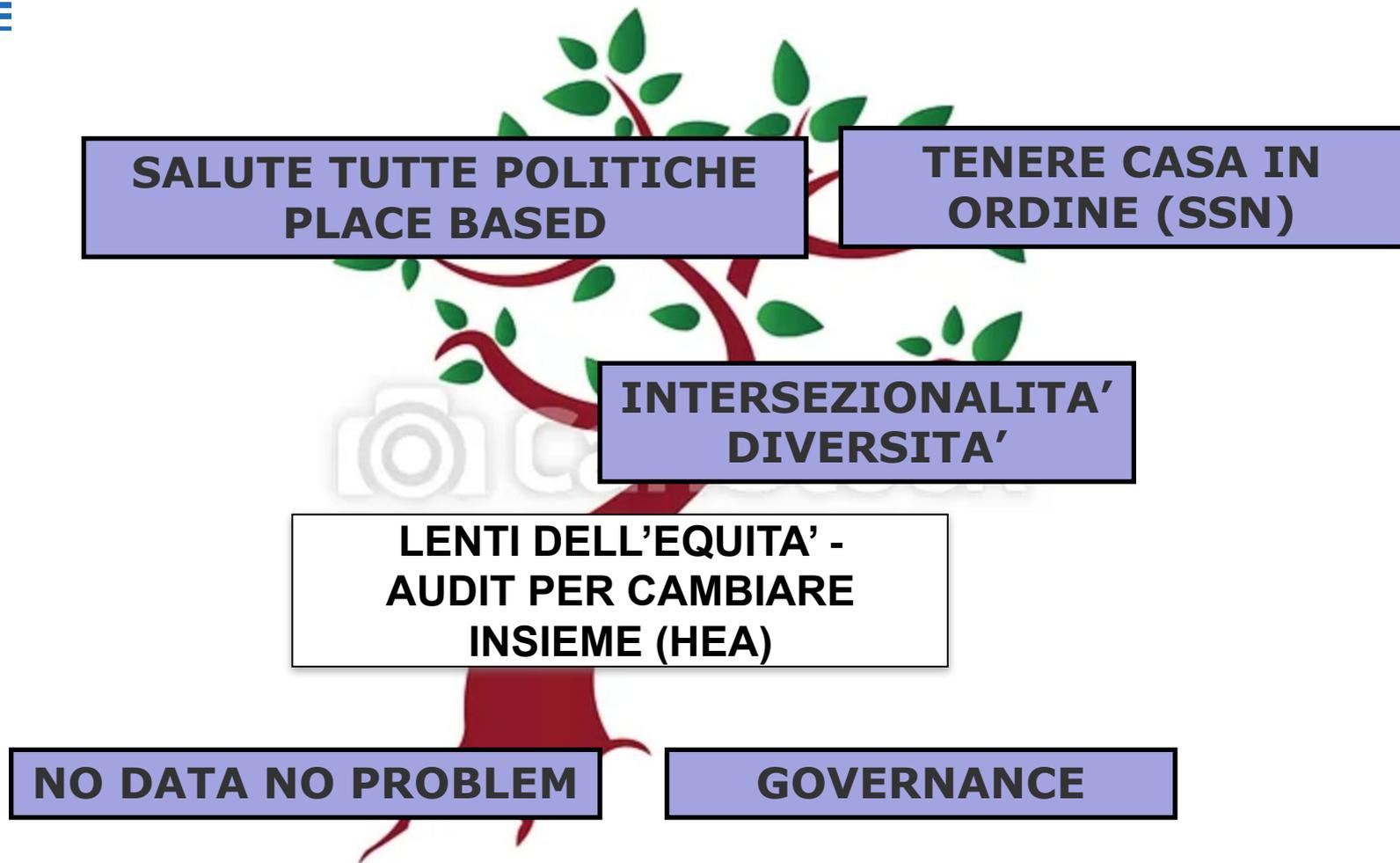


Giuseppe Costa

La salute disuguale e l'empowerment. Due metriche utili per le innovazioni nelle case della comunità



DUE CASI STUDIO: TORINO E TRIESTE



TORINO: LA CITTA' COME SETTING PER HEALTH (EQUITY) IN ALL POLICIES

1ST PHASE: Nov 2017-March 2018

2ND PHASE: July-Sept 2018

3RD PHASE: Oct 2019- still in progress

CITY LEVEL

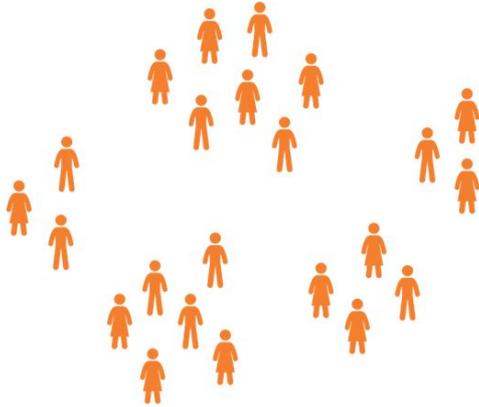
50 representatives

CITY LEVEL

15 high level officers

NEIGHBORHOOD LEVEL

2 communities of practice



Co-investigating health inequalities

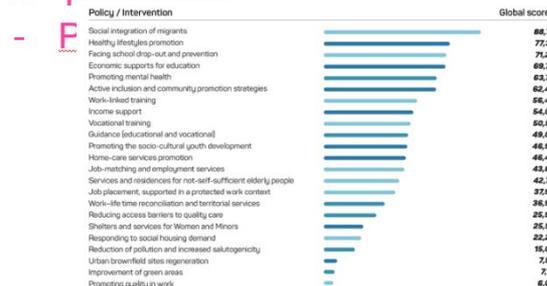
- Evidence in Torino
- Mechanisms of ge
- Solutions to reduce
- Responsibilities

MINDMA



Co-decision:

- Target setting



Co-creation:

Torino Cities Changing Diabetes

Diabete Tipo 2 e Obesità nell'area di Torino Città Metropolitana
Factsheets Atlas 2021

Autori:
Cristina Bargeo
Luca Corsaro
Roberta Craiesi
Stefano da Empoli
Matteo Damilano
Francesco Dotto
Carlo Giorda
Moderatori:
Roberto Gnani
Eleonora Mazzoni
Wesley
Antonio Nicolucci
Roberta Picariello
Federico Serra
Chiara Spinato

Legenda
● Estremo
● Molto
● Moderato
● Poco
● Nulla

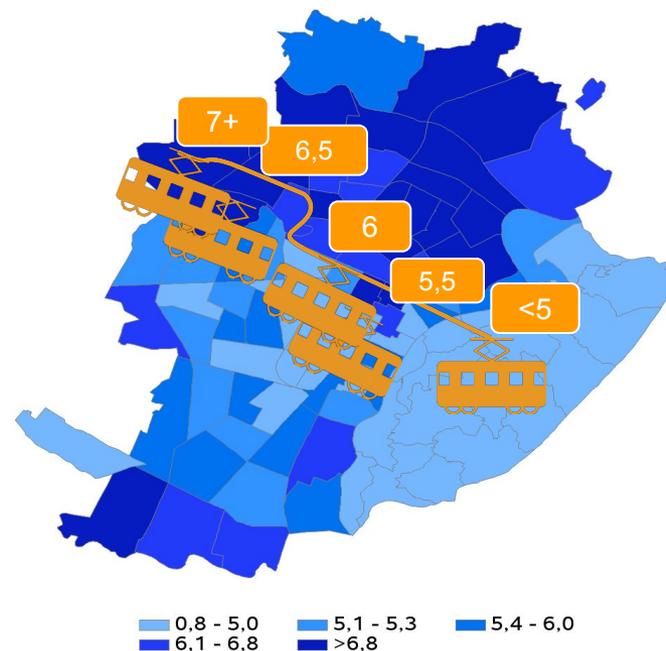
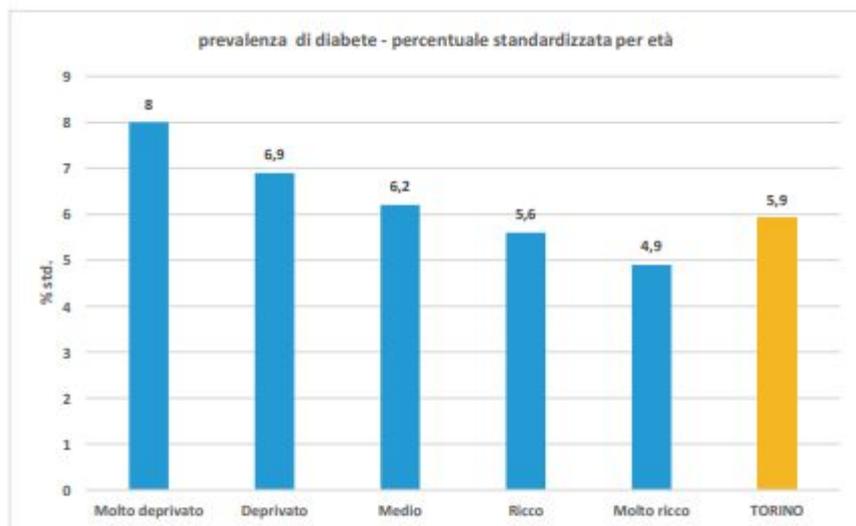




TORINO: LA FASE DI CO-CREAZIONE NEL CASO DIABETE



Prevalenza di diabete Torino 2017, standardizzato per età



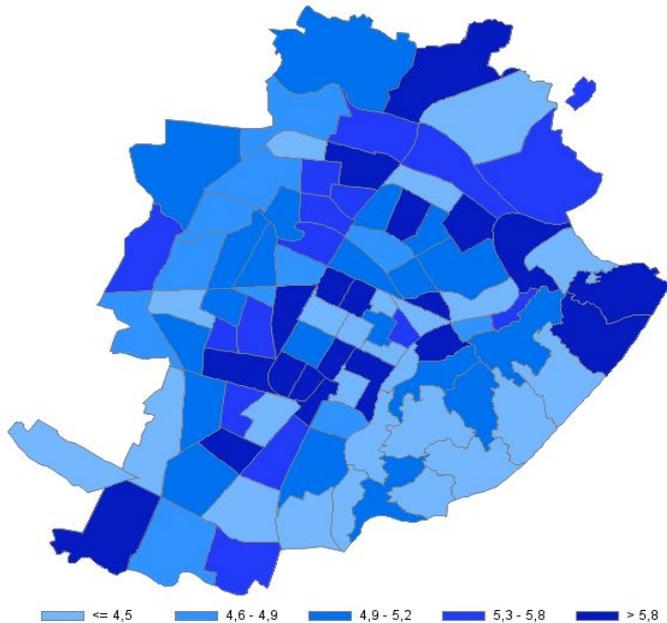
Titolo di studio	
Alto	4,5
Medio	6,5
Basso	13

Di chi è la colpa?



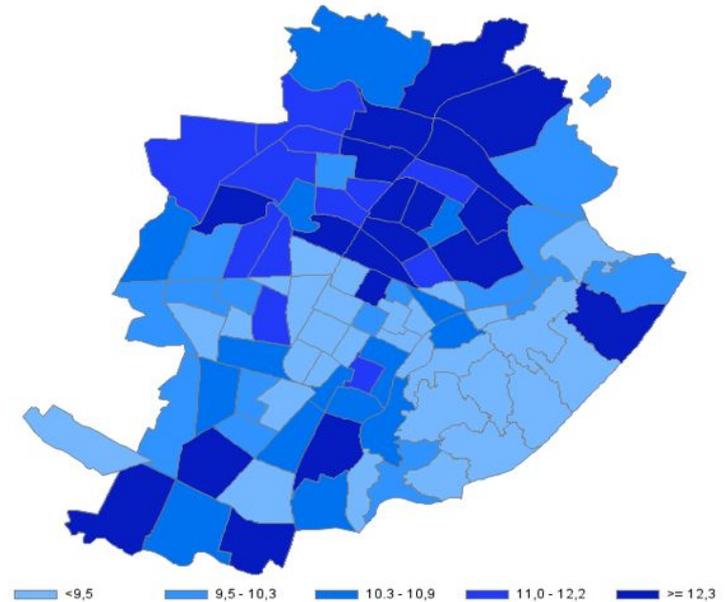
Di come si viene curati?

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



Di come ci si ammala?

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



**Disuguaglianze più in
come ci si ammala che in
come si cura la malattia**

Co-creazione: attori che condividono una strategia e un piano..



Piano di lavoro

COME OPERARE

1

Coordinamento Direzione Distretto, SC endocrinologia e malattie metaboliche, Dipartimento di Prevenzione, Epidemiologia Regionale, Prospettive ricerca socio-economica e altri soggetti non sanitari.

2

Coordinamento con il territorio. La progettazione delle attività deve essere realizzata con gli attori locali nel pieno rispetto della comunità di riferimento e migliorando la relazione diretta con cittadine e cittadini.

3

Azioni concrete, progettazioni operative e attività per garantire creazione di valore per le persone in modo continuativo e sostenibile.

COSA FARE



Post Covid:
Pronti e via!

L'Ambulatorio

Rafforzamento delle capacità di azione dell'ambulatorio di diabetologia del quartiere per una presa in carico del 100% dei pazienti diabetici e rafforzamento delle relazioni sociali per trovare i diabetici non in cura e per migliorare le relazioni di aiuto per chi è già in cura

Interventi sui diabetici

Aumentare l'aderenza agli stili di vita salubri: prescrizione dieta e movimento; coordinamento con la comunità di pratica non sanitaria per la promozione delle opportunità di esercizio fisico e di corretta alimentazione, nonché di inclusione in ambienti e relazioni sociali che facilitino comprensione e pratica dei comportamenti preventivi

Diagnosi precoce

Ampliare la capacità di controllo del diabete: arruolare le farmacie per effettuare i test della glicemia; sensibilizzare operatori sociali e gestori di associazioni in modo che favoriscano il contatto con i referenti sanitari per i controlli, con particolare riferimento alle persone sovrappeso e in situazioni di familiarità

Prevenzione Primaria

Rafforzare la prevenzione primaria: contrasto all'obesità infantile; prevenzione degli eventi avversi del bambino; coinvolgimento delle scuole primarie per un'azione universalistica integrazione con la didattica e la comunità; miglioramento delle competenze genitoriali in gravidanza e allattamento al seno.

Buone pratiche

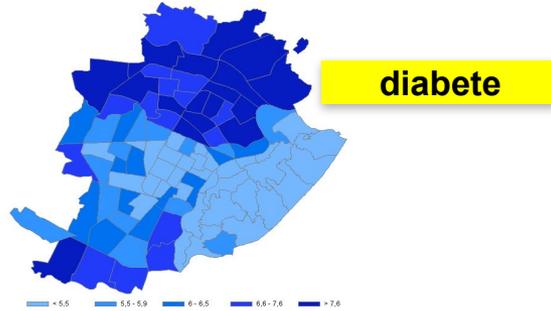
Sono ancora pochi gli esempi di buone pratiche che si siano esplicitamente applicati al proposito di ridurre gli svantaggi in una comunità locale nella incidenza di malattie legate a questi stili di vita. Due progetti europei (HEPP e JAHEE) hanno esaminato le prove di efficacia dei due tipi di interventi di cui sopra e alcuni casi studio, a cui il progetto Le Vallette potrebbe fare ricorso; alcuni di questi sono già censiti nel sito di DORS (CARE). Si citano alcuni esempi interessanti relativi a interventi legati ad una comunità locale, che saranno studiati e illustrati agli stakeholder del progetto per trarre ispirazione per le azioni future. Inoltre, con l'AtInte del Cibo e Università di Torino sono in attuazione altre pratiche già apprezzate da istituzioni internazionali (EIT FOOD e CITIES CHANGING DIABETES)



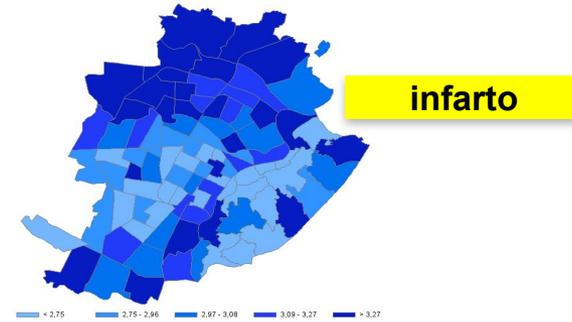
Non solo diabete...



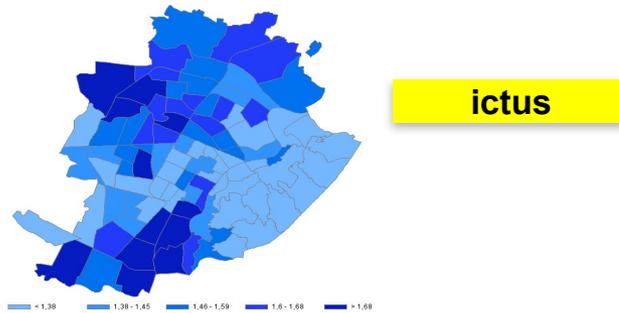
Prevalenza di diabete standardizzata per genere ed età, 2019 - Zone statistiche Torino



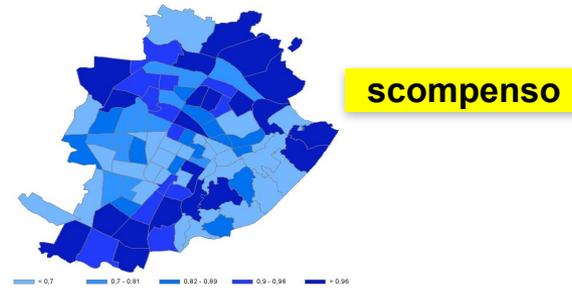
Prevalenza di cardiopatia ischemica standardizzata per genere ed età, 2019 - Zone statistiche Torino



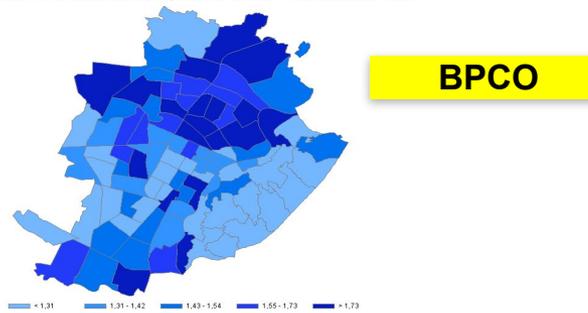
Prevalenza di vasculopatia cerebrale standardizzata per genere ed età, 2019 - Zone statistiche Torino



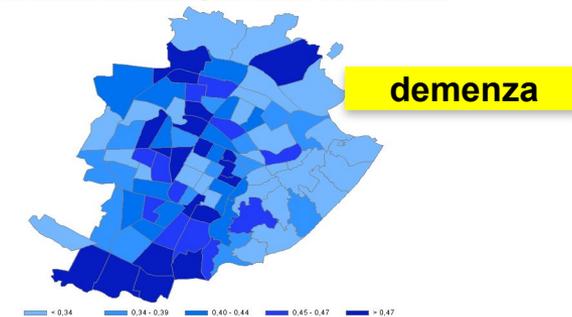
Prevalenza di scompenso cardiaco standardizzata per genere ed età, 2019 - Zone statistiche Torino



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



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



Verso le Case della Comunità...

Per saperne di più su salute disuguale a 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



Programma HM (Habitat MicroAree MA) – Una città che cura

INTERVENTO

- 1. Lavoro sociale** a. analisi dei bisogni casa per casa per incontrare popolazione, b. Visite domiciliari congiunte raccomandate da servizi sociosanitari, c. visite proattive rivolte a gruppi vulnerabili
- 2. Lavoro di sviluppo di comunità** a. attività di socializzazione (gruppi tematici informali), b. valorizzazione di abilità individuali utili per la comunità (tipo banca del tempo)
- 3. Interventi sanitari** a. Monitoraggio attivo di salute dei vulnerabili (assistenza primaria), b. Educazione e promozione di salute, c. integrazione con servizi sociosanitari su casi individuali.

Costi tra €100-200.000 per anno/MA

Austerità: sostenibilità?

VALUTAZIONE QUALITATIVA

- Ricerca azione con 40 professionisti dei team locali
- Meccanismi sociali attivati?
- Specifiche proprietà di capitale sociale create?
- Capacità aumentate?
- Per risolvere problemi critici? (24)

VALUTAZIONE QUANTITATIVA

- Quanto e perché l'intervento ha aumentato la capacità di affrontare i 24 problemi critici?
Confrontando 3 gruppi
- 200 trattati in MA
 - 200 non trattati in MA
 - 200 non trattati fuori da MA



Nostro schema della teoria del progetto MA

La teoria sociale...

- ✓ La salute della persona peggiora a causa di specifici **comportamenti individuali** rischiosi (Costa, 2014)
- ✓ Le persone che mettono in atto, o subiscono, questi comportamenti hanno **minori risorse e capacità individuali**, con le quali mantenere il controllo sulla propria salute (Costa, 2014)
- ✓ Questi comportamenti vengono messi in atto **negli ambienti sociali di vita** (nella scuola, sul lavoro, nel condominio, nei gruppi di amici e conoscenti frequentati, ecc.). Sono condizionati dai meccanismi sociali (**relazioni prossime e interdipendenze tra le persone**), che incidono sui comportamenti e sui significati che a questi vengono attribuiti.

...suggerisce una strategia per le politiche di promozione della salute e dell'equità

- ✓ **Far evolvere la qualità** di queste relazioni (capitale sociale). Si può ottenere un **effetto di capacitazione** (Sen, 1986) in quanto le stesse persone, a parità di risorse (scarse) possono riuscire a raggiungere comportamenti e pratiche di vita meno rischiosi per la salute (Di Monaco e Pilutti, 2014).
- ✓ Ciò richiederebbe un **coinvolgimento diretto delle persone e la loro partecipazione attiva a processi di apprendimento** (empowerment), che sotto il profilo teorico possono essere riferiti al concetto di **ricerca-azione** (Di Monaco e Pilutti, 2018).

Situazione critica

Soggetto D nel suo ambiente di condominio

Soggetto
A

Soggetto C

Soggetto D

Soggetto B

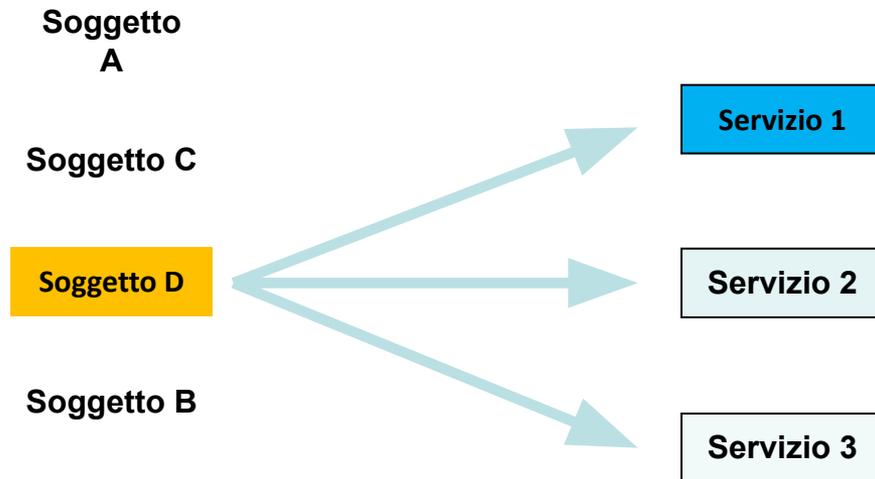
Un problema critico (esempio la difficoltà a camminare) impedisce al **soggetto D** adeguati funzionamenti

Questo problema può rapidamente pregiudicare la sua salute

Incide negativamente su altri aspetti della vita quotidiana in una spirale viziosa

Situazione critica

Soggetto D nel suo ambiente di condominio



Teoria della cura individuale

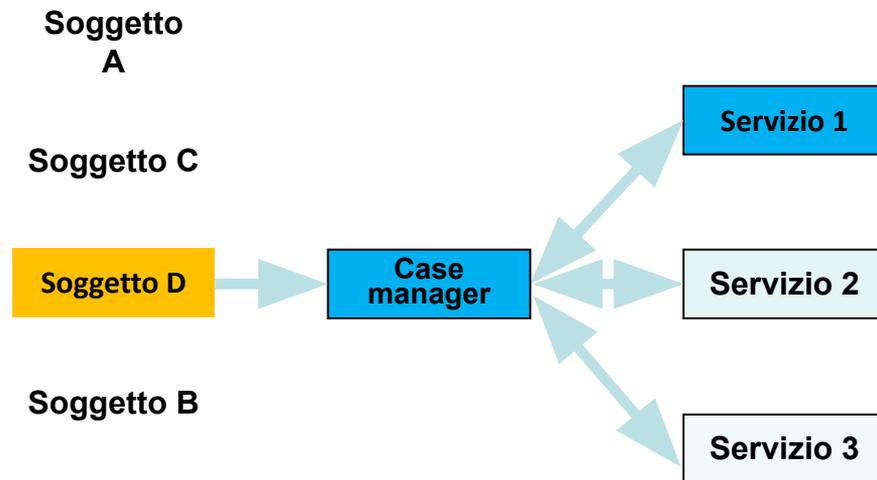
Modello tradizionale

Il **soggetto D** cerca risposte nella relazione con differenti servizi sociali e sanitari

Il problema di 1,2,e 3 consiste nel far fronte alla crisi di salute individuale

Situazione critica

Soggetto D nel suo ambiente di condominio



Teoria della cura alla persona

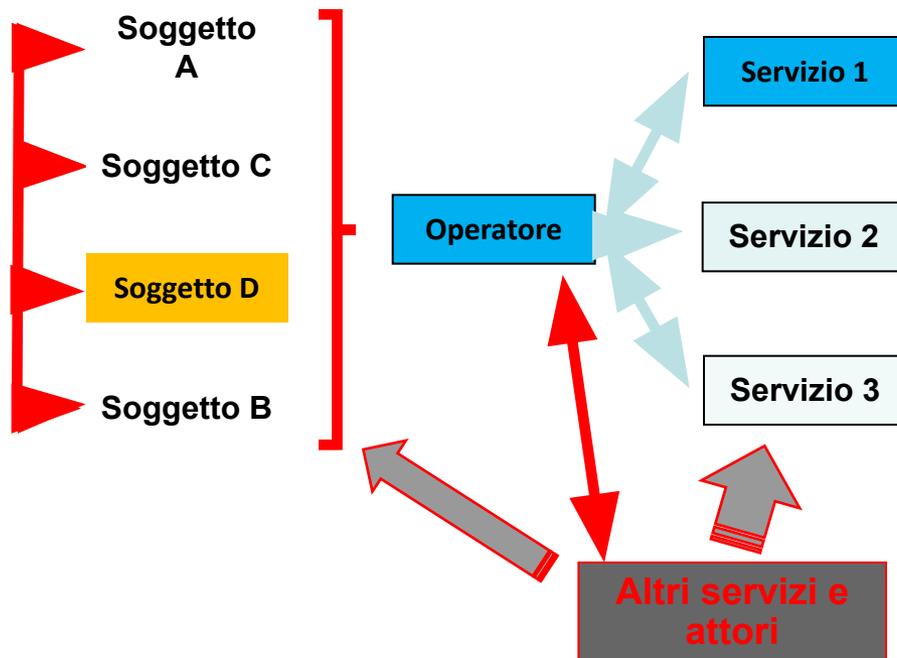
Modello tipo Case manager

Il **soggetto D** è seguito da un case manager che facilita le relazioni con differenti servizi sociali e sanitari

Il problema del Case Manager e di 1,2,e 3 consiste nel far fronte alla crisi di salute individuale

Situazione critica

Soggetto D nel suo ambiente di condominio



2 Effetti comunità:

1. Prossima: qualità relazioni prossime
2. Estesa: convergenza delle politiche e attori collettivi

Teoria del capitale sociale e della ricerca-azione

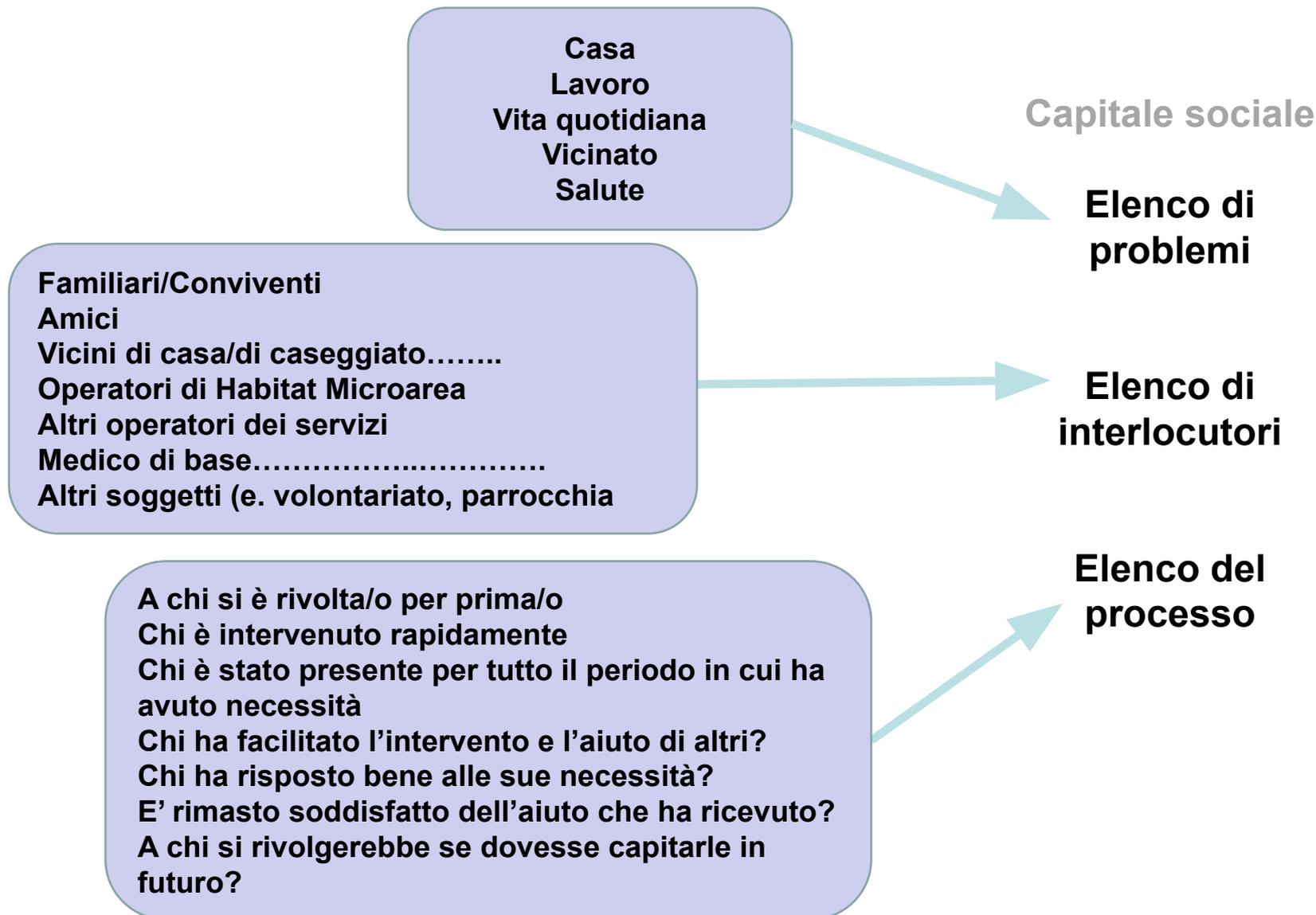
Il **soggetto D** è in relazione con un operatore che è riconosciuto come accessibile e degno di fiducia (nel tempo). Questa proprietà è condivisa con i propri contatti prossimi, i vicini di casa.

L'operatore

- promuove in prima persona l'aiuto a D e facilita scambi reciproci. D tende a diventare un problema del gruppo.
- genera fiducia (assicura sulle intenzioni cooperative degli altri e riduce la diffidenza),
- favorisce il riconoscimento delle esperienze e la costruzione di significati collettivi
- instaura rituali del gruppo
- mobilita i servizi in modo rapido e appropriato
- amplia la gamma di servizi e attori sociali coinvolti

Tutto questo struttura nel tempo incentivi collettivi alla cooperazione e norme sociali coerenti (valore della cooperazione).

Rilevazione degli elementi del capitale sociale (eventi negli ultimi 2 anni)





IL CASO STUDIO DI TRIESTE



RISULTATI

- Trattamento ha coperto i più esposti ai 24 problemi
- I trattati hanno beneficiato maggiormente dei meccanismi di generazione del capitale sociale
- Salute mentale dei trattati migliorata rispetto a quanto atteso se non fossero stati trattati

IMPATTO

- CAPITALE SOCIALE** come generatore di risorse (più relazioni attive e passive capaci di risolvere problemi e più creazione di senso)
- FIDUCIA** come aspettativa positiva di cooperazione
- SERVIZI PUBBLICI** capaci di attivare le persone e di migliorare **QUALITA' E INTEGRAZIONE** degli interventi

Per saperne di più su empowerment a Trieste MA

Journal List > SSM Popul Health > v.12; 2020 Dec > PMC7585153

ELSEVIER

SSM - Population Health

SSM-
POPULATION
HEALTH

[SSM Popul Health](#). 2020 Dec; 12: 100677.

PMCID: PMC7585153

Published online 2020 Oct 9. doi: [10.1016/j.ssmph.2020.100677](https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2020.100677)

PMID: [33134475](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33134475/)

Promoting health equity through social capital in deprived communities: a natural policy experiment in Trieste, Italy

[Roberto Di Monaco](#),^{a,*} [Silvia Pilutti](#),^b [Angelo d'Errico](#),^c and [Giuseppe Costa](#)^d

▶ [Author information](#) ▶ [Article notes](#) ▶ [Copyright and License information](#) ▶ [Disclaimer](#)

Associated Data

▶ [Supplementary Materials](#)

Abstract

Go to:

The Trieste Habitat Micro-area Programme (HMP), an innovative social-health service policy, has offered a natural experiment to empirically evaluate the social mechanisms through which social capital may have an impact on health inequalities. To date, literature clarifying this causal chain is scanty. This empirical study tested the following hypotheses: H1) innovative social-health practices can activate social mechanisms intentionally and systematically so as to generate social capital; H2) such social mechanisms

Alcune direzioni aziendali in Piemonte si preoccupano che gli investimenti strutturali di PNRR in CdC e OdC siano anche capaci di promuovere nuovi contenuti per la sanità territoriale

- Contenuti fondati sui risultati di esperienze virtuose di territorio (tipo Torino e Trieste) esemplificative di modello a tendere (*Integrated Community Care*)
- Per affrontare bisogni prioritari misurati con **LA METRICA DEI RISULTATI ATTESI** (*che diventano i criteri di risultato per ingaggio e valutazione*)
- Grazie all'attivazione dei soggetti della comunità (professionisti e non) come agenti del cambiamento monitorati con **LA METRICA DELL'EMPOWERMENT**
- Grazie alle innovazioni e risorse del PNRR (luoghi, processi PDTA, strumenti digitalizzazione, ruoli IFeC...)

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

LA METRICA DELLA SALUTE DISUGUALE (BISOGNO, 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 (CASE DI COMUNITA')

- Mandato regionale e indicatori
- Obiettivi DG e Direttore Distretto
- Esempio obiettivi a breve
 - Almeno tre allarmi (bisogno, accesso, qualità) da investigare in modo partecipato
 - Almeno un progetto di cambiamento, o una valutazione di impatto di una esperienza
 - 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 caso (Scambio informazioni su utente, Cooperazione su progetto su utente)
 - griglia potere aggregativo di luogo (casa di comunità)

MODELLO A TENDERE

Capacitare gli
individui

Capacitare i
contesti

- Lettura plurale del territorio centrata sul valore da produrre per le persone (protagoniste)
- Capacità di fare impresa (privato) e management in modo intersettoriale e multilivello
- Soluzioni sostenibili introdotte non solo nei progetti
- Governo orientato (non solo)
- A...
- C... genera risorse con nuovi linguaggi, culture, go...

NON E' QUELLO CHE VORREMMO DALLE CASE DELLA COMUNITA' DEL PNRR?



Disuguaglianze di salute

Ridurre le disuguaglianze con azioni
di contrasto sui determinanti sociali

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



JA PreventNCD



CdC-Lab

LABORATORIO NAZIONALE
Acceleratore dell'innovazione nelle Case della Comunità

Build Back Fairer Place-based action (so called “Marmot Cities”)

- Health Equity Audit efficace se applicato in tutti i principali setting di azione utili per la salute, ancor di più se coordinati da amministrazione locale
- Ruolo di guida della città (come Comune o Unione di Comuni)
- Responsabilità sovralocali in promozione di uguali opportunità di salute attraverso la regolazione, la programmazione e il finanziamento

**Rete italiana di città ispirate ai
principi di Marmot Review?**

MARMOT PRINCIPLES

- Give every child the best start in life
- Enable all children, young people and adults to maximise their capabilities and have control over their lives
- Create fair employment and good work for all
- Ensure healthy standard of living for all
- Create and develop healthy and sustainable places and communities
- Strengthen the role and impact of ill health prevention
- Tackle discrimination, racism and their outcomes
- Pursue environmental sustainability and health equity together

Marmot Localities

Reports /plans produced

- **Coventry**
- **Greater Manchester**
- **Cheshire and Merseyside**
- **Luton**

Reports in production

- **Lancashire and Cumbria**
- **Waltham Forest**

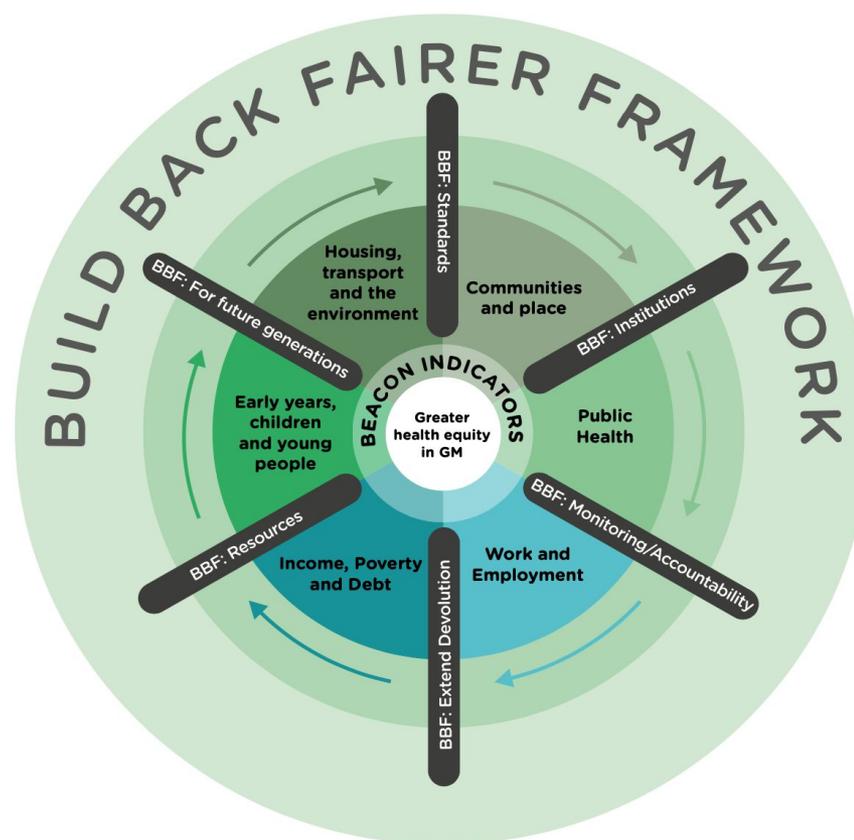
Forthcoming

- **Gwent**
- **South West Region**
- **Greater London**

Current discussions

- **Leeds**
- **Kent**
- **South East Region of England**
- **North of Tyne**

Building back fairer in Greater Manchester



Rete italiana di città ispirate ai principi di Marmot Review?

- che valorizza buone pratiche di rete britannica (Institute of Health Equity, Londra)
- azione complementare e di rinforzo della vocazione delle reti dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (Healthy Cities e Regions for Health) o di altre reti, come Cities Changing Diabetes

Un'agenda per la rete

- Mettere a **fattor comune**
 - La metrica di salute disuguale (vedi rete di studi longitudinali metropolitani)
 - La metrica di empowerment di comunità
- Sfruttare **finestre di opportunità**
 - Piano di Prevenzione (HEA nei setting), Piano Cronicità (HEA in sanità di iniziativa), Case della Comunità (HEA in integrated community care), PNRR (HEA in investimenti non sanitari)
 - Nuove Joint Action (JAPrevention in NCD e JACARDI) per assistenza tecnica
 - Nuovo sistema informativo di Case della Comunità (AgeNaS e Ministero, in fieri)
- Scontando **eterogeneità di riferimenti e di governance**

Intesa su regole di ingaggio?

- Progredire nella capacità di monitoraggio delle disuguaglianze di salute
- Realizzare almeno due interventi pilota di riduzione di disuguaglianze di salute o due valutazioni di impatto di altrettanti interventi locali già in corso
- Partecipare a iniziative di comunicazione/formazione su buone pratiche ben documentate organizzate da rete di Marmot Cities
- Progettare e approvare un meccanismo di governance locale per la riduzione delle disuguaglianze di salute
- Verso un piano locale di riduzione delle disuguaglianze di salute

Come potrebbe essere la rete

- Iniziativa di ISS che bandisce la rete
- Ruolo di centri assistenza tecnica, ad esempio centro HEI (Health Equity Italy) dell'Università di Torino nell'ambito di progetti di ricerca di PNC ambiente e salute e delle due nuove Joint Action europee su prevenzione di malattie croniche e cancro
- ANCI concorre con informazione e patrocinio presso gli enti locali
- Enti partecipanti tramite Comitato di Iniziativa programmano, valutano, facilitano, comunicano, propongono nuove adesioni

Tabella 1. Disuguaglianze sociali in alcuni esempi di bisogno, accesso ai LEA e risultati nella ASL TO3

		Indice composito individuale di svantaggio		
		Nessuno svantaggio	1 svantaggio	2 o più svantaggi
		<i>Prevalenza % standardizzata 2019</i>		
Indicatori di bisogno	Almeno 2 malattie croniche	2,41	2,79	3,80
	Indice di fragilità (% oltre il 90esimo percentile)	5,79	10,71	12,17
		<i>Variazione % volumi 2021 vs 2019 (periodo gennaio-luglio)</i>		
Indicatori di accesso	Interventi di protesi del ginocchio	-10,67	-24,14	-32,08
	Interventi di protesi d'anca	-10,06	-13,65	-27,27
	Interventi per tumore maligno della mammella	-3,98	5,26	-22,86
	Prima visita cardiologica	-11,58	-32,65	-25,95
	Prima visita oncologica	57,73	-11,66	3,91
	Visita psichiatrica di controllo	-11,19	-36,27	-31,99
	Ecocardiografia	-10,04	-27,01	-18,81
		<i>Prevalenza % standardizzata 2019</i>		
Indicatori di esito	Stemi: % trattati con PTCA entro 90'	84,61	85,20	75,26
	% prostatectomia trans uretrale per iperplasia benigna	65,20	61,52	57,04
	Frattura femore: % intervento chirurgico entro 48 h	51,90	47,67	40,87

*componenti indice: istruzione dell'obbligo, indice di affollamento, titolo di godimento in affitto o case popolari (informazione disponibile solo per i soggetti con 30 anni o più di età presenti al censimento)