

Sfide del welfare

SOSTENIBILITÀ
CO-PROGETTAZIONE
INNOVAZIONE

a cura di
Luigi Gui e Armida Salvati

welfare
innovazione,
sostenibilità sociale

FrancoAngeli 

Collana Peer Review - Pubblicazione in Open Access

Welfare

innovazione, sostenibilità sociale

Collana diretta da Massimo Del Forno e Rossella Trapanese

La collana intende presentare studi e ricerche sul welfare nel quadro della complessità che tiene insieme *idee, metodi e pratiche* nelle diverse ipotesi di cambiamento sociale. Lo scopo è promuovere e divulgare un dibattito interdisciplinare e raccogliere nuove proposte di cambiamento orientate al miglioramento delle condizioni di salute e benessere, a partire dalle persone fragili e vulnerabili, prestando attenzione alle nuove alleanze territoriali, al protagonismo delle famiglie, al ruolo assunto dalle comunità locali, ai legami e alla coesione sociale nei territori.

I temi dell'innovazione e della sostenibilità estendono i campi di interesse del welfare oltre i confini delle attuali politiche sociali, andando a intercettare il sistema dell'economia, i suoi modi operanti, l'uso delle tecnologie e dei saperi, i comportamenti e gli stili di vita ispirati al consumismo, lasciando ampi spazi per una discussione critica sulle questioni sanitarie e ambientali e sulle sue implicazioni nel futuro del welfare.

Il processo di trasformazione va seguito anche nella sua temporalità. Si tratta di estrarre dalle esperienze del passato elementi di continuità/discontinuità per rilanciare idee, metodi e pratiche, trovando una loro coerenza progettuale nell'ottica della sussidiarietà e dei suoi principi ordinativi – l'autonomia, la responsabilità, la libertà, l'uguaglianza, la solidarietà, la partecipazione, la prossimità, la cooperazione, l'interesse generale e il bene comune.

In questo scenario, appare particolarmente centrale la sperimentazione delle governance territoriali, delle sue basi di appoggio democratiche e delle sue reti di supporto. La presenza sul territorio di componenti attive di diversa natura - dagli enti territoriali al Terzo settore, dal variegato mondo della società civile alle famiglie - e la moltiplicazione di esperienze di co-programmazione e co-progettazione lasciano pensare a uno sviluppo comunitario delle governance. Tale fenomeno non è privo di insidie e di problemi. Per potersi consolidare, queste forme richiedono condizioni di possibilità per promuovere nuovi equilibri partecipativi, una più organica distribuzione di ruoli, di competenze e di autorità, senza perdere il valore della rappresentanza e della leadership, che serve a governare i processi di risalita della domanda territoriale.

Nell'analisi di queste possibilità, di assoluto rilievo nelle prospettive di cambiamento appare l'impiego di strumenti innovativi e la costruzione di reti di informazione, di confronto e di scambio digitale. La collana è aperta a contributi che utilizzano metodologie di ricerca sociale di tipo qualitativo e quantitativo per monitorare e valutare l'effetto di interventi e politiche sociali sui territori, le sfide digitali del welfare, e nello specifico del Terzo settore, e il lavoro in rete che si è affermato in tali sistemi.

Comitato scientifico:

Chiara Agostini (Percorsi di Secondo Welfare), Andrea Bassi (Università di Bologna), Davide Bubbico (Università di Salerno), Davide Carbonai (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre), Guido Gabriele Cavalca (Università di Salerno), Antonella Ciocia (IRPPS - CNR), Maria Teresa Consoli (Università di Catania), Vittorio Cotesta (Università Roma Tre), Luca De Luca Picione (Università di Napoli Federico II), Roberta Teresa Di Rosa (Università di Palermo), Maurizio Esposito (Università di Cassino e del Lazio Meridionale), Luigi Gui (Università di Trieste), Paolo Landri (IRPPS - CNR), Vanessa Lamattina (Università di Salerno), Sandra Regina Martini (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre), Porfidio Monda (Università Suor Orsola Benincasa), Matteo Moscatelli (Università Cattolica del Sacro Cuore di Milano), Carlotta Mozzana (Università di Milano Bicocca), Massimo Pendenza (Università di Salerno), Andrea Pirmi (Università di Genova), Serena Quarta (Università di Salerno), Armida Salvati (Università di Bari Aldo Moro), Mara Sanfelici (Università di Milano Bicocca), Raffaele Sibilio (Università di Napoli Federico II), Sabrina Stoppiello (ISTAT), Dario Verderame (Università di Salerno), Maria Prosperina Vitale (Università di Salerno), Flaviano Zandonai (Gruppo Cooperativo CGM).



OPEN ACCESS la soluzione FrancoAngeli

Il presente volume è pubblicato in open access, ossia il file dell'intero lavoro è liberamente scaricabile dalla piattaforma **FrancoAngeli Open Access** (<http://bit.ly/francoangeli-oa>).

FrancoAngeli Open Access è la piattaforma per pubblicare articoli e monografie, rispettando gli standard etici e qualitativi e la messa a disposizione dei contenuti ad accesso aperto. Oltre a garantire il deposito nei maggiori archivi e repository internazionali OA, la sua integrazione con tutto il ricco catalogo di riviste e collane FrancoAngeli massimizza la visibilità, favorisce facilità di ricerca per l'utente e possibilità di impatto per l'autore.

Per saperne di più: [Pubblica con noi](#)

I lettori che desiderano informarsi sui libri e le riviste da noi pubblicati possono consultare il nostro sito Internet: www.francoangeli.it e iscriversi nella home page al servizio "[Informatemi](#)" per ricevere via e-mail le segnalazioni delle novità.

Sfide del welfare

SOSTENIBILITÀ
CO-PROGETTAZIONE
INNOVAZIONE

a cura di
Luigi Gui e Armida Salvati

welfare
innovazione,
sostenibilità sociale

FrancoAngeli 

Collana Peer Review - Pubblicazione in Open Access

Questo volume è stato pubblicato con il contributo della Sezione Politica Sociale di AIS – Associazione Italiana di Sociologia.

Copyright © 2024 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy.

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sul diritto d'autore ed è pubblicata in versione digitale con licenza *Creative Commons Attribuzione-Non Commerciale-Non opere derivate 4.0 Internazionale* (CC-BY-NC-ND 4.0)

L'Utente nel momento in cui effettua il download dell'opera accetta tutte le condizioni della licenza d'uso dell'opera previste e comunicate sul sito
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.it>

Indice

Introduzione , di <i>Luigi Gui</i>	pag.	9
Parte I - Scenari attuali e prospettive		
1. Strategie per la riorganizzazione, l'innovazione sociale e la qualità dei servizi alla persona nel <i>welfare</i> comunitario , di <i>Rossella Trapanese, Matteo Moscatelli</i>	»	19
2. Il Terzo Settore emergente. Tra istituzionalizzazione e insorgenza della società civile , di <i>Andrea Bassi</i>	»	41
3. Quale innovazione nelle politiche e nei servizi sociali? Prospettive a confronto per una ritematizzazione del sociale , di <i>Carlotta Mozzana, Mara Sanfelici</i>	»	65
4. PNRR e programmi di coesione tra inclusività e sostenibilità , di <i>Raffaele Sibilio, Angelo Falzarano, Paola Buonanno</i>	»	84
5. Reti locali che implementano il Social Investment: eterarchia, adattamento e innovazione , di <i>Maurizio Busacca</i>	»	94
6. <i>Welfare</i>, istruzione e formazione professionale e PNRR , di <i>Paola Buonanno, Raffaele Sibilio, Angelo Falzarano</i>	»	110
7. La capacità connettiva della sociologia nei processi integrativi di <i>welfare</i> , di <i>Sergio Mantile</i>	»	122

8. La Legge 33/2023 di riforma dell'assistenza a lungo termine in Italia tra <i>policy</i> e <i>politics</i>: oltre l'immobilismo, un'opportunità di riforma? , di <i>Celestina Valeria De Tommaso, Franca Maino</i>	pag.	129
9. DM 77/2022: quali professionalità per una reale integrazione sociosanitaria, volta all'empowerment del cittadino e alla costruzione della sua salute , di <i>Elena De Vinco, Stefano Branciforte, Caterina Musella</i>	»	143
Parte II - Dinamiche di contesto dalla ricerca sul campo		
10. Le parole della comunità. Evidenze da una ricerca empirica nella prospettiva del <i>welfare</i> responsabile , di <i>Andrea Bilotti, Michele Marzulli, Nicoletta Pavesi</i>	»	159
11. I determinanti sociali di salute in contesto urbano. Presupposti teorico-empirici per le politiche di intervento , di <i>Fabio Lucchini, David Consolazio</i>	»	173
12. PNRR e servizio sociale. Quali sfide per la professione tra governance, organizzazione e interventi. Analisi di un'esperienza territoriale , di <i>Francesca Maci</i>	»	186
13. I Parchi della Bellezza e della Scienza in Sicilia. Il <i>welfare</i> di comunità e le professioni sociali alla prova della transizione ecologica , di <i>Monica Musolino, Tiziana Tarsia</i>	»	199
14. Il Centro Servizi per le Famiglie tra resilienza e innovazione: evidenze da una ricerca valutativa qualitativa , di <i>Caterina Balenzano</i>	»	214
15. Early Childhood Education and Care: verso quale <i>welfare</i>? , di <i>Anna Milione</i>	»	228
16. Innovare la domiciliarità per gli anziani , di <i>Anna Zenarolla</i>	»	245

17. Una ricerca partecipata alla luce del FamLens per l'innovazione delle politiche e degli interventi della Regione Lombardia , di <i>Elisabetta Carrà, Matteo Moscatelli, Chiara Ferrari</i>	pag.	258
18. Il reddito minimo nell'esperienza dei beneficiari. Potenzialità e limiti nella fruizione di un diritto sociale , di <i>Tatiana Saruis, Stella Volturo</i>	»	273
19. Integrazione delle politiche territoriali nella presa in carico dei beneficiari di misure di contrasto alla povertà: evidenze empiriche , di <i>Lluís Francesc Peris Cancio</i>	»	288
Conclusioni , di <i>Armida Salvati</i>	»	301

11. I determinanti sociali di salute in contesto urbano. Presupposti teorico-empirici per le politiche di intervento

di *Fabio Lucchini, David Consolazio*¹

Introduzione

Il presente contributo si pone l'obiettivo di fornire una proposta empirica, teoricamente fondata, che possa essere di spunto per l'elaborazione e la messa in atto politiche di intervento a carattere locale volte a migliorare le condizioni di salute della popolazione residente in contesti urbanizzati e a contrastare le disuguaglianze sociali ad esse connesse. Le evidenze relative alla distribuzione del cattivo stato di salute hanno originato svariati filoni di ricerca sui determinanti sottostanti: l'ipotesi principale è che i fattori esplicativi rilevanti si trovino nelle condizioni sociali; in altre parole, il contesto sociale, politico e culturale cui gli individui sono esposti modella la distribuzione della salute e della malattia (Marmot *et al.*, 2008). La ricerca ha finora identificato un'ampia gamma di determinanti sociali della salute nell'intero ciclo di vita, a partire dalle condizioni sociali che caratterizzano la gravidanza fino alla quantità e alla qualità delle relazioni sociali in età avanzata. Se è vero che la disponibilità di assistenza sanitaria è cruciale per la salute, altri determinanti si identificano in aspetti quali la cura e la stimolazione nei primi anni di vita, un lavoro sicuro, le condizioni abitative, la discriminazione esperita, il rispetto di sé, le relazioni personali, la coesione della comunità d'appartenenza e la disuguaglianza di reddito (Venkatapuram, 2019).

Emerge pertanto come le classi socio-economiche svantaggiate presentino sistematicamente un'incidenza più elevata di morbilità e mortalità e come i peggiori risultati di salute legati alle barriere nell'accesso ai servizi socio-sanitari riguardino in particolare le popolazioni maggiormente vulnerabili: disuguaglianze che emergono tra individui con diversi livelli di istru-

¹ Sebbene il capitolo sia frutto di una riflessione condivisa tra gli autori, a Fabio Lucchini sono attribuibili "Introduzione", "Dal globale al locale: la città, la salute e l'effetto area" e "Conclusioni" e a David Consolazio "Lo studio della salute in contesti urbani: la situazione italiana" e "Spunti per la ricerca".

zione e/o di reddito, tra differenti gruppi e aree geografiche, anche all'interno della stessa città (Gentilini *et al.*, 2020; Mackenbach *et al.*, 2018). Le condizioni sociali paiono dunque giustificare la distribuzione della cattiva salute meglio di quanto facciano i fenomeni a livello individuale (Mackenbach, 2012). Tali evidenze inducono a riflettere sugli interventi da progettare e attuare per mitigare le malattie prevenibili e la mortalità prematura negli individui, così come le iniquità nella qualità della vita e nelle condizioni di salute. Partendo dalla considerazione che lo stato dell'ambiente sociale e fisico determina anche l'urgenza della risposta in ogni specifico contesto, dopo una ricognizione di natura teorica, di seguito si tenta di identificare e discutere possibili linee di ricerca che possano coadiuvare le politiche di intervento volte a ridurre l'esposizione ai fattori di rischio e a promuovere contestualmente la salute e il benessere delle popolazioni urbane (de Sa *et al.*, 2022).

1. Dal globale al locale: la città, la salute e l'effetto area

Se la letteratura disponibile copre principalmente le disuguaglianze di salute tra paesi o regioni/aree all'interno di un paese, gli studi che mappano la situazione a un livello più dettagliato, ad esempio in una città, sono meno frequenti e tuttavia più informativi in termini di orientamento e monitoraggio delle politiche locali (Gentilini *et al.*, 2020). Il rapido aumento dell'urbanizzazione, l'invecchiamento della popolazione, i cambiamenti climatici, il degrado ambientale, la pandemia di Covid-19 e altri focolai epidemici rappresentano questioni sostanziali. La capacità di identificare e rispondere alle sfide urbane legate alla salute, all'equità e alla sostenibilità varia notevolmente tra i governi nazionali e subnazionali, in ragione delle risorse umane e finanziarie disponibili e delle strutture di *governance* e di partecipazione, che rappresentano anch'esse importanti fattori determinanti per ambienti sani e sostenibili.

A questo proposito, la segregazione socio-economica è una questione chiave da affrontare, poiché le persistenti vulnerabilità sociali nei sistemi urbani minacciano l'accessibilità ai beni e ai servizi essenziali, con importanti conseguenze sulla salute e sulla qualità della vita dei cittadini (Landi, 2021). Esistono anche disuguaglianze di natura fisico-spaziale all'interno del sistema città: differenze radicali tra i quartieri in termini di infrastrutture fisiche, qualità degli alloggi e presenza e accessibilità a spazi verdi. Le disuguaglianze fisico-spaziali comprendono anche tutti i problemi legati agli inquinanti presenti nell'aria, nell'acqua e nel suolo. Anche i processi di gentrificazione rientrano tra le dimensioni critiche per la sostenibilità: dietro l'obiet-

tivo politico di riqualificare il paesaggio urbano, spesso si celano dinamiche che accentuano la disuguaglianza spaziale ai danni delle popolazioni di estrazione sociale inferiore, che finiscono per essere spinte verso aree suburbane ove possono trovare alloggi più economici, patendo tuttavia l'aumento dei tempi di pendolarismo e dei costi di viaggio (Zhang, 2014), nonché la minor accessibilità a servizi potenzialmente rilevanti per il benessere individuale.

La pandemia di Covid-19 del 2020 ha amplificato la vulnerabilità sanitaria delle popolazioni più svantaggiate. Considerando gli studi che stanno corroborando le possibili correlazioni tra la mortalità da Covid-19 e l'inquinamento atmosferico (Perone, 2022), è sempre più chiaro come la segregazione socio-economica, un aspetto cruciale delle disuguaglianze urbane, abbia implicazioni significative in termini di degrado ambientale e salute pubblica, influenzando anche i processi di sostenibilità ecologica (Sampson, 2017).

Se è noto che un'ampia letteratura scientifica indaga da decenni le disuguaglianze di salute, esiste anche un interesse specifico per il cosiddetto "effetto area" (*neighborhood effect*), che studia come le caratteristiche del quartiere di residenza (o, in senso lato, del contesto locale) influenzino gli esiti di salute di chi vi abita, sommandosi o, meglio, interagendo, con il profilo socio-economico individuale. A livello locale, diversi studi riportati da Bodini *et al.* (2021) hanno evidenziato un effetto dell'area di residenza all'interno della stessa città sulla mortalità e la morbilità, sottolineando quanto la deprivazione socio-economica degli ambienti di vita, la concentrazione dello svantaggio e l'isolamento geografico influenzino gli esiti di salute degli abitanti.

Sempre Bodini e colleghi (2021), nell'ambito di una ricerca-azione sul tema dell'equità e del diritto alla salute nel contesto urbano bolognese, e seguendo la distinzione già discussa da Macintyre (1997), ragionano sui modelli esplicativi rispetto alla distribuzione spaziale e alle variazioni geografiche della salute, ossia: il modello compositazionale, che si concentra sulle caratteristiche condivise dei residenti (persone simili per condizioni socio-economiche, origine geografica, livello di istruzione tendono a raggrupparsi nello stesso luogo); il modello contestuale, che presta attenzione alla composizione sociale e fisica dell'ambiente; il modello collettivo, secondo cui le variazioni spaziali nei risultati di salute sono attribuibili alle caratteristiche socio-culturali di una comunità, come norme, tradizioni, valori, pratiche e interessi condivisi (Bodini *et al.*, 2021).

Posto che altri approcci hanno criticato questa classificazione, in quanto essa non permetterebbe di valutare olisticamente le dinamiche che interessano il territorio e la salute dei suoi abitanti (Bernard *et al.*, 2007), sembra importante prendere in considerazione anche i fattori che facilitano o meno l'accesso alle risorse all'interno dei quartieri: la vicinanza degli abitanti ai

servizi fondamentali, i prezzi degli immobili e dei beni primari, l'esistenza o meno di meccanismi di reciprocità informale e di organizzazioni comunitarie, il livello di capitale sociale. Ancora, alcuni autori si concentrano sulla dimensione strutturale dei processi e delle politiche che determinano le condizioni di svantaggio sanitario dei quartieri e la segregazione in determinate aree per alcuni gruppi di popolazione (Riley, 2018): questa tipologia di studi ha il vantaggio di considerare la dimensione culturale come uno dei fattori dell'*effetto area*, che agisce in combinazione con le dimensioni strutturali; infatti, è importante cogliere le eterogeneità tra gli abitanti dei quartieri sia in termini di reti sociali che di scelte individuali, prestando attenzione ai rischi di omologare o stigmatizzare le popolazioni che vivono in quartieri con condizioni strutturali simili (Gans, 2014).

Tenendo conto di quanto sopra, e in un contesto segnato dall'accentuarsi del cambiamento climatico, dal diffondersi di emergenze sanitarie e da crescenti incertezze economiche, si riconosce come anche una buona pianificazione urbana possa produrre co-benefici per la salute e il benessere individuale e collettivo. Promettente in tal senso la direzione indicata da una recente serie di *Lancet* (Giles-Corti *et al.*, 2022), che ha identificato un insieme di politiche integrate rivolte ai sistemi urbani con l'obiettivo di facilitare lo sviluppo di indicatori per città sane e sostenibili, mediante il coinvolgimento, secondo un approccio di salute pubblica, di svariate competenze interdisciplinari, dalle scienze architettoniche a quelle informatiche, da quelle comportamentali a quelle epidemiologiche, senza dimenticare l'apporto delle scienze sociali.

2. Lo studio della salute in contesti urbani: la situazione italiana

È doveroso rimarcare che interventi di prevenzione e promozione della salute che tengano conto della morfologia urbana non possono prescindere da una conoscenza puntuale delle micro-territorialità locali, conferendo alla progettazione una caratterizzazione scientifica che consenta di superare il "muoversi a tentoni" che sovente guida gli interventi calati nella realtà urbana, basandosi tanto sul senso comune (agire dove si crede sia meglio) quanto sull'opportunità (intervenire dove è più facile e/o conveniente farlo). Per ideare e implementare interventi di salute pubblica concepiti in funzione delle specificità territoriali è infatti fondamentale essere in possesso di informazioni dettagliate e affidabili su: a) lo stato di salute della popolazione dell'area in oggetto (es. quali sono le maggiori cause di morte nell'area in questione e quali le cronicità maggiormente diffuse?); b) i fattori di rischio

(es. quanto sono diffusi i comportamenti dannosi per la salute, quali abitudine al fumo, consumo smodato di alcol, inattività fisica e dieta insalubre?); c) le caratteristiche dell'contesto di vita (es. quanto sono accessibili gli spazi verdi o i servizi di prevenzione primaria?); d) la composizione sociale territoriale (es. si tratta di un'area benestante o dove la maggior parte della popolazione è soggetta a vulnerabilità economica e/o sociale? Quanto è importante la componente anziana nell'area in questione?).

2.1. Le indagini campionarie

Nel contesto italiano, tuttavia, il perseguimento di tale fine è minato in partenza dalla mancanza e/o dall'inadeguatezza di basi informative che consentano di approcciarsi allo studio empirico delle caratteristiche e dei bisogni di salute dei diversi territori che compongono l'ambiente urbano. L'indagine di sorveglianza PASSI (*Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia*), ad esempio, raccoglie informazioni dettagliate sui fattori di rischio (attività fisica, sovrappeso e obesità, mobilità attiva, consumi di frutta e verdura, consumo di alcol, abitudine al fumo, fumo passivo, consumo di sale), sui programmi di prevenzione (screening e vaccinazioni), la percezione dello stato di salute, la depressione e la presenza di patologie croniche nella popolazione italiana; tuttavia, la rappresentatività della rilevazione è limitata al territorio delle ASL, corrispondente generalmente ad aggregazioni di più comuni spazialmente contigui. A livello nazionale, le consuete indagini campionarie (es. le indagini multiscopo sulle famiglie italiane condotte a cadenza ripetuta dall'Istat) dispongono di un numero limitato di domande volte a indagare la dimensione della salute e dei fattori di rischio ad essa collegata – eccezion fatta per quelle dedicate al tema come la *European Health Interview Survey* (EHIS) – e in ogni caso non raccolgono le informazioni di interesse con il dettaglio spaziale necessario, fermandosi al livello regionale o al più provinciale. L'indagine HBSC (*Health Behaviour in School-aged Children*) e l'indagine OKkio alla SALUTE dispongono di un'ampia gamma di informazioni (alcune relative anche al contesto di residenza) sulla sfera della salute e i comportamenti e gli stili di vita in ragazzi di età scolare, ma anche in questo caso non è possibile condurre analisi con un livello di dettaglio subcomunale. A conti fatti, la disponibilità informativa attuale rende di fatto impraticabile lo studio sistematico dell'associazione tra condizioni sociali, fattori comportamentali, esposizione territoriale e stato di salute a livello subcomunale, o anche solo comunale.

2.2. I flussi amministrativi sanitari

Le indagini campionarie non costituiscono l'unica fonte di informazioni nel contesto nazionale: da diversi anni e sempre più frequentemente si fa uso delle banche dati amministrative del settore sanitario ai fini di ricerca scientifica, le quali dispongono di una varietà di informazioni sanitarie individuali che possono essere georeferenziate a diverse unità territoriali locali (es. quartiere, distretto, sezione di censimento). Attualmente tali flussi informativi trovano utilizzo estensivo nella creazione di indicatori per la valutazione degli esiti di salute e delle prestazioni erogate dalle strutture sanitarie. Se da una parte sono estremamente precisi nell'intercettare tutto ciò che passa attraverso il Servizio sanitario nazionale tramite erogatori pubblici o convenzionati (es. prescrizioni mediche, prestazioni ambulatoriali, accessi al pronto soccorso, ricoveri, esenzioni, cronicità), d'altro canto tali basi dati non contengono alcun tipo di informazione sistematica né sui fattori di rischio comportamentali e sugli stili di vita, né sulle condizioni socio-economiche. Per colmare questa lacuna è possibile seguire delle strategie alternative, dettate tuttavia da un buon grado di approssimazione. La prevalenza di comportamenti a rischio e stili di vita dannosi per la salute si può infatti desumere indirettamente dalla prevalenza delle patologie ad essi correlati, facendo uso degli indicatori biomedici in funzione di *proxy* dei fattori di rischio per la salute. A titolo esemplificativo, citando i più canonici degli esempi, è possibile stimare la prevalenza di fumatori in una data area a partire dalla percentuale di decessi per cause fumo-correlate, così come la prevalenza di diabete di tipo 2 può contribuire a una stima delle persone in sovrappeso. Tuttavia, come anticipato, tale approccio presenza delle forti criticità intrinseche, *in primis* poiché una patologia può essere associata a molteplici fattori di rischio, rendendo difficile discernere quale sia il principale determinante della condizione esaminata. Rifacendoci ai nostri esempi, un'elevata prevalenza di malattie respiratorie in un determinato quartiere può essere sì la conseguenza di un'abitudine al fumo diffusa tra gli abitanti dell'area, ma potrebbe nondimeno essere attribuibile all'inquinamento atmosferico o all'esposizione ad agenti tossici sul luogo di lavoro, che potrebbe anche essere collocato altrove (come nel caso di un quartiere con una forte componente operaia che si sposta quotidianamente per lavorare in aziende site in un distretto chimico in aree limitrofe). Allo stesso modo, diversi fattori di rischio possono contribuire all'insorgenza di una molteplicità di patologie: una dieta insalubre e l'inattività fisica possono essere responsabili di un aumento del rischio tanto di malattie cardiovascolari che del diabete di tipo 2. Tale mancanza di una corrispondenza biunivoca tra fattori di rischio ed esiti sanitari implica che la deduzione della prevalenza di uno specifico fattore di rischio in una determinata area a partire dalla prevalenza delle patologie a esso correlata debba essere

operata con cautela e solo nel caso in cui non sia possibile effettuare una stima con strumenti e metodi più precisi e meno soggetti a distorsione sistematica.

Una soluzione sicuramente più affidabile, ma non per questo esente da criticità, consiste nell'utilizzo delle cosiddette “frazioni di mortalità attribuibile” (o anche solo “frazioni attribuibili”), ossia delle misure epidemiologiche rappresentanti la percentuale di decessi occorsi all'interno di una popolazione che sono direttamente imputabili a un determinato fattore di rischio, e che pertanto potrebbero essere evitati se tale fattore di rischio non esistesse (Mansournia e Altman, 2018). Rimandando altrove per una discussione tecnica sulla metodologia di calcolo delle suddette misure, il concetto sottostante è di facile intuizione: sapendo che nel 2019 in Italia il tumore al polmone è stato responsabile del 5,7% dei 642.341 decessi complessivamente verificatisi e sapendo altresì dal calcolo delle frazioni attribuibili che il fumo di sigaretta è responsabile del 69% delle morti da tumore al polmone, si può dedurre che nell'anno in questione si sarebbero potuti evitare 25.665 decessi immaginando l'assenza di esposizione al fumo. Applicando le stime delle frazioni attribuibili a ciascuno dei principali fattori di rischio comportamentali – derivate da indagini campionarie come la sorveglianza PASSI – ai numeri di decessi ad essi correlati occorsi su scala sub-comunale – utilizzando i già citati flussi amministrativi sanitari ampiamente disponibili – è possibile stimare in modo certamente approssimativo, ma senza dubbio interessante, la prevalenza territoriale dei suddetti fattori di rischio, esplorandone l'eterogeneità di distribuzione all'interno del contesto urbano e potendone poi vagliare l'associazione con la composizione demografica e socio-economica delle aree, nonché con le caratteristiche materiali e sociali dell'ambiente di residenza. Nonostante le stime delle frazioni attribuibili a una vasta gamma di fattori di rischio siano liberamente accessibili in formato *open data* (<https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>), ad oggi nel contesto italiano il loro utilizzo è tendenzialmente limitato a studi condotti a livello nazionale (es. Battisti *et al.*, 2017) o al più in confronti interregionali (es. Carreras *et al.*, 2019), mentre non si rinvengono applicazioni volte a stimare la prevalenza dei fattori di rischio comportamentali con un livello di dettaglio territoriale maggiore, volto a esaminare differenze tra aree della stessa città.

2.3. Dati territoriali

Nel novero delle informazioni necessarie allo studio della salute in ambiente urbano è fondamentale essere in possesso di dati in grado di descrivere il contesto locale nel quale i soggetti vivono e agiscono, al fine di comprendere il modo in cui questo è in grado di influenzarne l'adozione di compor-

tamenti collegati alla salute. Allo stato attuale, sono due le fonti informative disponibili. Da un lato, è sempre più comune il rilascio da parte degli enti istituzionali di informazioni territoriali in formato *open data*. Se il principale vantaggio di questi dati è la loro provenienza ufficiale (sono solitamente estratti da archivi amministrativi), non vi è tuttavia alcuna centralizzazione e standardizzazione delle informazioni trasmesse, che sono generalmente fornite dai comuni di maggiori dimensioni (con molta difformità nei dati) e in maniera discontinua, con dati raramente aggiornati. Dall'altro lato, è sempre più diffuso anche in ambito di ricerca scientifica il ricorso agli *open data* creati a partire dalla collaborazione degli utenti all'interno di piattaforme digitali (es. www.openstreetmap.org). La copertura è sicuramente più ampia ed eterogenea rispetto ai dati forniti dagli enti, ma l'affidabilità è dibattuta. Anche in questo caso, inoltre, la disponibilità delle informazioni risente delle dimensioni dell'area, dal momento che è più facile avere una comunità di utenti attivi nell'inserire e aggiornare le informazioni territoriali sul portale in grandi aree metropolitane piuttosto che in aree periferiche o rurali. I dati censuari, infine, pur essendo molto utili per descrivere la composizione demografica e socio-economica delle micro-aree che caratterizzano il contesto urbano, dispongono di limitate informazioni riguardo la caratterizzazione del territorio, non consentendo in alcun modo di ricostruire l'ambiente sociale e fisico del contesto di residenza.

3. Spunti per la ricerca

Nonostante la possibilità di combinare dati di provenienza diversa, la situazione attuale risulta caratterizzata dall'inadeguatezza di una base informativa idonea allo studio dei determinanti sociali di salute a livello urbano nella loro completezza, consentendo di distinguere gli effetti di composizione da quelli di contesto, nonché di comprendere quanto le disuguaglianze sociali nelle condizioni di salute siano influenzate dalla struttura urbana del contesto di vita, quanto dipendano dalle pratiche comportamentali dei soggetti che abitano la città, e quanto l'azione umana e la struttura sociale interagiscano nel determinare gli esiti di salute presenti. In ragione di ciò, passate in rassegna le potenzialità e i limiti delle fonti informative attualmente disponibili, richiamiamo l'attenzione sull'importanza e la necessità di raccogliere dati primari con lo scopo fondamentale di permettere lo studio dei determinanti sociali di salute nei contesti urbani per consentire l'ideazione e l'adozione di politiche urbane volte a migliorare la qualità della vita delle persone, a ridurre le disuguaglianze presenti e a contrastare la formazione di nuove forme di iniquità. In breve, basandosi sugli strumenti esistenti, ma

possibilmente adeguandoli alle necessità specifiche di ciascun contesto, sarebbe estremamente rilevante raccogliere informazioni a livello di quartiere in merito a quattro dimensioni, ossia:

- a) le condizioni di salute della popolazione residente (es. salute auto-percepita, presenza di patologie croniche, problematiche di salute maggiormente presenti, salute mentale, qualità della vita);
- b) la diffusione dei comportamenti a rischio per la salute (es. fumo di sigaretta, regime alimentare, sedentarietà e inattività fisica, consumo di alcol e sostanze stupefacenti, gioco d'azzardo);
- c) la caratterizzazione del contesto di residenza (es. inquinamento atmosferico e acustico, presenza di spazi verdi, camminabilità e ciclabilità, offerta alimentare locale, traffico, trasporti pubblici, criminalità e sicurezza, coesione sociale, accessibilità ai servizi sanitari);
- d) la composizione demografica e socio-economica del quartiere (es. percentuale di anziani, tasso di disoccupazione, livello di istruzione, presenza di NEET).

Il reperimento per ciascuna area urbana di tali informazioni a livello individuale, e non meramente aggregato, consentirebbe non solo di risalire alla distribuzione territoriale intra-urbana degli indicatori presi in esame (cosa in parte già possibile attraverso l'utilizzo disgiunto delle fonti informative attualmente a disposizione), bensì di superare il focus esclusivo in termini ecologici avvalendosi di una modellistica multivariata e multilivello permettente di studiare in maniera opportuna le associazioni tra le diverse dimensioni prese in esame. Esempi, tra i molti, di alcuni quesiti di ricerca ai quali una base informativa così strutturata permetterebbe di approcciarsi sono:

- a) Quali sono le problematiche di salute maggiormente presenti in una determinata area e in che modo sono influenzate dalle caratteristiche del contesto di residenza piuttosto che dallo svantaggio socio-economico dei residenti?
- b) Quali sono le aree in cui il legame tra fattori di rischio e condizioni di salute è più marcato e dove è quindi possibile intervenire per mitigare il rischio?
- c) Esiste un'associazione tra scarsa accessibilità a spazi verdi/camminabilità e prevalenza di patologie cardiovascolari che renda evidente la necessità di riprogettare l'ambiente urbano per migliorare la salute dei residenti?
- d) Quanto l'offerta alimentare locale influisce sui regimi alimentari dei residenti e quanto ciò si traduce in maggiori/minori rischi di insorgenza di patologie metaboliche?
- e) Le carenze nella prevenzione primaria sono almeno parzialmente imputabili alle difficoltà di accesso alle strutture sanitarie da parte dei soggetti più vulnerabili e/o residenti in aree periferiche?

Nonostante il suo potenziale, siamo consapevoli che la proposta non sia di facile conduzione, incorporando diverse criticità, alcune tipiche delle inchieste campionarie, altre specificatamente in relazione alla natura territoriale del disegno di ricerca. Il primo elemento di difficoltà è indubbiamente legato al coinvolgimento dei partecipanti e al raggiungimento di una numerosità campionaria sufficiente a garantire una rappresentatività statistica delle unità territoriali trattate. Se infatti questo problema si pone in tutte le rilevazioni a campione, nel caso di un disegno quale quello proposto in questa sede le difficoltà si moltiplicano in funzione del numero delle aree sub-comunali per le quali si vogliono ottenere le informazioni di interesse. Nell'ipotesi di voler mappare interamente la realtà urbana in esame, una cosa è ottenere un campione rappresentativo per un comune nel suo complesso, come tipicamente avviene (operazione peraltro dalla complessità mai trascurabile), diverso è invece ricavare un campione rappresentativo per ciascuna delle aree che compongono tali comuni che, nel caso dei comuni capoluogo delle quattordici città metropolitane italiane, spaziano dalle 10 di Catania alle 155 di Roma, passando, per dare un'idea, per le 30 di Napoli, le 88 di Milano, le 90 di Bologna e le 94 di Torino. Come è noto, la questione non è prettamente numerica (raggiungere un numero adeguato di rispondenti in ciascun quartiere), ma relativa anche al profilo di chi all'interno di ciascuna area ha una maggiore propensione a rispondere, con i noti problemi di distorsione nella risposta in funzione delle caratteristiche demografiche e socio-economiche dei potenziali partecipanti (Groves, 2006; Groves *et al.*, 1992). I soggetti più anziani, meno istruiti, e appartenenti a minoranze etniche sono infatti meno propensi a prender parte a indagini campionarie, rendendo difficile ottenere un campione che non sia distorto e conseguentemente maggiormente rappresentativo di quelle frazioni di popolazione di più elevata estrazione sociale. Nel caso di uno strumento di indagine concepito in vista della progettazione di politiche pubbliche volte a migliorare l'ambiente urbano in funzione dell'opinione raccolta dai suoi abitanti, è evidente che il mancato raggiungimento di una reale rappresentatività statistica nelle aree oggetto di indagine potrebbe generare effetti perversi, intervenendo laddove sia relativamente meno necessario, andando ad amplificare le disuguaglianze in essere anziché ridurle (o a crearne di nuove anziché prevenirle). Una alternativa potrebbe consistere nella rinuncia a voler mappare l'ambiente urbano nel suo complesso, focalizzandosi su un numero ristretto di quartieri su cui effettuare le analisi e conseguentemente gli interventi, ricordando però che tale strategia rientra nel novero delle criticità precedentemente evidenziate, costituendo di fatto una forma di pregiudizio circa le aree urbane che necessitano di interventi in maniera prioritaria.

Questioni di non secondaria importanza riguardano i costi di una tale

impresa scientifica, nonché le modalità di selezione e contatto dei partecipanti. Decisamente più economico e pratico rispetto ai metodi di ingaggio tradizionali quali il contatto per posta con l'invio di un questionario cartaceo da ritrasmettere compilato al mittente, il ricorso a indagini somministrate tramite Internet è connotato da altre criticità, prima tra tutte il differenziale utilizzo dei mezzi di comunicazione digitale in funzione di alcune caratteristiche personali (elemento di ulteriore amplificazione delle disuguaglianze). Inoltre, la selezione del campione non può prescindere dalle liste di popolazione presente nelle anagrafi comunali o sanitarie, con gli annessi problemi di privacy e, in caso di indagini web, di contatto attraverso canali digitali (indirizzi mail e/o numeri di telefonia mobile non sono di norma tra le informazioni presenti nelle anagrafi).

Conclusioni

A fronte di rilevanti fenomeni suscettibili di impattare sul benessere individuale e collettivo - quali, fra gli altri, la crescita dell'urbanizzazione, il degrado ambientale e la diffusione di focolai epidemici - e alla luce delle evidenze a sostegno dell'ipotesi che la distribuzione dello stato di salute sia influenzata da determinanti sociali (Braveman e Gottlieb, 2014), in queste pagine sono state avanzate alcune suggestioni potenzialmente utili all'implementazione di politiche locali tese a migliorare le condizioni di salute e a mitigare le relative disuguaglianze in ambito urbano.

Dopo una ricognizione di natura teorica, con una particolare attenzione al peso esercitato dall'interazione di condizione socio-economica e area di residenza sul benessere e sugli esiti di salute della popolazione, si è riflettuto sull'inadeguatezza - rispetto allo studio delle caratteristiche e dei bisogni di salute in ambiente urbano - delle esistenti basi informative, nonostante in Italia sia la possibilità di combinare dati di provenienza diversa per la ricerca sui determinanti sociali.

Una volta evidenziate le potenzialità e le limitazioni delle fonti informative attualmente disponibili, si è inoltre sottolineata la desiderabilità di organizzare e gestire la raccolta di dati primari a livello di quartiere: pur riconoscendo le specifiche criticità connesse a una simile proposta, ricavare per ciascuna area urbana informazioni a livello individuale (e non solo aggregato) consentirebbe di analizzare in maggior dettaglio le associazioni statistiche rilevanti. Un tale approccio permetterebbe di addivenire a una più chiara comprensione di quanto le disuguaglianze sociali di salute siano influenzate dalla struttura urbana e di quanto invece incidano le pratiche e i

comportamenti dei residenti, approfondendo inoltre la complessa e articolata interazione tra queste due dimensioni.

Riferimenti bibliografici

- Battisti F., Carreras G., Grassi T., Chellini E., and Gorini G. (2017), “Estimates of cancer deaths attributable to behavioural risk factors in Italy, 2013”, *Epidemiologia e Prevenzione*, 41, 1: 61-67.
- Bernard P., Charafeddine R., Frohlich K. L., Daniel M., Kestens Y., and Potvin L. (2007), “Health inequalities and place: a theoretical conception of neighbourhood”, *Social science & medicine*, 65, 9: 1839-1852.
- Bodini C., Gentilini V., Paganoni C., e Ricco M. (2021), *L'equità nel diritto alla salute: una ricerca-azione multimetodologica e interdisciplinare per il contrasto alle disuguaglianze nella città di Bologna*: 111-131, in Castrignanò M., a cura di, *Sociologia dei quartieri urbani*, FrancoAngeli, Milano: 111-131.
- Braveman P., and Gottlieb L. (2014), “The social determinants of health: it's time to consider the causes of the causes”, *Public health reports*, 129(1_suppl2): 19-31.
- Carreras G., Battisti F., Borzoni L., Cortini B., Lachi A., Giovannetti, L., ... and Gorini G. (2019), “Deaths from noncommunicable diseases attributable to behavioral risk factors in Italy and Italian regions, 2016”, *Epidemiologia e Prevenzione*, 43, 5-6: 338-346.
- de Sa T. H., Mwaura A., Vert C., Mudu P., Roebbel N., Tran N., and Neira M. (2022), “Urban design is key to healthy environments for all”, *The Lancet Global Health*, 10, 6, e786-e787.
- Gans H. (2014), “Sulla dicotomia cultura vs struttura”, *Sociologia urbana e rurale*, 103: 25-36.
- Gentilini V., Bodini C., Di Girolamo C., Campione I., Cavazza G., Marzaroli P., ... and Riccio M. (2020), “An ecological study on health inequalities in the city of Bologna (Emilia-Romagna Region, Northern Italy): bridging knowledge and action”, *Epidemiologia e Prevenzione*, 44(5-6 Suppl 1): 45-53.
- Giles-Corti B., Moudon A. V., Lowe M., Adlakh D., Cerin E., Boeing G., ... and Sallis J. F. (2022), “Creating healthy and sustainable cities: what gets measured, gets done”, *The Lancet Global Health*, 10, 6: e782-e785.
- Groves R. M. (2006), “Nonresponse rates and nonresponse bias in household surveys”, *Public opinion quarterly*, 70, 5: 646-675.
- Groves R. M., Cialdini R. B., and Couper M. P. (1992), “Understanding the decision to participate in a survey”, *Public opinion quarterly*, 56, 4: 475-495.
- Landi A. (2021), *Fragilità socio-ambientali in un'era di urbanizzazione planetaria: il “vivere denso” e il ruolo dei quartieri*, in Castrignanò M., a cura di, *Sociologia dei quartieri urbani*, FrancoAngeli, Milano: 133-156.
- Macintyre S., (1997), *What are spatial effects and how can we measure them?*, in Dale, A., ed., *Exploiting National Survey Data: The Role of Locality and Spatial Effects*, Faculty of Economic and Social Studies, University of Manchester.

- Mackenbach J. P. (2012), “The persistence of health inequalities in modern welfare states: the explanation of a paradox”, *Social science & medicine*, 75, 4: 761-769.
- Mackenbach J. P., Valverde J. R., Artnik B., Bopp M., Brønnum-Hansen H., Deboosere P., Nusselder W. J. (2018), “Trends in health inequalities in 27 European countries”, *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 115, 25: 6440-6445.
- Mansournia M. A., and Altman D. G. (2018), “Population attributable fraction”, *Bmj*, 360:k757.
- Marmot M., Friel S., Bell R., Houweling T. A., Taylor S., and Commission on Social Determinants of Health (2008), “Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health” *The Lancet*, 372, 9650: 1661-1669.
- Perone G. (2022), “Assessing the impact of long-term exposure to nine outdoor air pollutants on COVID-19 spatial spread and related mortality in 107 Italian provinces”, *Scientific reports*, 12,1: 13317.
- Riley A. R. (2018), “Neighborhood disadvantage, residential segregation, and beyond - Lessons for studying structural racism and health”, *Journal of racial and ethnic health disparities*, 5, 2: 357-365.
- Sampson R. J. (2017), “Urban sustainability in an age of enduring inequalities: Advancing theory and econometrics for the 21st-century city”, *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 114, 34: 8957-8962.
- Venkatapuram S. (2019), *Health Disparities and the Social Determinants of Health: Ethical and Social Justice Issues*, in *The Oxford Handbook of Public Health Ethics*.
- Zhang J. (2014), “Density redefined: Integrating justice into urban planning. AAAS meeting coverage”, Berkeley, CA: National Association of Science writers, <https://www.nasw.org/article/density-redefined-integrating-justice-urban-planning>