

Health Action Zone (HAZ) per le priorità di azione: uno strumento equitativo per il Piano regionale di prevenzione piemontese

Alessandro Migliardi^a, Nicolás Zengarini^a, Roberto Gnani^a, Giuseppe Costa^b

^aServizio Sovrazonale di Epidemiologia, ASL TO3, Collegno (TO)

^bDipartimento di Scienze Cliniche e Biologiche, Università degli Studi di Torino

SUMMARY

Health Action Zones (HAZ) for action priorities: an equity tool for the Regional Prevention Plan of Piedmont (Italy)

Introduction

Inspired by the British experience with the Health Action Zones (HAZs) in the early 2000s, the present study responds to the Italian National Prevention Plan 2020-2025 with an allocative strategy to reduce health inequalities. Similarly, by identifying small homogeneous territorial aggregates based on social composition and health profiles (HAZs), it has developed a tool that allows to define priority actions aimed to achieve a better and more equitable level of health of the population resident in Piedmont.

Materials and methods

The Piedmontese HAZs were operationally created as territorial aggregates of municipalities based on different geographical classification systems: the mountain and hill unions, the homogeneous areas of the Turin metropolitan area, and the former local social health unions. For the provincial capitals, HAZs were created in order to consider their intra-city variability. Overall, 323 HAZs were identified with an average population of approximately 13,000 inhabitants. The HAZs thus defined are classified on the basis of two composite indicators (preventable health needs and social inequality) and a synthetic indicator of both dimensions, which expresses the level of intervention needed.

Results

The final product is a tool, represented by a multidimensional dashboard, that allows to identify territories by level of social deprivation, health needs and prevention needs, to make comparisons and hierarchies between territories (HAZs) and filter them by Local Health Units and health district to which they belong.

Discussion and conclusions

In summary, the tool represents a sort of “priority action toolkit” that allows public health professionals to identify the territories in need of intervention and the type of targeted actions to be implemented through local prevention plans, by using of equity lenses.

Key words: small-area variation; prevention; health equity

alessandro.migliardi@dors.it

Introduzione

In Italia, il Piano Nazionale di Prevenzione (PNP) 2020-2025 si pone l'obiettivo di affrontare il contrasto alle disuguaglianze sociali e geografiche, considerandolo una priorità trasversale a tutti i suoi Obiettivi. Il PNP ha incluso il criterio dell'equità nell'orientare le azioni e gli interventi previsti nell'ambito dei Programmi Predefiniti e dei Programmi Liberi in merito ai diversi determinanti di salute, gruppi di popolazione, setting, ambienti di vita e luoghi di lavoro (1). Più nello specifico, nello sviluppo dei Piani Regionali di Prevenzione (PRP) alcune Regioni vorrebbero rispondere a questo mandato del PNP adottando la strategia dell'Health Equity Audit (HEA) (2), calandola nei contesti locali e orientando l'identificazione delle priorità e il criterio di allocazione delle risorse verso le aree territoriali maggiormente svantaggiate e più bisognose. Per questo scopo

serve un'adeguata infrastruttura informativa, aggiornabile nel tempo, utile a calcolare indicatori di fabbisogno di prevenzione che tengano conto al contempo dei profili di salute e delle caratteristiche socioeconomiche della popolazione, non sempre disponibili nei flussi informativi sanitari correnti. Naturalmente, per ogni Programma di prevenzione servirebbero indicatori specifici di fabbisogno non sempre accessibili a livello geografico fine, come accade ad esempio nel caso degli screening organizzati, dove si possono misurare i tassi di aderenza agli inviti a livello di piccolo aggregato, ma comunque non disaggregabili per livello di svantaggio sociale. Per rendere fattibile l'HEA in ogni Programma di prevenzione, vengono potenziati i sistemi informativi sanitari, ad esempio ampliando la numerosità campionaria dei sistemi di sorveglianza (per consentire così di restituire informazioni sul profilo socioeconomico dei

residenti in piccole aree) o migliorando nella loro completezza e qualità archivi di esito come quello delle schede di dimissione ospedaliera (SDO) che potrebbero così arricchire di covariate sociali i sistemi di indagine. L'alternativa da noi esplorata è invece quella di prendere spunto dall'esempio inglese delle Health Action Zones (HAZ), che classifica i territori secondo un indicatore composito di fabbisogno di prevenzione (3). In Gran Bretagna, le HAZ rappresentano una strategia allocativa per ridurre le disuguaglianze di salute, che ha permesso di concentrare energie e risorse di prevenzione nelle aree di maggior bisogno, con alcuni risultati significativi di impatto sulle popolazioni più svantaggiate. Si veda, ad esempio, l'effetto della strategia inglese che ha portato alla riduzione delle disuguaglianze sociali nella speranza di vita alla nascita nelle aree più deprivate rispetto al resto del Paese (4).

A partire, quindi, dalle esigenze di prevenzione in ottica equitativa esplicitate dal PNP italiano e dalle esperienze maturate dal National Health Service (NHS) anglosassone (5), l'obiettivo di questo lavoro è illustrare le caratteristiche di uno strumento capace di indentificare piccole aree socialmente più disagiate e a maggior bisogno di salute al fine di consentire agli operatori coinvolti nella realizzazione dei PRP di progettare interventi e azioni in un'ottica di riduzione delle disuguaglianze nella salute. Più nello specifico, lo strumento descritto in questo articolo ha due obiettivi:

- individuare e costruire degli aggregati territoriali sufficientemente piccoli per catturare la variabilità e l'eterogeneità dei fenomeni che l'indice di fabbisogno si propone di rappresentare, restituendo un'informazione contestuale a livello di piccola area;
- individuare e mettere insieme disagio sociale e bisogno di salute espressi dalle popolazioni residenti nei territori presi in esame attraverso alcuni indici compositi di fabbisogno.

Materiali e metodi

In Piemonte, le HAZ sono state definite come aggregati territoriali di Comuni in base a diversi sistemi di classificazione geografica: le Unioni montane e collinari, le Zone omogenee dell'area metropolitana torinese e le ex Unità Socio-Sanitarie Locali (6-8). Inoltre, per rendere conto delle peculiarità dei grandi Comuni dell'area metropolitana torinese, quelli con popolazione superiore a 20.000 abitanti, sono stati estrapolati dalle Zone omogenee e rappresentati come singole HAZ a sé stanti. Infine, per i sette capoluoghi di provincia sono state create delle

HAZ che tengono conto della loro variabilità intra cittadina raggruppando le sezioni di censimento (ossia, l'unità minima di rilevazione dei Comuni italiani sulla cui base è organizzata la rilevazione dei censimenti di popolazione essendo l'aggregato geografico più piccolo a disposizione) in circoscrizioni, quartieri, frazioni e zone statistiche. Per realizzare questa attribuzione si sono utilizzate tabelle di corrispondenza tra sezione di censimento e aggregato amministrativo sub comunale specifiche per i capoluoghi di provincia, che vengono fornite dagli Uffici di Statistica dei Comuni in modo da poter riaggregare le sezioni di censimento in aggregati intra comunali più grandi. Per il solo Comune di Vercelli non è stato possibile recuperare il sistema di classificazione amministrativo della città con la corrispondenza della sezione di censimento. Le HAZ sono, quindi, territori che rientrano all'interno dei distretti sanitari quando mettono insieme più Comuni e all'interno delle città capoluogo di Regione e provincia quando aggregano le sezioni di censimento per limiti amministrativi specifici di questi Comuni.

Stante questi criteri, sono state individuate 323 HAZ a livello di granularità territoriale, rispettivamente, sub distrettuale come aggregazione di Comuni e sub comunale come aggregazione di livelli amministrativi urbani, con una popolazione media di circa 13.000 abitanti e una deviazione standard maggiore per le HAZ sovracomunali (Tabella 1).

Le HAZ così definite sono state classificate in base a due indici compositi: bisogno di salute e disagio sociale. Il primo si basa su cinque indicatori di esiti di salute prevenibili ricavati dai flussi informativi correnti di tipo statistico e sanitario comunemente disponibili (rispettivamente: Istat, Schede di morte; Regione Piemonte, SDO e Utenza Servizi delle dipendenze, SerD, 2017-2019): tasso di mortalità prematura, tasso di salute mentale prevenibile, tasso di interruzioni volontarie di gravidanza, tasso di traumi da incidenti e infortuni di diversa natura e tasso di utenza SerD con dipendenze da sostanze a diverso tipo di tossicità. L'indice classifica le HAZ in quintili in base alla distribuzione regionale, da 'molto sana' a 'per niente sana'.

Sono stati calcolati tassi grezzi per rendere conto della reale entità dei fenomeni in osservazione nelle popolazioni coinvolte, in modo da rivolgere gli interventi di prevenzione previsti dal PRP a quei territori dove il fabbisogno di prevenzione è più alto. Inoltre, i cinque indicatori sono stati selezionati in modo ragionato sulla base della loro capacità di catturare informazioni utili alla loro applicazione negli interventi previsti dai Programmi del PRP.

Tabella 1 - Health Action Zone (HAZ) e distribuzione della popolazione. Piemonte, 2019

HAZ	n. di HAZ	Popolazione media	Deviazione standard	Minimo	Massimo	5° percentile	95° percentile	25° percentile	75° percentile	Range interquartile
Zone statistiche di Torino	90	8.676	6.534	304	25.215	678	21.732	2.970	13.624	10.654
Zone omogenee area metropolitana torinese	10	53.343	25.698	7.792	89.670	7.792	89.670	27.319	72.174	44.855
Grandi Comuni area metropolitana torinese	13	37.825	10.888	23.215	56.737	23.215	56.737	28.485	47.006	18.521
Unioni montane e collinari	109	10.460	11.123	1.600	66.760	2.692	35.499	4.041	11.603	7.562
Ex Unità Socio-Sanitarie Locali	29	30.551	21.810	2.143	73.154	2.475	71.706	13.882	44.457	30.575
Circoscrizioni di Alessandria	5	17.146	5.088	11.529	23.758	11.529	23.758	14.119	21.082	6.963
Circoscrizioni di Asti	14	5.099	6.142	848	18.332	848	18.332	1.175	11.537	10.362
Quartieri di Biella	15	2.779	2.559	394	9.107	394	9.107	535	4.920	4.385
Zone statistiche di Cuneo	20	2.599	2.881	174	12.529	340	9.770	906	3.154	2.248
Quartieri di Novara	13	7.363	2.642	1.903	10.943	1.903	10.943	6.911	8.671	1.760
Frazioni di Verbania	5	5.878	4.670	929	12.721	929	12.721	3.067	8.287	5.220
Piemonte	323	13.028	15.745	174	89.670	848	48.662	3.093	15.648	12.555

Per quanto riguarda il secondo indice, disagio sociale, prendendo spunto da esperienze italiane di calcolo di indici compositi di deprivazione a livello di piccole aree che utilizzano i dati dei censimenti di popolazione (9-11), sono stati individuati e adattati altri cinque indicatori (2011):

- basso livello di istruzione;
- percentuale di soggetti non attivi negli adulti in età lavorativa;
- percentuale di Neet (Not engaged in employment, education and training) nei giovani;
- affollamento abitativo;
- percentuale di stranieri provenienti da Paesi a forte pressione migratoria, PFP (Tabella 2).

Anche questo secondo indice è distribuito in quintili costruiti sulla scala relativa dell'intero territorio regionale (da 'molto agiata' a 'molto disagiata').

Risultati

Gli indici compositi così costruiti hanno permesso di classificare le HAZ piemontesi in cinque livelli di bisogno di salute e cinque livelli di disagio sociale. Queste 10 diverse componenti di salute e di deprivazione sono state sintetizzate ulteriormente in un unico indice (prima attraverso la loro trasformazione in distribuzioni zeta per ricondurli alla stessa metrica e poi alla loro somma) che esprime il livello di fabbisogno di prevenzione

Tabella 2 - Indicatori utilizzati nella costruzione degli indici compositi bisogno di salute (2017-2019) e disagio sociale (2011)

Bisogno di salute (2017-2019)	Disagio sociale (2011)
Tasso grezzo di mortalità prematura (anni di vita persi entro i 75 anni) x 10.000	% Soggetti con bassa istruzione: fino alla licenza elementare nella fascia di età 15-60 anni
Tasso grezzo di salute mentale prevenibile (ricoveri per cause di disturbo mentale con componenti prevenibili) x 10.000	% Soggetti inattivi: studenti, casalinghe, pensionati, inabili al lavoro nella fascia di età 15-64 anni
Tasso grezzo di ricoveri per interruzioni volontarie di gravidanza nelle donne nella fascia di età 14-49 anni x 10.000	% Neet: Not engaged in employment, education and training: non occupati, non studenti, non percettori di reddito da pensione o da capitale nella fascia di età 15-29 anni
Tasso grezzo di utenza SerD con dipendenze da sostanze (utenti dei Servizi per le dipendenze con dipendenze da droghe, alcol, tabacco, gambling, altre sostanze e comportamenti) x 10.000	% Soggetti in affollamento abitativo: si ha sovraffollamento se la dimensione dell'abitazione di residenza risulta inferiore a 30, 50, 65, 80, 110 e 125 metri ² , nel caso in cui i componenti conviventi siano, rispettivamente, uno, due, tre, da quattro a sei, sette e otto e oltre.
Tasso grezzo di traumi da incidenti (ricoveri per traumi secondo la selezione Maximum Abbreviated Injury Scale) (12) di ferito grave x 10.000	% Paesi a forte pressione migratoria: soggetti con cittadinanza di Paesi a forte pressione migratoria (13)

e la priorità per l'azione richiesta dal territorio. I tre indici continui (bisogno di salute, disagio sociale e fabbisogno di prevenzione) sono resi disponibili anche in tre indici categorici, ciascuno raggruppato in cinque classi di uguale numerosità che esprimono, rispettivamente, il disagio sociale espresso dalle zone territoriali (da 'molto agiata' a 'molto disagiata'), il bisogno di salute manifestato dalle aree in questione (da 'molto sana' a 'per niente sana') e complessivamente le zone di azione prioritarie per la salute (da 'molto bassa' a 'molto alta'), rappresentate queste ultime nella **Figura 1**.

I singoli indicatori sono stati sottoposti a un processo di validazione in due passaggi. È stata dapprima valutata la loro non collinearità attraverso il test di correlazione di Pearson, in modo da quantificarne la ridondanza nel contribuire a definire i costrutti teorici che concorrono a spiegare. Una buona parte delle dimensioni inserite mostra una correlazione, in negativo o in positivo, con $R < 0,35$, segno di una loro capacità di cogliere dimensioni indipendenti. La soglia è stata arbitrariamente posta al valore di $R = 0,35$ in quanto rappresenta una maggioranza delle correlazioni trovate (62%) (**Tabella 3**).

In secondo luogo, la capacità predittiva dell'indice di fabbisogno di prevenzione è stata testata mediante una regressione lineare tra l'indice stesso e la prevalenza di alcune condizioni morbose croniche calcolate a livello di HAZ, pesata sulla popolazione residente nelle HAZ (vista la variabilità della popolazione in esse residente).

L'outcome è rappresentato dal rapporto standardizzato di prevalenza (2019) per almeno due patologie croniche tra: vasculopatie cerebrali, scompenso cardiaco, cardiopatie ischemiche, demenza, diabete, broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO), che sono state scelte per importanza di frequenza dei problemi di salute legati alla cronicità oltre che per la loro capacità di rappresentare in modo robusto questo fenomeno. Con riferimento all'associazione dell'indice composito di fabbisogno con almeno due delle patologie menzionate, dopo aver testato la linearità della relazione tra le variabili attraverso un'analisi dei residui e confrontato i risultati dei modelli con e senza valori *outlier* (R di Student $< -2,5$ o $> +2,5$), si è osservata una sua discreta capacità esplicativa con un R^2 pari a 0,23 (**Figura 2**).

Il prodotto finale del processo di costruzione dello strumento descritto nel paragrafo precedente è rappresentato da un cruscotto multidimensionale. Il cruscotto, organizzato in diversi fogli elettronici, consente di individuare i territori per livello di disagio sociale, bisogno di salute (comprese le singole componenti che concorrono alla costruzione dei due indici) e fabbisogno di prevenzione, effettuando confronti e gerarchie tra territori (HAZ) e filtrando questi ultimi per ASL e distretto sanitario di appartenenza dell'aggregato geografico. Il cruscotto è corredato da fogli di metadati che descrivono i territori e rendono conto dei sistemi di classificazione utilizzati, definiscono gli indicatori prodotti,

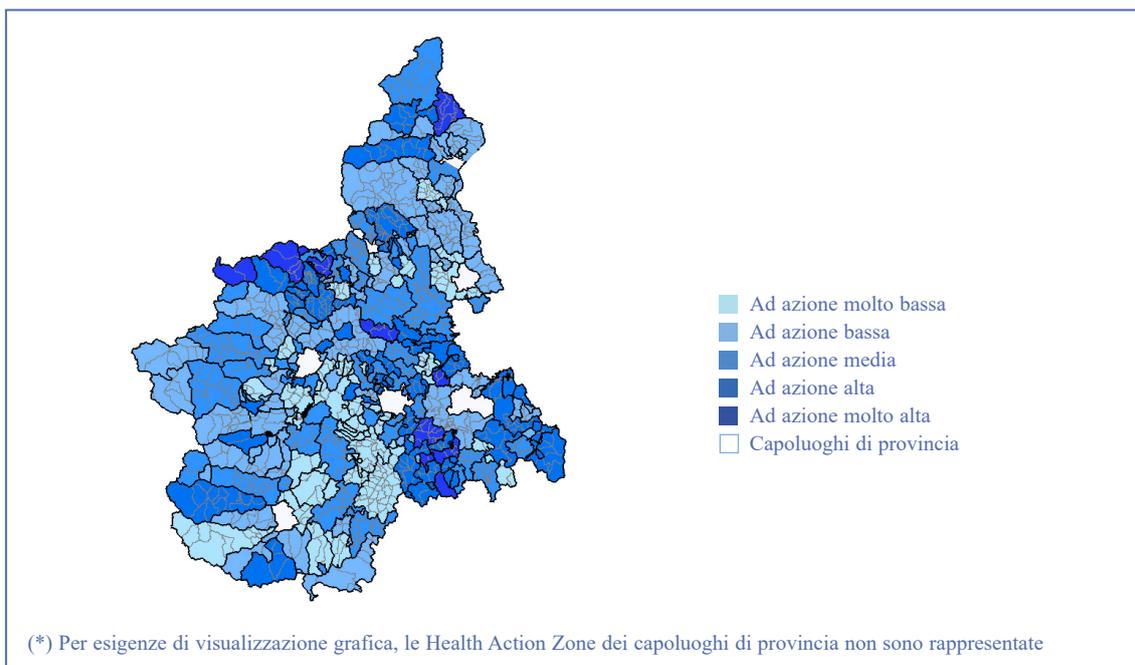
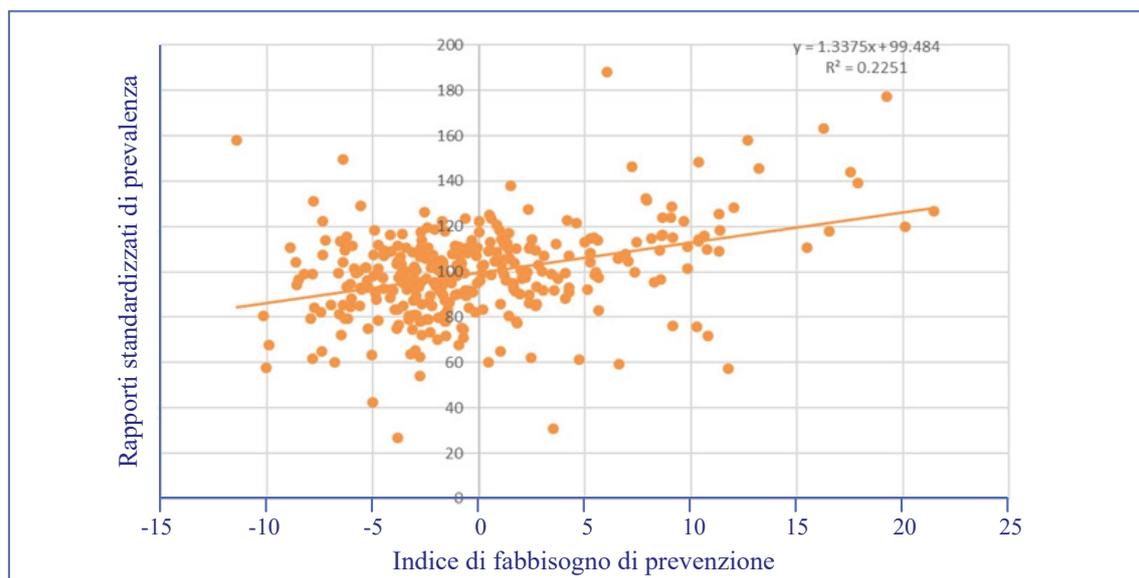


Figura 1 - Rappresentazione delle Health Action Zone piemontesi* per intensità di azione per la salute

Tabella 3 - Matrice di correlazione tra l'indice di disagio sociale (2011) e l'indice di bisogno di salute (2017-2019)

Coefficienti di correlazione di Pearson, n. 323 Prob > r con H0: Rho=0										
Indicatori	istr ^a	inatt ^b	neet ^c	affab ^d	pfpm ^e	tgr_ypll75 ^f	tgr_mentale ^g	tgr_ivg ^h	tgr_utenti ⁱ	tgr_incidenti ^l
istr ^a (%)	1 0,0001	0,21468 <,0001	0,40117 0,0004	0,1972 <,0001	0,47554 <,0001	0,42748 0,0647	-0,10293 <,0001	0,34686 0,3645	-0,05062 0,2518	-0,06395
inatt ^b (%)	0,21468 0,0001	1	0,70232 <,0001	0,53373 <,0001	0,30535 <,0001	0,32051 <,0001	0,49318 <,0001	0,31375 <,0001	0,34408 <,0001	0,59038 <,0001
neet ^c (%)	0,40117 <,0001	0,70232 <,0001	1	0,7546 <,0001	0,66677 <,0001	0,23235 <,0001	0,44817 <,0001	0,41576 <,0001	0,37575 <,0001	0,37006 <,0001
affab ^d (%)	0,1972 0,0004	0,53373 <,0001	0,7546 <,0001	1	0,5116 <,0001	0,02685 0,6307	0,48039 <,0001	0,34324 <,0001	0,3944 <,0001	0,155 0,0052
pfpm ^e (%)	0,47554 <,0001	0,30535 <,0001	0,66677 <,0001	0,5116 <,0001	1	0,15238 0,0061	0,29784 <,0001	0,41966 <,0001	0,13572 0,0146	0,26603 <,0001
tgr_ypll75 ^f	0,42748 <,0001	0,32051 <,0001	0,23235 <,0001	0,02685 0,6307	0,15238 0,0061	1	0,07778 0,1631	0,36006 <,0001	0,05093 0,3616	0,24735 <,0001
tgr_mentale ^g	-0,10293 0,0647	0,49318 <,0001	0,44817 <,0001	0,48039 <,0001	0,29784 <,0001	0,07778 0,1631	1	0,33703 <,0001	0,29632 <,0001	0,49498 <,0001
tgr_ivg ^h	0,34686 <,0001	0,31375 <,0001	0,41576 <,0001	0,34324 <,0001	0,41966 <,0001	0,36006 <,0001	0,33703 <,0001	1	0,22201 <,0001	0,24464 <,0001
tgr_utenti ⁱ	-0,05062 0,3645	0,34408 <,0001	0,37575 <,0001	0,3944 <,0001	0,13572 0,0146	0,05093 0,3616	0,29632 <,0001	0,22201 <,0001	1	0,24792 <,0001
tgr_incidenti ^l	-0,06395 0,2518	0,59038 <,0001	0,37006 <,0001	0,155 0,0052	0,26603 <,0001	0,24735 <,0001	0,49498 <,0001	0,24464 <,0001	0,24792 <,0001	1

(a) istr: soggetti con bassa istruzione; (b) inatt: soggetti inattivi; (c) neet: not engaged in employment, education and training; (d) affab: soggetti in affollamento abitativo; (e) pfpm: % soggetti con cittadinanza di Paesi a forte pressione migratoria; (f) tgr_ypll75: tasso grezzo di mortalità prematura; (g) tgr_mentale: tasso grezzo di salute mentale prevenibile; (h) tgr_ivg: tasso grezzo di ricoveri per interruzioni volontarie di gravidanza; (i) tgr_utenti: tasso grezzo di utenza SerD con dipendenze da sostanze; (l) tgr_incidenti: tasso grezzo di traumi da incidenti di ferito grave


Figura 2 - Retta di regressione tra cronicità (rapporti standardizzati di prevalenza per almeno due patologie croniche, 2019) e indice di fabbisogno di prevenzione (punteggio Z)

informano sulle fonti informative utilizzate per la costruzione degli indici e forniscono i principali riferimenti bibliografici. Lo strumento rappresenta, in sintesi, una sorta di toolkit per le priorità di azione che permette agli operatori della

prevenzione e della sanità pubblica di ragionare sui criteri di scelta e di individuare i territori in cui implementare gli interventi e le azioni previste dai piani locali di prevenzione attraverso l'uso delle lenti dell'equità.

Discussione e conclusioni

Lo strumento proposto consente di classificare i territori piemontesi per individuare piccole aree al contempo disagiate socialmente e bisognose di salute in cui allocare gli interventi, così come previsto dagli indirizzi del PNP e dalla sua articolazione a livello regionale e locale. L'idea di fondo è che questi aggregati territoriali così ragionati consentano di catturare e discriminare meglio, rispetto a dimensioni strettamente amministrative (ad esempio, Comuni, distretti sanitari, ASL), disagio sociale e bisogno di salute. Dal punto di vista della popolazione residente in questi territori, ci troviamo di fronte a una grande variabilità, con un campo di variazione che si attesta a quasi 90.000 soggetti. L'esperienza inglese delle HAZ, dalla quale questo strumento trae ispirazione, mostra un'analogia caratteristica, evidenziando un'eterogeneità di popolazione persino maggiore (14).

Lo strumento, inoltre, utilizza flussi informativi correnti di tipo statistico e sanitario disponibili presso gli Osservatori epidemiologici regionali, pertanto è estendibile e replicabile nelle altre Regioni italiane.

Gli indici compositi proposti riprendono e adattano, dal lato del disagio sociale, la consolidata esperienza italiana di costruire indici di deprivazione per piccole aree. La buona variabilità espressa dalla componente sociale nel catturare l'eterogeneità geografica dei suoi ingredienti consente di rappresentare a livello contestuale il disagio, tenendo conto delle sue diverse dimensioni e dei costruttori teorici di riferimento (15). Tuttavia lo strumento, in questa componente di disagio sociale, mostra alcuni limiti rispetto alla collinearità dei suoi ingredienti che vanno evidenziati e argomentati. Più nello specifico, i due indicatori inattivi e Neet evidenziano una collinearità pronunciata ($R=0,70$), perché i secondi sono inclusi per fascia di età (15-29 anni) nei primi (15-64 anni). Per sostenere la scelta di mantenere entrambi gli indicatori si è proceduto a effettuare un'analisi di sensibilità, escludendo i Neet dal calcolo dell'indice di disagio sociale. I principali momenti delle due distribuzioni - con e senza Neet - non mostrano sostanziali differenze (mediana: 0,6 vs 0,5; deviazione standard 3,4 vs 2,6; range interquartile: 3,2 vs 2,3; minimo e massimo: -7,3 e 15,4 vs -6,6 e 12,8 rispettivamente nell'indice con e senza Neet). Pertanto, si è deciso di mantenere l'indice comprensivo della dimensione dei Neet sia per sostenere la revisione di tipo qualitativo effettuata con gli operatori della prevenzione che hanno condiviso questa decisione, sia per dare evidenza a un indicatore che rappresenta una categoria di soggetti particolarmente cogente,

frequente e attuale nel contesto di vita italiano e piemontese (16), oltre a essere un gruppo sociale da monitorare in ottica di interventi preventivi equitativi.

In una seconda versione dello strumento, vista l'alta collinearità tra le due dimensioni sociali considerate, l'algoritmo di calcolo sarà modificato e aggiornato, escludendo gli inattivi dalle componenti del disagio.

Gli indicatori di posizione socioeconomica sono stati calcolati con i dati del Censimento della popolazione del 2011, ultimo anno disponibile al momento dello studio. Nella prossima versione, lo strumento potrà essere aggiornato, almeno in parte, nella componente sociale con i dati dei censimenti permanenti, rilasciati annualmente dall'Istat a livello di sezione di censimento a partire dall'edizione del 2018 (17).

La componente di bisogno di salute dell'indice propone dimensioni specifiche e utili agli attori della prevenzione, indicando anche in questo caso le aree dove approntare interventi e azioni di promozione e prevenzione. Gli indicatori di bisogno sono stati volutamente calcolati per il triennio (2017-2019) che ha preceduto l'epidemia da COVID-19, in modo da superare gli effetti di un evento eccezionale e anomalo come quello pandemico.

Lo strumento prodotto è stato sottoposto a validazione statistica e alla condivisione con operatori di sanità pubblica impegnati nelle attività del PRP a livello regionale e locale. Nel corso di seminari di formazione sullo strumento e sulla sua applicazione operativa attraverso esercitazioni pratiche, l'applicativo è stato sottoposto a una revisione tra pari che ha consentito di saggiare, insieme agli operatori dei dipartimenti di prevenzione coinvolti nelle linee di attività previste dal PRP, la sua applicabilità e trasferibilità nella pratica di lavoro.

Le due validazioni (di tipo quantitativo e qualitativo) hanno restituito risultati soddisfacenti rispettivamente in termini di capacità esplicativa e usabilità operativa, consentendone il rilascio agli attori coinvolti nelle attività del PRP e fornendo loro uno strumento di lavoro per una mappatura dei territori sui quali implementare le azioni *equity oriented*.

Infine, un'apposita Determinazione della Direzione Sanità e Welfare dell'Assessorato alla Sanità della Regione Piemonte (18), oltre all'istituzione del gruppo di lavoro HEA del PRP e dei suoi componenti, ha stabilito su un piano formale che: "l'Health Action Zones - HAZ - è strumento a supporto dell'individuazione di zone territoriali prioritarie per l'implementazione

delle azioni del PRP in ottica di riduzione delle disuguaglianze di salute”, interpellando e richiamando in questo modo responsabilità e ruoli di decisori politici e attori istituzionali del mondo della sanità pubblica piemontese, rendendone espliciti e documentabili gli indirizzi e le azioni di ciascuno in termini allocativi ed equitativi.

Citare come segue:

Migliardi A, Zengarini N, Gnani R, Costa G. Health Action Zone (HAZ) per le priorità di azione: uno strumento equitativo per il Piano regionale di prevenzione piemontese. *Boll Epidemiol Naz* 2024;5(2):1-7.

Conflitti di interesse dichiarati: nessuno.

Finanziamenti: nessuno.

Authorship: tutti gli autori hanno contribuito in modo significativo alla realizzazione di questo studio nella forma sottomessa.

Riferimenti bibliografici

1. Ministero della Salute. Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025. https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2955_allegato.pdf; ultimo accesso 13/9/2024.
2. Department of Health, United Kingdom. Health equity audit: a self-assessment tool. <https://www.gov.uk/government/publications/health-equity-assessment-tool-heat>; ultimo accesso 13/9/2024.
3. National Audit Office, Department of Health. Tackling inequalities in life expectancy in areas with the worst health and deprivation. London: The Stationery Office; 2010. <https://www.nao.org.uk/wp-content/uploads/2010/07/1011186.pdf>; ultimo accesso 13/9/2024.
4. Barr B, Higginson J, Whitehead M. Investigating the impact of the English health inequalities strategy: time trend analysis. *BMJ* 2017;358:j3310. doi: 10.1136/bmj.j3310
5. Cookson R, Asaria M, Ali S, Ferguson B, Fleetcroft R, Goddard M, et al. Health Equity Indicators for the English NHS: a longitudinal whole-population study at the small-area level. Southampton (UK): NIHR Journals Library; 2016 Sep. (Health Services and Delivery Research, No. 4.26). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK385248/>; ultimo accesso 8/7/2024. doi: 10.3310/hsdr04260
6. Unione Nazionale dei Comuni delle Comunità e degli Enti Montani, Delegazione Piemontese. <https://uncem.piemonte.it/>; ultimo accesso 13/9/2024.
7. Città metropolitana di Torino. http://www.cittametropolitana.torino.it/istituzionale/zone_omogenee.shtml; ultimo accesso 13/9/2024.
8. Centro d’Eccellenza Interdipartimentale per il Management Sanitario, Università del Piemonte Orientale - Federsanità Piemonte. Rapporto di ricerca. Esiste un modello sanitario piemontese? Novembre 2017. <https://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato1158879.pdf>; ultimo accesso 13/9/2024.
9. Cadum E, Costa G, Biggeri A, Martuzzi M. Deprivazione e mortalità: un indice di deprivazione per l’analisi delle disuguaglianze su base geografica. *Epidemiol Prev* 1999;23:175-87.
10. Caranci N, Biggeri A, Grisotto L, Pacelli B, Spadea T, Costa G. L’indice di deprivazione italiano a livello di sezione di censimento: definizione, descrizione e associazione con la mortalità. *Epidemiol Prev* 2010;34(4):167-76.
11. Rosano A, Pacelli B, Zengarini N, Costa G, Cislaghi C, Caranci N. Aggiornamento e revisione dell’indice di deprivazione italiano 2011 a livello di sezione di censimento. *Epidemiol Prev* 2020; 44(2-3):162-70. doi: 10.19191/EP20.2-3.P162.039
12. Gennarelli TA, Wodzin E. AIS 2005: a contemporary injury scale. *Injury* 2006;37(12):1083-91. doi: 10.1016/j.injury.2006.07.009
13. United Nations Development Programme. *Human Development Report 2007/2008. Fighting climate change: Human solidarity in a divided world*. New York: United Nations Development Programme; 2007.
14. Bauld L, Judge K, Barnes M, Benzeval M, Mackenzie M, Sullivan H. Promoting social change: the experience of health action zones in England. *J Soc Policy* 2005;34(3):427-45. doi: 10.1017/S0047279405008858
15. Costa G, Spadea T, Cardano M (Ed.). Disuguaglianze di salute in Italia. *Epidemiol Prev* 2004;28(3) suppl:1-162.
16. Istituto Nazionale di Statistica. Noi Italia 2024. <https://noi-italia.istat.it/>; ultimo accesso 13/9/2024.
17. Istituto Nazionale di Statistica. Censimento della popolazione: dati regionali. Anno 2022. <https://www.istat.it/comunicato-territoriale/censimento-della-popolazione-dati-regionali-anno-2022/>; ultimo accesso 13/9/2024.
18. Regione Piemonte. Determinazione Dirigenziale del 15 novembre 2022, n. 2140. A1400A - SANITA' E WELFARE. A1409C - Prevenzione, sanità pubblica veterinaria e sicurezza alimentare. https://www.regione.piemonte.it/governo/bollettino/abbonati/2022/49/attach/dda1400002140_10100.pdf; ultimo accesso 13/9/2024.