



Centro Nazionale per la Prevenzione ed il Controllo delle Malattie

PROGETTO ESECUTIVO - PROGRAMMA CCM 2017

DATI GENERALI DEL PROGETTO

TITOLO:

Urban Health: buone pratiche per la valutazione di impatto sulla salute degli interventi di riqualificazione e rigenerazione urbana e ambientale.

ENTE PARTNER: (Regione, Iss, Inail, Inmp, Agenas): Regione Lombardia

NUMERO ID DA PROGRAMMA: 4

REGIONI COINVOLTE:

numero: 4

elenco:

Nord Lombardia, Piemonte

Centro Toscana

Sud Puglia

DURATA PROGETTO (max 24 mesi):

24 mesi

COSTO: 450.000,00 euro

COORDINATORE SCIENTIFICO DEL PROGETTO:

nominativo: Bruno Pesenti

struttura di appartenenza: Dipartimento di Igiene e Prevenzione Sanitaria - Agenzia di Tutela della Salute di Bergamo - Regione Lombardia

Via Borgo Palazzo, 130 - 24125 Bergamo (BG)

n. tel: 035 2270597 - 493

n. fax: 035 2270486

E-mail: bruno.pesenti@ats-bg.it

Allegato 1

TITOLO: Urban Health: buone pratiche per la valutazione di impatto sulla salute degli interventi di riqualificazione e rigenerazione urbana e ambientale.

ANALISI STRUTTURATA DEL PROGETTO

Descrizione ed analisi del problema.

La proporzione di persone che vive in aree urbane sta crescendo e si stima che entro il 2030 il 60% delle persone risiederà in ambito urbano; contemporaneamente le persone con più di 60 anni aumenteranno fino a rappresentare quasi un quarto della popolazione, con evidenti ricadute sul carico di malattia rappresentato dalle malattie croniche (1,2). Questa prospettiva può essere in qualche modo condizionata da interventi sui contesti e gli ambienti di vita urbani capaci di generare salute, soprattutto per le fasce che, per età o condizioni socioeconomiche, sono più esposte al rischio di sviluppare malattie croniche e disabilità fisica o mentale. Un'importante occasione per fare in modo che il sistema sanitario sia preparato ad affrontare questa sfida è rappresentata dal cosiddetto "programma periferie" che prevede interventi di riqualificazione e rigenerazione urbana sui quali i dipartimenti di prevenzione possono sperimentare e validare strumenti utili a valutare l'impatto per la salute e orientare le scelte nella direzione di un maggior guadagno di salute. Il profilo di salute delle grandi città mostra disuguaglianze tra periferie più deprivate e zone più avvantaggiate. A Torino, ad esempio, si possono evidenziare differenze nell'aspettativa di vita alla nascita tra chi vive nei quartieri collinari ricchi e chi vive nella periferia nord povera di circa 4 anni di vita tra gli uomini (3).

Queste differenze sono riconducibili in parte a un meccanismo di selezione dovuto alla mobilità residenziale: le persone più agiate (che hanno una salute migliore) cercano casa nelle zone più belle, comode, con migliore dotazione di servizi, mentre le persone meno agiate (che hanno una salute peggiore) hanno minore possibilità di scelta e si stabiliscono nei quartieri con una peggiore qualità generale dei contesti. La seconda causa della diversa geografia della salute può essere ricondotta direttamente alla salute dei contesti, indipendente dalle caratteristiche individuali delle persone che ci vivono (3,4).

Le caratteristiche dell'ambiente di vita (naturale, costruito e sociale), infatti, potrebbero essere dei fattori di rischio o di resilienza per la salute; ad esempio, più rumore, più inquinamento, più paura per la propria sicurezza, più isolamento sociale possono rappresentare delle minacce per la salute; al contrario, un buon supporto sociale, più sicurezza, meno inquinamento possono avere un effetto protettivo così come l'offerta e l'accessibilità ai servizi necessari per promuovere, proteggere e curare la salute, o per soddisfare i bisogni di vita quotidiani. In effetti numerosi studi evidenziano come l'ambiente fisico (rumore, inquinamento atmosferico, ambiente costruito, disponibilità di aree verdi (5), accessibilità dei servizi e del trasporto pubblico (5)) e le caratteristiche socioeconomiche più rappresentate nei contesti urbani e periferici (paura di reati e violenze, deprivazione socioeconomica e segregazione) (6) siano in grado di influenzare la salute fisica, mentale e il benessere degli abitanti nelle città.

Questo avviene attraverso una moltitudine di pathways, tra cui la capacità dell'ambiente sociale e costruito di:

- incoraggiare o meno a svolgere attività fisica, con le intuibili ripercussioni sulle condizioni di rischio (sedentarietà, obesità, diabete e ipertensione) (7,8), soprattutto nelle popolazioni più svantaggiate dal punto di vista socioeconomico, per le quali la percezione di barriere fisiche e sociali è il principale impedimento all'adozione di uno stile di vita attivo (9);
- rafforzare o meno la percezione di sicurezza e di buon capitale sociale, con degli effetti prevalentemente sulla salute mentale (6,10);
- contribuire a livelli più o meno elevati di inquinamento atmosferico che hanno dimostrato di avere un effetto sulle malattie croniche cardiovascolari, respiratorie, tumorali (11) e neuropsichiatriche (12).

Soluzioni ed interventi proposti sulla base delle evidenze scientifiche.

Considerato l'effetto sulla salute dell'ambiente sociale, fisico e costruito delle città, sarebbe auspicabile che le politiche pubbliche tenessero conto del loro impatto potenziale sulla salute dei cittadini, a partire dalle politiche sociali, le politiche che influenzano la struttura urbana, la sicurezza, l'offerta di servizi, la qualità dell'aria, il trasporto pubblico e la disponibilità e fruibilità di percorsi sicuri e piacevoli da percorrere a piedi (walkability) fino a quelle che regolano il mercato dell'edilizia residenziale privata e di assegnazione di quella pubblica (che possono incidere sulla segregazione e sul social mix).

Una sfida particolarmente ambiziosa per il settore sanitario è una valutazione comparativa dei benefici attesi sulla salute e sull'equità di questi diversi tipi di interventi e politiche che possa orientare i decisori.

Secondo i principi ispiratori di “Salute in tutte le politiche” la salute e l’equità nella salute dovrebbero guidare lo sviluppo delle politiche pubbliche e questo obiettivo è raggiungibile se il sistema sanitario è in grado di innescare processi di advocacy, informazione e ingaggio dei decisori politico-amministrativi sulle conseguenze che le loro scelte hanno sulla salute dei cittadini (13), processo raccomandato soprattutto a favore delle persone con fragilità legate all’età o alla presenza di disabilità psicosociali (14).

Il settore sanitario può interagire con i portatori di interesse (stakeholder) e i decisori appartenenti al settore extrasanitario attraverso lo stakeholder engagement, un processo che prevede, come prima fase, il trasferimento di conoscenze ed evidenze verso chi è coinvolto nel processo decisionale. Questa fase rappresenta anche l’occasione per creare reti e alleanze intersettoriali attraverso le quali la salute e le disuguaglianze di salute vengono poste al centro dell’agenda politica e degli interventi extrasanitari (15).

Il progetto si propone di elaborare e disseminare buone pratiche, derivate da letteratura e dall’applicazione nei contesti specifici di modelli di valutazione di impatto sulla salute delle politiche e degli interventi (Health Impact Assessment, HIA). L’obiettivo è il trasferimento delle buone pratiche ai decisori con la finalità di orientare le politiche urbane affinché producano un miglioramento della salute e dell’equità nella salute dei cittadini, soprattutto anziani.

In particolare si elaboreranno, mediante procedure di HIA, buone pratiche a supporto delle decisioni nei seguenti ambiti:

- processi di riqualificazione urbana che prevedono trasformazioni del territorio attraverso interventi puntuali attenti al recupero e alla valorizzazione delle strutture urbanistico-edilizie esistenti e che si ispirano ai principi di miglioramento dell’efficienza energetica e della qualità dell’aria, cura del verde, controllo della risorsa idrica, risparmio del consumo di suolo e recupero di impianti ed aree dismesse, sostegno alla mobilità sicura e alternativa, vivibilità e della sostenibilità del sistema territoriale;
- processi di rigenerazione urbana (interventi capaci di incidere sul tessuto urbanistico-edilizio ma anche sul tessuto sociale ed economico di un’area) compresi i processi di co-progettazione intersettoriale di percorsi di benessere (tragitti casa-lavoro, spazi verdi e protetti per attività di movimento, orti urbani, di implementazione di percorsi ciclabili o pedonali, di sviluppo del “buon vicinato” nei quartieri ecc.) nell’ottica di un rinnovamento urbano che favorisca l’attività fisica e la partecipazione sociale;
- progetti per la riqualificazione urbana e la sicurezza delle periferie più svantaggiate anche attraverso microinterventi diffusi di ‘agopuntura urbana’ che comprendono manutenzione di case e scuole, infrastrutture, verde e suolo, sostegno diffuso all’insediamento di micro imprese innovative, produzione culturale e progettualità sociale della comunità urbana;
- progetti di nature based solutions (green roofs); il verde, in tutte le sue forme, è in grado di assorbire le sostanze tossiche filtrando l’aria inquinata, rilasciando ossigeno nell’atmosfera e riducendo l’inquinamento acustico in quelle aree fortemente trafficate; inoltre la maggiore disponibilità di aree verdi si associa a migliori esiti di salute (mortalità per tutte le cause e cause cardiovascolari) tanto più evidenti quanto più questi interventi vengono realizzati in aree più svantaggiate dal punto di vista socioeconomico (16), una possibile soluzione per aumentare il verde urbano può essere la trasformazione in aree verdi delle coperture piane degli edifici esistenti (green roofs);
- progetti di riqualificazione urbana e ambientale dei territori interessati da elevati livelli di inquinamento ambientale e industriale compresa la riqualificazione dei quartieri vicini al sito industriale anche attraverso la realizzazione di aree verdi e di interventi a favore delle ristrutturazioni degli edifici pubblici e privati che hanno evidenziato un degrado strutturale soprattutto dovuto alle fonti di inquinamento nonché relativo a tutte le attività di bonifica delle zone a verde esistenti, che nel corso degli anni hanno avuto impatto con le fonti derivanti dalla grande industria.

Fattibilità /criticità delle soluzioni e degli interventi proposti.

Uno dei motivi di successo dello stakeholder engagement è la capacità di intercettare le cosiddette “finestre di opportunità”, cioè quelle condizioni che rendono il tema oggetto della consultazione degli stakeholder prioritario anche per l’agenda politica dei decisori interpellati.

In questo particolare momento storico si sono create le condizioni favorevoli per far convergere almeno tre temi sui quali esiste un forte interesse istituzionale e sui quali le Unità Operative partner del progetto presentano dei punti di forza:

- la necessità di contrastare le disuguaglianze di salute attraverso un approccio intersettoriale, mandato emerso già nel corso della comunicazione europea 2009, rafforzato dalla Joint Action europea (<http://www.health-inequalities.eu/projects/past-projects/equity-action/>) sulle disuguaglianze di salute e raccolto in Italia dalla Commissione Salute della Conferenza Stato-Regioni nell’ambito della quale si è costituito un gruppo di lavoro interregionale Equità in Salute e in Sanità. Questo gruppo, coordinato dal Piemonte (SCaDU Servizio sovrazonale di Epidemiologia ASL TO3), a partire da una raccolta di evidenze e raccomandazioni sulle disuguaglianze di salute in Italia (17) ha avviato a livello nazionale

una serie di consultazioni con soggetti istituzionali (sanitari e non sanitari) e settori della società civile che saranno coinvolti nella prossima Joint Action Europea sulle disuguaglianze di salute che verrà avviata nel 2018 dietro coordinamento italiano. Contemporaneamente il Servizio di Epidemiologia dell'ASL TO3 ha partecipato a progetti europei che hanno permesso di creare alleanze con i settori extrasanitari della Città di Torino: il progetto SOPHIE (<http://www.sophie-project.eu/index.htm>) che, in collaborazione con SITI (Istituto Superiore sui Sistemi Territoriali per l'Innovazione), ha valutato l'impatto sulle disuguaglianze di salute di alcune politiche edilizie, mentre il progetto MINDMAP (<http://www.mindmap-cities.eu/>) ha innescato un processo di stakeholder engagement dei principali portatori di interesse cittadini sui temi delle disuguaglianze di salute (3) suscitando l'interesse del Comune a proseguire le consultazioni per accompagnare i progetti di riqualificazione urbana delle periferie. Altri progetti volti a intercettare i bisogni delle fasce della popolazione più fragili (per età più che per condizioni socioeconomiche) sono previsti anche nei territori della USL Toscana nord ovest e dell'ATS Bergamo. In queste aree sono programmati (nell'ambito del supporto ai Piani Integrati della Salute) processi di coprogettazione tra Unità Sanitarie e Comuni, Associazioni del terzo settore (e nel caso della Toscana anche Società della Salute a valenza socio-sanitaria) che hanno l'obiettivo di sviluppare spazi urbani salutarizzati ad un invecchiamento sano e ad allontanare il più possibile la condizione di non autosufficienza e di decadimento cognitivo delle fasce anziane attraverso "percorsi di benessere" che favoriscano l'empowerment della persona e della comunità, facilitando l'inclusione e le relazioni sociali.

- l'attenzione sempre crescente al ruolo dell'ambiente costruito nella protezione e promozione della salute e alla necessità di sviluppare Health Evidence Based Urban Planning Strategies. Esempi proficui di alleanza multidisciplinare tra architetti, urbanisti e sistema sanitario sono stati già avviati nel territorio milanese tra Politecnico di Milano e ASL attraverso l'elaborazione e applicazione di uno strumento di valutazione dell'impatto sulla salute degli ambienti indoor (18). Contemporaneamente nel territorio di competenza dell'ATS Bergamo si stanno avviando dei programmi d'azione inter-istituzionali e trasversali che riguardano la pianificazione dell'assetto urbano e la rigenerazione urbana (Rinascimento Urbano) e che si presterebbero all'applicazione di modelli di HIA nella pianificazione urbanistica.
- il tema della qualità dell'aria di grande attualità in particolare dopo il clamore mediatico che ha seguito il report del Programma Ambientale delle Nazioni Unite (UNEP) sul fatto che l'inquinamento atmosferico è responsabile ogni anno di più decessi delle guerre (19). Questo è motivo di preoccupazione soprattutto per quei cittadini residenti nelle aree urbane della Pianura Padana che in Italia registrano i livelli più elevati di particolato atmosferico e dai cittadini (come quelli di Taranto) che risiedono in prossimità di insediamenti industriali per i quali già studi precedenti hanno evidenziato una compromissione dello stato di salute (20).

Aree territoriali interessate e trasferibilità degli interventi.

La valutazione di impatto sulla salute delle politiche e interventi urbanistici (e la conseguente disseminazione di buone pratiche) sarà effettuata nell'area di Milano (relativamente all'impatto delle nature based solutions), nel territorio di competenza della ATS Bergamo per quanto riguarda la valutazione di impatto degli interventi di riqualificazione urbana (Rinascimento Urbano), in collaborazione con ANCE (Associazione nazionale costruttori edili), Camera commercio industria artigianato e agricoltura Bergamo, ordini professionali dei progettisti, e rigenerazione urbana (percorsi benessere per la prevenzione del decadimento cognitivo), nel territorio dell'area pisana compreso nell' USL Toscana nord-ovest (Pisa, Pontedera e Volterra) per quanto riguarda la valutazione di impatto degli interventi di rigenerazione urbana (percorsi benessere per la promozione dell'invecchiamento attivo e dell'inclusione sociale), nella città di Torino relativamente all'impatto degli interventi di riqualificazione urbana e della sicurezza delle periferie più svantaggiate e nella città di Taranto (per la valutazione di impatto degli interventi di riqualificazione urbana e ambientale nei quartieri più prossimi al sito industriale).

I risultati complessivi del progetto saranno disseminati su scala almeno regionale (Regione Lombardia).

Ambito istituzionale e programmatico di riferimento per l'attuazione degli interventi proposti (anche in riferimento a piani e programmi regionali).

Il progetto si inquadra nell'ambito dei programmi istituzionali di riferimento nazionale e regionali.

Il contrasto alle disuguaglianze di salute e la necessità di un approccio intersettoriale sono parte della vision del Piano Nazionale di Prevenzione (PNP 2014-2018) che prevede di "basare gli interventi di prevenzione, promozione e tutela della salute sulle migliori evidenze di efficacia, implementati in modo equo e che siano programmati per ridurre le disuguaglianze" e "garantire la trasversalità degli interventi [...] in termini di integrazione [...] tra diversi settori, istituzioni, servizi, aree organizzative [...] prevedendo la funzione del SSN sia di diretta erogazione degli interventi, sia il ruolo di steward del SSN nei confronti degli altri attori e stakeholder".

Inoltre il macro-obiettivo del PNP “Ridurre le esposizioni ambientali potenzialmente dannose per la salute” prevede come obiettivo “Sviluppare percorsi e strumenti interdisciplinari per la valutazione preventiva degli impatti sulla salute delle modifiche ambientali” che ha come indicatore la produzione di “Atti di indirizzo regionali per la valutazione integrata di impatto sulla salute che comprenda strumenti in supporto sia dei valutatori sia dei proponenti”. L’attenzione al disagio sociale e ambientale dei contesti urbani è dimostrata anche dagli impegni del governo che ha previsto uno stanziamento speciale per la riqualificazione urbana e la sicurezza delle periferie (Bando Periferie, Decreto Pres. Cons. Min. 25/05/2016) che nel 2017 coinvolge 20 Città e 4 Aree Metropolitane tra cui aree collocate nelle regioni che partecipano a questo progetto: Torino, Bergamo, Mantova, Brescia, Grosseto, Prato, Bari, Lecce, Andria e Città Metropolitana di Firenze e Milano. Infine alcune leggi nazionali (D.lgs. 3 aprile 2006, n. 152; parte V del D.lgs. 18 aprile 2016, n. 50), e regionali lombarde (L.R. 28 novembre 2014, n. 31 Disposizioni per la riduzione del consumo di suolo e per la riqualificazione del suolo degradato e succ. modifiche, L.R. 15 marzo 2016, n. 4 e L.R. 26 maggio 2017 - n. 16) rafforzano le linee di indirizzo dell’accordo globale raggiunto alla Cop21 di Parigi e gli obiettivi stabiliti dall’Unione europea circa il traguardo del consumo di suolo pari a zero da raggiungere entro il 2050, attraverso l’attuazione di interventi di pianificazione urbanistica che perseguano la riduzione del consumo di suolo ed il recupero di impianti ed aree dismesse.

Bibliografia

1. Prince M, Bryce R, Albanese E, Wimo A, Ribeiro W, Ferri CP. The global prevalence of dementia: a systematic review and metaanalysis. *Alzheimers Dement J Alzheimers Assoc.* gennaio 2013;9(1):63–75.e2.
2. Vlahov D, Galea S. Urbanization, urbanicity, and health. *J Urban Health Bull N Y Acad Med.* dicembre 2002;79(4 Suppl 1):S1–12.
3. Costa G., Stroschia M., Zengarini N., Demaria M. 40 anni di salute a Torino. Spunti per leggere i bisogni e i risultati delle politiche. [Internet]. Milano: Inferenze; 2017 [citato 26 giugno 2017]. Available at: <http://www.epiprev.it/40-anni-di-salute-torino-spunti-leggere-i-bisogni-e-i-risultati-delle-politiche>
4. Marinacci C, Spadea T, Biggeri A, Demaria M, Caiazzo A, Costa G. The role of individual and contextual socioeconomic circumstances on mortality: analysis of time variations in a city of north west Italy. *J Epidemiol Community Health.* marzo 2004;58(3):199–207.
5. Melis G, Gelormino E, Marra G, Ferracin E, Costa G. The Effects of the Urban Built Environment on Mental Health: A Cohort Study in a Large Northern Italian City. *Int J Environ Res Public Health.* novembre 2015;12(11):14898–915.
6. Araya R, Dunstan F, Playle R, Thomas H, Palmer S, Lewis G. Perceptions of social capital and the built environment and mental health. *Soc Sci Med* 1982. giugno 2006;62(12):3072–83.
7. Liu L, Núñez AE. Multilevel and urban health modeling of risk factors for diabetes mellitus: a new insight into public health and preventive medicine. *Adv Prev Med.* 2014;2014:246049.
8. Buys DR, Howard VJ, McClure LA, Buys KC, Sawyer P, Allman RM, et al. Association between neighborhood disadvantage and hypertension prevalence, awareness, treatment, and control in older adults: results from the University of Alabama at Birmingham Study of Aging. *Am J Public Health.* giugno 2015;105(6):1181–8.
9. Janssen E, Sugiyama T, Winkler E, de Vries H, te Poel F, Owen N. Psychosocial correlates of leisure-time walking among Australian adults of lower and higher socio-economic status. *Health Educ Res.* aprile 2010;25(2):316–24.
10. Guite HF, Clark C, Akrill G. The impact of the physical and urban environment on mental well-being. *Public Health.* dicembre 2006;120(12):1117–26.
11. Hoek G, Krishnan RM, Beelen R, Peters A, Ostro B, Brunekreef B, et al. Long-term air pollution exposure and cardio- respiratory mortality: a review. *Environ Health Glob Access Sci Source.* 28 maggio 2013;12(1):43.
12. Tallon LA, Manjourides J, Pun VC, Salhi C, Suh H. Cognitive impacts of ambient air pollution in the National Social Health and Aging Project (NSHAP) cohort. *Environ Int.* luglio 2017;104:102–9.
13. The Helsinki statement on Health in All Policies. The 8th Global Conference on Health Promotion Helsinki, Finland, 10-14 June 2013.
14. WHO. Piano d’azione per la salute mentale 2013-2020 [Internet]. 2013. Available at: https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2448_allegato.pdf
15. Farrer L, Marinetti C, Cavaco YK, Costongs C. Advocacy for health equity: a synthesis review. *Milbank Q.* giugno 2015;93(2):392–437.
16. Mitchell R, Popham F. Effect of exposure to natural environment on health inequalities: an observational population study. *Lancet Lond Engl.* 8 novembre 2008;372(9650):1655–60.
17. Costa G., Bassi M., Gensini G.F., Marra M., Nicelli A.L., Zengarini N. L’equità nella salute in Italia- Secondo rapporto sulle disuguaglianze sociali in sanità. Milano: Franco Angeli e Fondazione Smith Kline; 2014.
18. Capolongo S, Buffoli M, Oppio A, Petronio MG. [Sustainability and hygiene of building: future perspectives]. *Epidemiol Prev.* dicembre 2014;38(6 Suppl 2):46–50.
19. UNEP United Nations Environment Programme. Health environment, Healthy people. Thematic report Ministerial policy review session Second session of the United Nations Environment Assembly of the United Nations Environment Programme Nairobi, 23–27 May 2016 [Internet]. 2016. Available at: <http://www.unep.org/about/sgb/Portals/50153/UNEA/K1602727%20INF%205.pdf>
20. Mataloni F, Stafoggia M, Alessandrini E, Triassi M, Biggeri A, Forastiere F. [A cohort study on mortality and morbidity in the area of Taranto, Southern Italy]. *Epidemiol Prev.* settembre 2012;36(5):237–52.

Allegato 2

OBIETTIVI E RESPONSABILITA' DI PROGETTO

OBIETTIVO GENERALE:

Elaborare e disseminare ai decisori buone pratiche, basate su modelli di *Health Impact Assessment*, sulla letteratura e su casi studio, per orientare le politiche urbane a produrre un miglioramento dell'invecchiamento in salute, con particolare attenzione all'equità nei programmi di rigenerazione urbana per le periferie.

OBIETTIVO SPECIFICO 1:

Applicazione di uno strumento di valutazione quali-quantitativo in grado di fornire un efficace e flessibile supporto per la definizione delle implicazioni per l'invecchiamento in salute di nuovi interventi urbani e/o di riqualificazione dei contesti periferici della città.

OBIETTIVO SPECIFICO 2:

Revisione e sintesi della letteratura sull'impatto che gli interventi di riqualificazione e rigenerazione urbana hanno sull'invecchiamento in salute e la sua distribuzione sociale.

OBIETTIVO SPECIFICO 3:

Realizzazione di un *case-study* in cui si accompagnano i decisori cittadini nell'implementazione e valutazione di alcune azioni previste dal piano periferie mediante l'apporto di evidenze scientifiche sul contributo che i determinanti sociali individuali, i contesti e le politiche urbane possono fornire alla generazione o al contrasto di effetti sfavorevoli sull'invecchiamento in salute e sulle sue disuguaglianze.

OBIETTIVO SPECIFICO 4:

Realizzazione di due *case-study* in cui si valuta l'impatto sull'invecchiamento in salute di percorsi benessere indirizzati alle fasce di età più anziane per accompagnare i decisori locali e regionali nella coprogettazione di interventi di rigenerazione urbana volti a favorire l'attività fisica, la partecipazione sociale e la prevenzione del decadimento cognitivo.

OBIETTIVO SPECIFICO 5:

Applicazione alle coperture verdi come *Nature-based Solutions* di un sistema di valutazione di impatto sulla salute attraverso la quantificazione della capacità che i tetti verdi hanno in termini di riduzione dell'inquinamento dell'aria nelle aree urbane per determinare strategie di riqualificazione urbana – *Health Evidence Based* – sulla base di una quantificazione previsionale dei benefici di salute e la promozione di un invecchiamento sano.

OBIETTIVO SPECIFICO 6:

Applicazione di un sistema di valutazione dell'impatto sulla salute di alcuni interventi di riqualificazione e rigenerazione urbana nelle aree situate nei pressi di siti industriali.

OBIETTIVO SPECIFICO 7:

Sintetizzare e disseminare i risultati delle pratiche realizzate nella sperimentazione e della revisione di letteratura su scala almeno regionale.

| | | |
|--|-------------------------|--|
| REFERENTE PROGETTO: Dr. Bruno Pesenti. Dipartimento di Igiene e Prevenzione Sanitaria - Agenzia di Tutela della Salute di Bergamo - Regione Lombardia | | |
| UNITA' OPERATIVE COINVOLTE | | |
| Unità Operativa 1 | Referente | Compiti |
| Regione Lombardia ATS Bergamo - Dipartimento di Igiene e Prevenzione Sanitaria | Dr. Bruno Pesenti | <ul style="list-style-type: none"> - coordinamento generale del progetto; - realizzazione degli obiettivi specifici 1, 2 e 7; - contributo alla realizzazione dell'obiettivo specifico 4 (in merito alla prevenzione del decadimento cognitivo). |
| Unità Operativa 2 | Referente | Compiti |
| Politecnico di Milano | Prof. Stefano Capolongo | <ul style="list-style-type: none"> - realizzazione dell'obiettivo specifico 5; - elaborazione dello strumento di valutazione necessario a realizzare l'obiettivo specifico 1 e formazione all'uso; - contributo alla realizzazione dell'obiettivo specifico 2; - assistenza tecnica alla realizzazione dell'obiettivo specifico 6; - contributo alla realizzazione dell'obiettivo specifico 7 per la parte di competenza. |
| Unità Operativa 3 | Referente | Compiti |
| ASL TO3, SCaDU Servizio Sovrazonale di Epidemiologia | Prof. Giuseppe Costa | <ul style="list-style-type: none"> - coordinamento del progetto a livello locale. - realizzazione dell'obiettivo specifico 3 in collaborazione con SITI (Istituto Superiore sui Sistemi Territoriali per l'Innovazione); - assistenza tecnica per l'analisi dei dati raccolti nell'ambito degli altri obiettivi specifici; - contributo alla realizzazione dell'obiettivo specifico 7 per la parte di competenza. |

| Unità Operativa 4 | Referente | Compiti |
|--|----------------------------|--|
| AUSL Toscana Nordovest | Dr.ssa Margherita Brunetti | <ul style="list-style-type: none"> - coordinamento del progetto a livello locale. - realizzazione dell'obiettivo specifico 4 (in merito alla promozione dell'attività fisica e dell'inclusione sociale) in collaborazione con CeRIMP Pisa - CeRIMP Firenze e Università di Pisa (Psicobiologia e Psicologia Fisiologica); - contributo alla realizzazione dell'obiettivo specifico 7 per la parte di competenza. |
| Unità Operativa 5 | Referente | Compiti |
| ASL Taranto Dipartimento di Prevenzione | Dr. Michele Conversano | <ul style="list-style-type: none"> - coordinamento del progetto a livello locale. - realizzazione dell'obiettivo specifico 6; - contributo alla realizzazione dell'obiettivo specifico 7 per la parte di competenza. |

Allegato 3

PIANO DI VALUTAZIONE

| | |
|----------------------------------|--|
| OBIETTIVO GENERALE | Elaborare e disseminare ai decisori buone pratiche, basate su modelli di <i>Health Impact Assessment</i> , sulla letteratura e su casi studio, per orientare le politiche urbane a produrre un miglioramento dell'invecchiamento in salute, con particolare attenzione all'equità nei programmi di rigenerazione urbana per le periferie |
| Risultato/i atteso/i | Creazione di comunità di pratica in cui le evidenze scientifiche vengono utilizzate come base per la scelta e la valutazione delle politiche urbane |
| Indicatore/i di risultato | Disponibilità di una sintesi di buone pratiche basata sulle evidenze che permetta ai decisori di identificare le priorità e gli obiettivi di salute da perseguire con le politiche urbane |
| Standard di risultato | Creazione di almeno tre comunità di pratica sperimentali in cui vengono applicati modelli di valutazione di impatto sulla salute per orientare le politiche urbane in modo da promuovere l'equità e l'invecchiamento in salute |

| | |
|---|--|
| OBIETTIVO SPECIFICO 1 | Applicazione di uno strumento di valutazione quali-quantitativo in grado di fornire un efficace e flessibile supporto per la definizione delle implicazioni per l'invecchiamento in salute di nuovi interventi urbani e/o di riqualificazione dei contesti periferici della città. |
| Indicatore/i di risultato | <p>Disponibilità di uno strumento di osservazione ed analisi validato basato su un set di indicatori multi-criteriale e multi-dimensionale, che quantifichi il livello di propensione dei piani e progetti urbanistici e/o interventi di rigenerazione urbana alla promozione della salute in particolare delle fasce deboli della popolazione.</p> <p>Valutazione dei piani e progetti di rigenerazione e riqualificazione urbana della città, al fine di garantire azioni <i>Health-Evidence Based oriented</i>.</p> |
| Standard di risultato | Applicazione dello strumento di valutazione in procedimenti urbanistici riguardanti almeno due ambiti territoriali della Lombardia e, sperimentalmente, in almeno una città di altra Regione. |
| Attività previste per il raggiungimento dell'obiettivo specifico | <ul style="list-style-type: none">- elaborazione di uno strumento di valutazione, basato su un set di indicatori multi-criteriale, per la quantificazione del livello di propensione del contesto urbano a promuovere salute in particolare nelle fasce più deboli della popolazione, finalizzato alla messa a punto di potenzialità e criticità;- formazione degli operatori della prevenzione all'utilizzo dello strumento;- applicazione dello strumento nell'area territoriale di competenza dell'ATS Bergamo al fine di procedere alla validazione e ri-taratura dello strumento;- applicazione dello strumento in altre aree territoriali di altre regioni individuate tra i partner del progetto;- confronto con gli stakeholder sui risultati quali-quantitativi dell'applicazione dello strumento per l'espressione di un parere progettuale (architettonico ed urbanistico) di supporto ai pareri di carattere igienico-sanitario richiesti alle ASL/ATS (partners di progetto). |

| | |
|---|--|
| OBIETTIVO SPECIFICO 2 | Revisione e sintesi della letteratura sull'impatto che gli interventi di riqualificazione e rigenerazione urbana hanno sull'invecchiamento in salute e la sua distribuzione sociale. |
| <i>Indicatore/i di risultato</i> | Disponibilità di una sintesi di buone pratiche utili ai decisori per la scelta di interventi urbanistici utili a promuovere l'invecchiamento in salute e l'equità. |
| <i>Standard di risultato</i> | Il rapporto deve essere giudicato adeguato per completezza delle fonti e qualità della revisione e della sintesi da un <i>panel</i> di esperti esterno al progetto. |
| <i>Attività previste per il raggiungimento dell'obiettivo specifico</i> | <ul style="list-style-type: none"> - ricerca bibliografica attraverso banche dati biomediche e di architettura e consultazione con esperti di Urban Health; - selezione e lettura del materiale; - sintesi delle evidenze; - stesura del report; - confronto con esperti esterni al progetto. |

| | |
|---|---|
| OBIETTIVO SPECIFICO 3 | Realizzazione di un <i>case-study</i> in cui si accompagnano i decisori cittadini nell'implementazione e valutazione di alcune azioni previste dal piano periferie mediante l'apporto di evidenze scientifiche sul contributo che i determinanti sociali individuali, i contesti e le politiche urbane possono fornire alla generazione o al contrasto di effetti sfavorevoli sull'invecchiamento in salute e sulle sue disuguaglianze. |
| <i>Indicatore/i di risultato</i> | Numero di settori delle politiche coinvolti come <i>stakeholder</i> tra quelli interessati dalla realizzazione degli interventi previsti dal piano periferie per la città di Torino. |
| <i>Standard di risultato</i> | Coinvolgimento di almeno 3 settori di politiche tra quelli interessati dagli interventi (che si svilupperanno su 5 assi: comunità e partecipazione, scuola e cultura, spazio pubblico, casa, lavoro e commercio) previsti dal piano periferie per la città di Torino, oggetto del <i>case-study</i> |
| <i>Attività previste per il raggiungimento dell'obiettivo specifico</i> | <ul style="list-style-type: none"> - valutazione del profilo di salute e l'analisi dei bisogni del contesto torinese; - elaborazione di modelli di valutazione di impatto sulla salute degli interventi di rigenerazione e riqualificazione urbana da applicare a una selezione di interventi previsti dal piano periferie (pilot case); - identificazione dei portatori di interesse locali e trasferimento di conoscenze agli stakeholder delle evidenze scientifiche ed epidemiologiche; - elaborazione e trasferimento di raccomandazioni agli <i>stakeholder</i> locali. |

| | |
|---|--|
| OBIETTIVO SPECIFICO 4 | Realizzazione di due <i>case-study</i> in cui si valuta l'impatto sull'invecchiamento in salute di percorsi benessere indirizzati alle fasce di età più anziane per accompagnare i decisori locali e regionali nella coprogettazione di interventi di rigenerazione urbana volti a favorire l'attività fisica, la partecipazione sociale e la prevenzione del decadimento cognitivo. |
| Indicatore/i di risultato | <p>Per il <i>case-study</i> condotto nel territorio dell'USL Toscana nord ovest: disponibilità di un rapporto utile alla disseminazione di buone pratiche sugli interventi di rigenerazione urbana capaci di favorire l'attività fisica e la partecipazione sociale delle fasce più anziane.</p> <p>Per il <i>case-study</i> condotto nel territorio dell'ATS Bergamo che ha la finalità di prevenire il decadimento cognitivo: produzione di strumenti (sentieristica assistita, cartellonistica, manuale esplicativo) fruibili dalla popolazione <i>target</i> (sia residente che turistica).</p> |
| Standard di risultato | <p>Per il <i>case-study</i> condotto nel territorio dell'USL Toscana nord ovest: Diffusione delle Buone Pratiche in almeno 2 Comuni delle 3 Aree territoriali coinvolte (Società della Salute)</p> <p>Per il <i>case-study</i> condotto nel territorio dell'ATS Bergamo: coinvolgimento di almeno il 10% dei comuni della provincia di Bergamo.</p> |
| Attività previste per il raggiungimento dell'obiettivo specifico | <p>Per il <i>case-study</i> condotto nel territorio dell'USL Toscana nord ovest:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Valutazione del profilo di salute e analisi dei bisogni del contesto; - Reclutamento di 2 campioni di over 55, uno di soggetti ancora attivi (55-67, secondo l'OMS definiti lavoratori anziani) e uno di soggetti over 67 non attivi; - Individuazione degli interventi da proporre nell'ambito dei percorsi benessere (anche sulla base delle caratteristiche e dei bisogni del campione); - Elaborazione di modelli di valutazione di impatto sulla salute degli interventi di rigenerazione e riqualificazione urbana basati sulla valutazione del benessere mediante tecniche standardizzate (pre-post); - Costruzione di una APP per l'auto-somministrazione di appositi test psicometrici per un'autovalutazione dello stato di benessere percepito secondo uno schema standardizzato; - Identificazione dei portatori di interesse locali e trasferimento di conoscenze agli <i>stakeholder</i> delle evidenze scientifiche ed epidemiologiche; - Applicazione e realizzazione delle buone pratiche sul <i>pilot case</i>; - Elaborazione e trasferimento di raccomandazioni agli <i>stakeholder</i> locali e regionali. <p>Per il <i>case-study</i> condotto nel territorio dell'ATS Bergamo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Coinvolgimento di neurologi di aziende sanitarie pubbliche e private nella provincia di Bergamo per la progettazione dei percorsi; - Attivazione di incontri con Uffici di Piano per la presentazione del progetto; - Acquisizione delle adesioni da parte dei Comuni; - Incontro con i referenti dei Comuni per la scelta dei percorsi; - Coinvolgimento Scuole Superiori per l'attuazione di laboratori specifici sul tema da proporre a studenti e popolazione; - Presentazione dei lavori delle Scuole a Bergamo Scienza; |

| | |
|--|--|
| <p>OBIETTIVO SPECIFICO 5</p> | <p>Applicazione alle coperture verdi come <i>Nature-based Solutions</i> di un sistema di valutazione di impatto sulla salute attraverso la quantificazione della capacità che i tetti verdi hanno in termini di riduzione dell'inquinamento dell'aria nelle aree urbane per determinare strategie di riqualificazione urbana – <i>Health Evidence Based</i> – sulla base di una quantificazione previsionale dei benefici di salute e la promozione di un invecchiamento sano.</p> |
| <p><i>Indicatore/i di risultato</i></p> | <p>Applicazione alla città di Milano dello strumento Green SOAP (Green Solution for Outdoor Air Pollution), sviluppato dal Dip.ABC del Politecnico di Milano, quale modello di calcolo per la quantificazione della riduzione previsionale degli inquinanti atmosferici nei contesti urbani e determinazione degli outcomes di Salute Pubblica.</p> |
| <p><i>Standard di risultato</i></p> | <p>Limitatamente alla città di Milano:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Quantificazione della riduzione degli inquinanti ambientali; - Quantificazione degli impatti di salute, in termini di riduzione delle malattie cronico-degenerative (cardio-respiratorie) e risparmio previsionale in termini socio-assistenziali; - Individuazione di buone pratiche progettuali utili ad intraprendere azioni di rigenerazione urbana nell'ottica dell'applicazione di Nature-based Solutions; - Health Evidence Based Urban Planning Strategies per orientare le azioni dei Policy Makers nella pianificazione delle trasformazioni urbane di rigenerazione e riqualificazione della città. |
| <p><i>Attività previste per il raggiungimento dell'obiettivo specifico</i></p> | <ul style="list-style-type: none"> - Condivisione e formazione all'utilizzo del un sistema di valutazione Green SOAP, basato su un set di indicatori multi-criteriale, per la quantificazione della riduzione degli inquinanti outdoor urbani e per la valutazione previsionale dei benefici di salute in termini di riduzione delle malattie cronico-degenerative, quali ad esempio le cardio-respiratorie; - Applicazione dello strumento su diversi contesti (casi studio pilota, eventualmente individuati nelle aree territoriali di competenza delle ASL/ATS partner di progetto) al fine di procedere alla validazione e ritaratura dello strumento; - Confronto con casi studio di riferimento, al fine di dedurre strategie progettuali, normative (per consigliare la migrazione da un modello prescrittivo ad uno prestazionale) ed economico-finanziarie, per quantificare i costi-benefici relativi agli interventi di inverdimento delle coperture, ovvero la proposizione di compagne di incentivi fiscali per la realizzazione di nuove coperture verdi. - Definizione di strategie Health-Evidence Based a supporto delle future azioni di riqualificazione e rigenerazione urbana da parte dei Policy Makers e degli Operatori di Sanità Pubblica. |

| | |
|---|---|
| OBIETTIVO SPECIFICO 6 | Applicazione di un sistema di valutazione dell'impatto sulla salute di alcuni interventi di riqualificazione e rigenerazione urbana nelle aree situate nei pressi di siti industriali. |
| <i>Indicatore/i di risultato</i> | Disponibilità di modelli per la valutazione degli impatti sulla salute degli interventi di riqualificazione urbana. |
| <i>Standard di risultato</i> | Applicazione dei modelli di valutazione e condivisione dei risultati |
| <i>Attività previste per il raggiungimento dell'obiettivo specifico</i> | <ul style="list-style-type: none"> - valutazione del profilo di salute e l'analisi dei bisogni del contesto di Taranto; - elaborazione di modelli di valutazione di impatto sulla salute degli interventi di rigenerazione e riqualificazione urbana da applicare a una selezione di interventi previsti dal piano di bonifica; - identificazione e definizione di strategie d'intervento; - identificazione dei portatori di interesse locali e trasferimento di conoscenze agli stakeholder delle evidenze scientifiche ed epidemiologiche. |

| | |
|---|--|
| OBIETTIVO SPECIFICO 7 | Sintetizzare e disseminare i risultati delle pratiche realizzate nella sperimentazione e della revisione di letteratura su scala almeno regionale. |
| <i>Indicatore/i di risultato</i> | <p>Disponibilità di un rapporto contenente le buone pratiche emerse dal progetto.</p> <p>Evento formativo in cui si trasmettono le buone pratiche alle aree territoriali almeno su scala regionale (Lombardia).</p> |
| <i>Standard di risultato</i> | <p>Produzione di un rapporto giudicato adeguato per completezza e sintesi dei risultati da un <i>panel</i> di esperti esterno al gruppo di progetto.</p> <p>Partecipazione di almeno il 50% delle ATS lombarde all'evento formativo.</p> |
| <i>Attività previste per il raggiungimento dell'obiettivo specifico</i> | <ul style="list-style-type: none"> - riunioni preparatorie per l'organizzazione dell'evento tra i partner del progetto; - sintesi dei risultati delle sperimentazioni sul campo con i risultati della revisione di letteratura; - confronto con un panel di esperti esterno; - predisposizione degli inviti rivolti al personale delle ATS lombarde; - realizzazione dell'evento. |

Rendicontazione