

Dai dati alle politiche, l'esperienza di Torino di coinvolgimento degli stakeholder

scritto da Luisella Gilardi | 22 Ottobre 2018

Si è recentemente conclusa un'esperienza locale di coinvolgimento dei portatori di interesse (*stakeholder engagement*), realizzata a partire dalla pubblicazione di un rapporto sulle disuguaglianze di salute nella città di Torino. L'intero processo, guidato da un gruppo di ricerca coordinato dal Servizio di Epidemiologia della Regione Piemonte (SEPI) è partito dall'analisi di risultati epidemiologici e ha creato uno spazio di discussione inedito basato sulla cooperazione e sullo scambio di esperienze tra gli attori coinvolti. Durante l'inverno 2016-2017, molti rappresentanti di istituzioni ed enti torinesi hanno partecipato a due progetti europei sull'analisi delle disuguaglianze di salute, dei loro determinanti e delle loro implicazioni per le politiche urbane.

PROGETTO 1: MINDMAP

Il primo progetto, MINDMAP, ha sperimentato nuovi metodi e strumenti di coinvolgimento (1). Circa 50 esperti, decisori e portatori di interesse cittadini hanno partecipato alla discussione sui risultati epidemiologici del rapporto [40 anni di salute a Torino. Spunti per leggere i bisogni e i risultati delle politiche \(2\)](#).

Il volume, basato sui dati dello studio longitudinale torinese^[1], descrive l'influenza che i principali determinanti sociali hanno avuto sulla salute dei torinesi. I partecipanti hanno lavorato insieme in un laboratorio interattivo che ha permesso di interpretare i dati sulla salute e arricchirne il profilo grazie alle conoscenze di ognuno, per capire quali sono i meccanismi con cui la città influenza la salute e i possibili interventi per modificarli. Durante la conferenza finale di MINDMAP, le autorità cittadine (l'Assessorato alle politiche sociali e quello per l'innovazione, l'autorità per l'edilizia pubblica, l'autorità sanitaria locale, l'autorità ecclesiastica e la principale fondazione bancaria cittadina) hanno riconosciuto la necessità di un intervento intersettoriale integrato finalizzato a ridurre le disuguaglianze di salute.

A questo punto occorre decidere quali azioni intraprendere subito; per questo è stato fatto un esercizio congiunto di individuazione delle priorità (*priority setting*) (3).

Con questo mandato è stato costruito il caso-studio del secondo progetto, EURO-HEALTHY, a cui, nel luglio 2017, hanno aderito 15 decisori e *stakeholder*, selezionati tra i partecipanti di MINDMAP.

PROGETTO 2: EURO-HEALTHY

L'esercizio di *priority setting* doveva valutare 23 politiche di competenza della città nelle sue varie articolazioni istituzionali e sociali, per

stimare quanto ognuna potesse contribuire a ridurre le disuguaglianze sociali e quanto fosse fattibile la loro implementazione nel contesto cittadino, per poi stimare l'impatto sulle disuguaglianze di salute dei torinesi. Quest'operazione si è basata sul modello M-MACHBETH, che permette di combinare evidenze e giudizi in modo da ottenere una classifica di efficacia e fattibilità per ogni politica (4).

La discussione sui risultati del libro aveva fornito al gruppo di ricerca gli spunti per elaborare un quadro esplicativo delle disuguaglianze di salute, da cui sono stati identificati 8 principali determinanti di disuguaglianze sociali: 6 riferiti alla dotazione individuale di risorse (istruzione, occupazione, qualità del lavoro, reddito, condizione familiare e condizione abitativa), mentre 2 alla qualità del contesto (ambiente sociale e ambiente fisico). Le 23 politiche sono state classificate in 7 gruppi:

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

Combinando due tecniche di consultazione (Delphi panel (5) e conferenza decisionale in plenaria), i partecipanti hanno fornito il proprio giudizio sull'impatto di ogni politica sulla riduzione delle disuguaglianze sociali per ciascuno degli 8 determinanti e sulla fattibilità (*do-ability*). Questi giudizi sono stati poi pesati per l'impatto sulla salute di ciascun determinante, utilizzando un unico indicatore epidemiologico, cioè il rischio di mortalità prematura attribuibile alle disuguaglianze o, in altre parole, confrontando la quota di morti che sarebbe evitabile in un anno se tutti i residenti di Torino avessero lo stesso rischio di morire del gruppo socialmente più avvantaggiato per ognuno dei determinati considerati. Durante la conferenza finale, la graduatoria risultante delle politiche è stata rappresentata ed esposta ai partecipanti tramite grafici riassuntivi di "benefici vs. fattibilità" (*benefit vs. do-ability*) elaborati in tempo reale: ne è derivata una discussione molto vivace che ha fornito suggerimenti stimolanti, contribuendo a tracciare un percorso utile per analisi successive anche con altri interlocutori.

Vale la pena sottolineare due spunti rilevanti emersi durante il dibattito. **In primo luogo**, il tema della ampiezza temporale con cui valutare un effetto sulla salute delle politiche: l'attenzione alla mortalità prematura, infatti, è accettabile se si considera un effetto di lungo periodo, ma le graduatorie potrebbero cambiare se si considerassero altri esiti di salute a breve e medio termine; in effetti, un approfondimento sulla salute autopercepita, sulla salute fisica e mentale e sulla salute dei giovani ha messo in evidenza cambiamenti significativi nei pesi e, di conseguenza, nella classifica generale delle politiche.

Un altro aspetto discusso riguarda gli effetti della qualità delle relazioni e del capitale sociale e le loro conseguenze sulla salute. I partecipanti hanno ipotizzato che il beneficio atteso e la fattibilità di ciascuna

politica possano migliorare notevolmente in termini di benefici sulla salute qualora gli attori che le gestiscono (imprese, scuole, istituti di formazione, enti eccetera) promuovano il coinvolgimento delle persone e la qualità delle loro relazioni ed esperienze sociali. Anche la letteratura sul tema sembra confermare quanto emerso dalla discussione (6).

In sintesi, l'esercizio ha favorito la creazione di uno spazio di **apprendimento reciproco** tra il gruppo di ricerca e i portatori di interesse, generando sia indicazioni per la pratica e la ricerca sia implicazioni per le politiche urbane, e si è concluso con decisioni concrete prese dalle principali autorità locali. L'ASL Città di Torino, insieme all'Assessorato alle politiche sociali e all'Agenzia territoriale della casa, ha deciso di avviare un nuovo progetto di *welfare* di comunità in una delle aree più svantaggiate della città; l'Assessorato all'innovazione ricalibrerà il progetto della nuova piattaforma digitale locale, includendo un modulo per l'interazione tra la gestione dei big data e l'analisi dei dati ispirato al processo decisionale disegnato da EURO-HEALTHY; la Compagnia di San Paolo (principale fondazione bancaria cittadina) sta considerando la possibilità di incorporare l'impatto sull'equità della salute tra i criteri per valutare nuove proposte di investimento.

BILANCIO FINALE

Il caso-studio di Torino mette in luce come un processo partecipativo di coinvolgimento dei portatori di interesse per azioni di equità nella salute:

- possa essere intrapreso (e realizzato in pochi mesi) a condizione che siano disponibili dati adeguati, in merito alle disuguaglianze sociali nella salute a livello individuale, come quelli offerti dagli studi longitudinali metropolitani;
- non porti necessariamente alla costruzione di una gerarchia di priorità tra le politiche locali. Fin dall'inizio, infatti, i partecipanti hanno riconosciuto tutte le politiche locali incluse nella lista come ugualmente importanti.

Conoscere meglio e accettare le differenze in termini di impatto sull'equità nella salute e di fattibilità non modifica neppure le decisioni strategiche degli stakeholder; ne rende, però, più "consapevole" il processo decisionale e ne aumenta la capacità di identificare le migliori opportunità per rafforzare l'impatto delle politiche sulle disuguaglianze attraverso l'identificazione di sinergie tra diversi attori e settori della politica, favorendo l'approccio intersettoriale, che si è dimostrato il più appropriato ed efficace per il contrasto alle disuguaglianze di salute, principale raccomandazione della Comunicazione della Commissione europea del 2009 dal titolo "Solidarietà in materia di salute: riduzione delle disuguaglianze sanitarie nell'Ue" (7).

Il documento finale, che riferisce nel dettaglio il percorso descritto che vi invitiamo a leggere, è consultabile on-line: [**Dai dati alle politiche: il contributo degli attori istituzionali e sociali a Torino. Far parlare i dati sulla salute per rendere più informate le politiche locali.**](#)

BIBLIOGRAFIA E NOTE

1. Promoting mental well-being and healthy ageing in cities. Disponibile all'indirizzo: <http://www.mindmap-cities.eu/>
2. Costa G, Stroschia M, Zengarini N, Demaria M. 40 anni di salute a Torino. Spunti per leggere i bisogni e i risultati delle politiche. Milano, Inferenze, 2017. Disponibile all'indirizzo: <http://www.epiprev.it/40-anni-di-salute-torino-spunti-leggere-i-bisogni-e-i-risultati-delle-politiche>
3. MINDMAP: dati e politiche di salute a Torino. Atelier per gli operatori del welfare e delle politiche urbane: diario dei lavori. Disponibile all'indirizzo: <http://www.torinonordovest.it/mindmap/>
4. Bana e Costa CA, de Corte JM, Vansnick JC. MACBETH (Measuring Attractiveness by a Categorical Based Evaluation Technique). In: Cochran JJ, Cox LA, Keskinocak P et al (eds). Wiley Encyclopedia of Operations Research and Management Science. doi: 10.1002/9780470400531.eorms0970
5. Tecnica Delphi. Disponibile all'indirizzo: <http://qualitapa.gov.it/relazioni-con-i-cittadini/utilizz-are-gli-strumen...>
6. Capra P, Coppo A, Dettoni L, Di Monaco R, Marino M, Pilutti S, Suglia A. **Coinvolgimento della comunità per il contrasto alle disuguaglianze di salute.**
7. Comunicazione della Commissione al Parlamento Europeo, al Consiglio, al Comitato Economico e Sociale Europeo e al Comitato delle Regioni. **Solidarietà in materia di salute : riduzione delle disuguaglianze sanitarie nell'UE**

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

Testo a cura di *Nicolás Zengarini, S.C. a D.U. Servizio Sovrazonale di Epidemiologia ASL T03 – Regione Piemonte*