



**Università
degli Studi
di Ferrara**

**Dipartimento
di Scienze Mediche**

**Scuola di Specializzazione in
Igiene e Medicina Preventiva**

Direttore: Prof. Giovanni Gabutti

L'EQUITÀ IN SALUTE

Dott. Gianluca Marini

ARGOMENTI TRATTATI IN QUESTA PRESENTAZIONE

PRIMA PARTE

Health Equity: definizione e percorso storico

SECONDA PARTE

L'attività fisica come intervento preventivo e terapeutico

TERZA PARTE

Risultati dell'*Equality Impact Assessment* sul progetto dei gruppi di cammino della provincia di Ferrara

QUARTA PARTE

Conclusioni

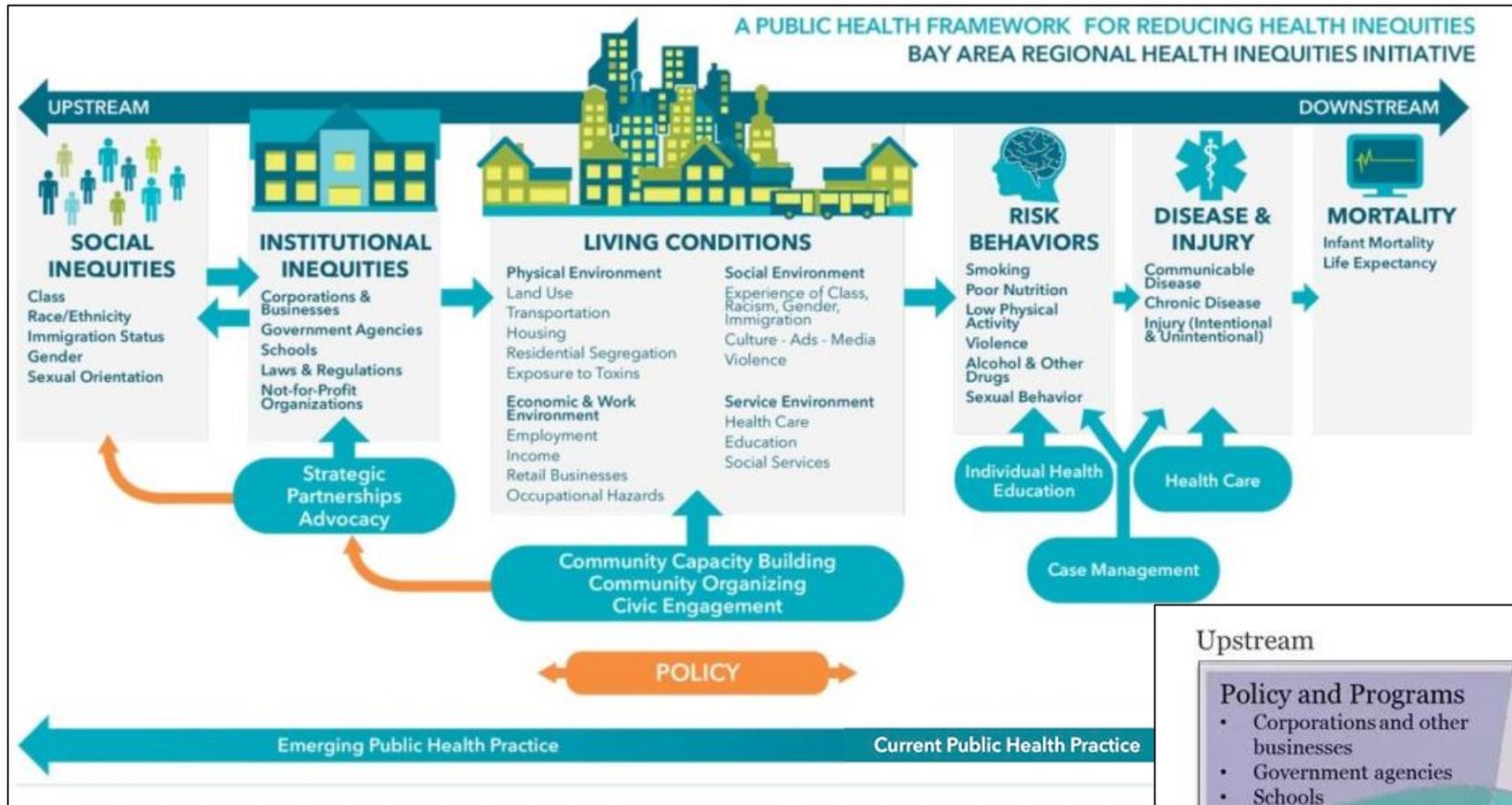


Box 16 The Anatomy of Health Promotion

health promotion = health education × healthy public policy

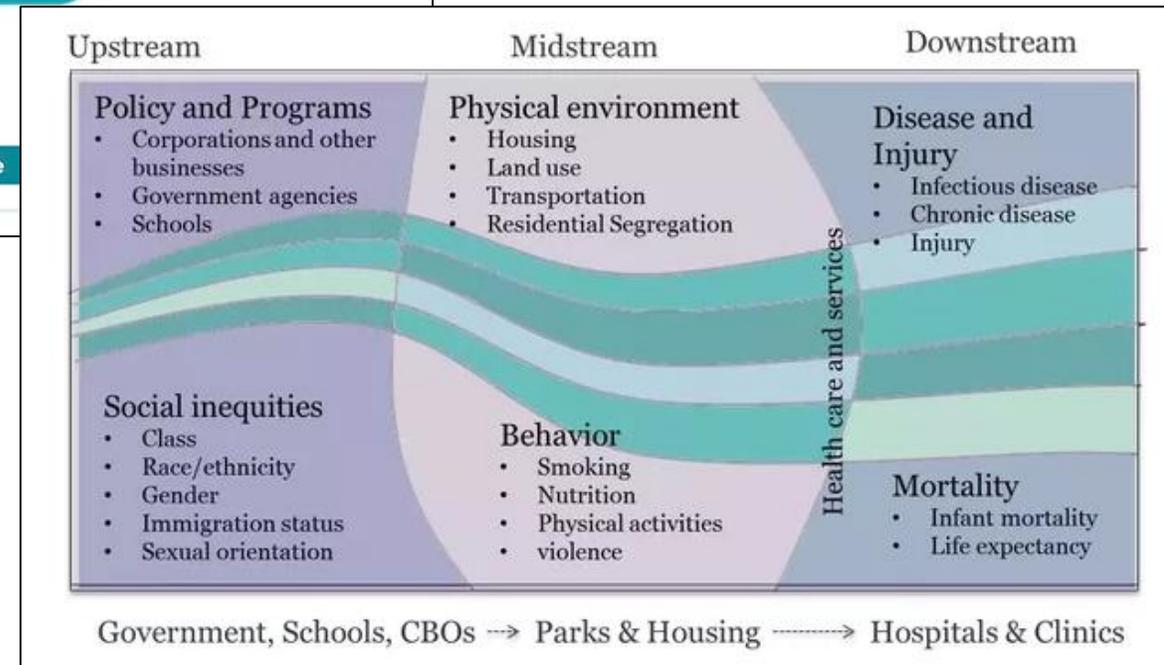
Tones & Tilford, 2001 - Health Promotion: Effectiveness, Efficiency and Equity





<http://barhii.org/framework/>

OBIETTIVI DELLE POLITICHE PUBBLICHE SALUTARI?

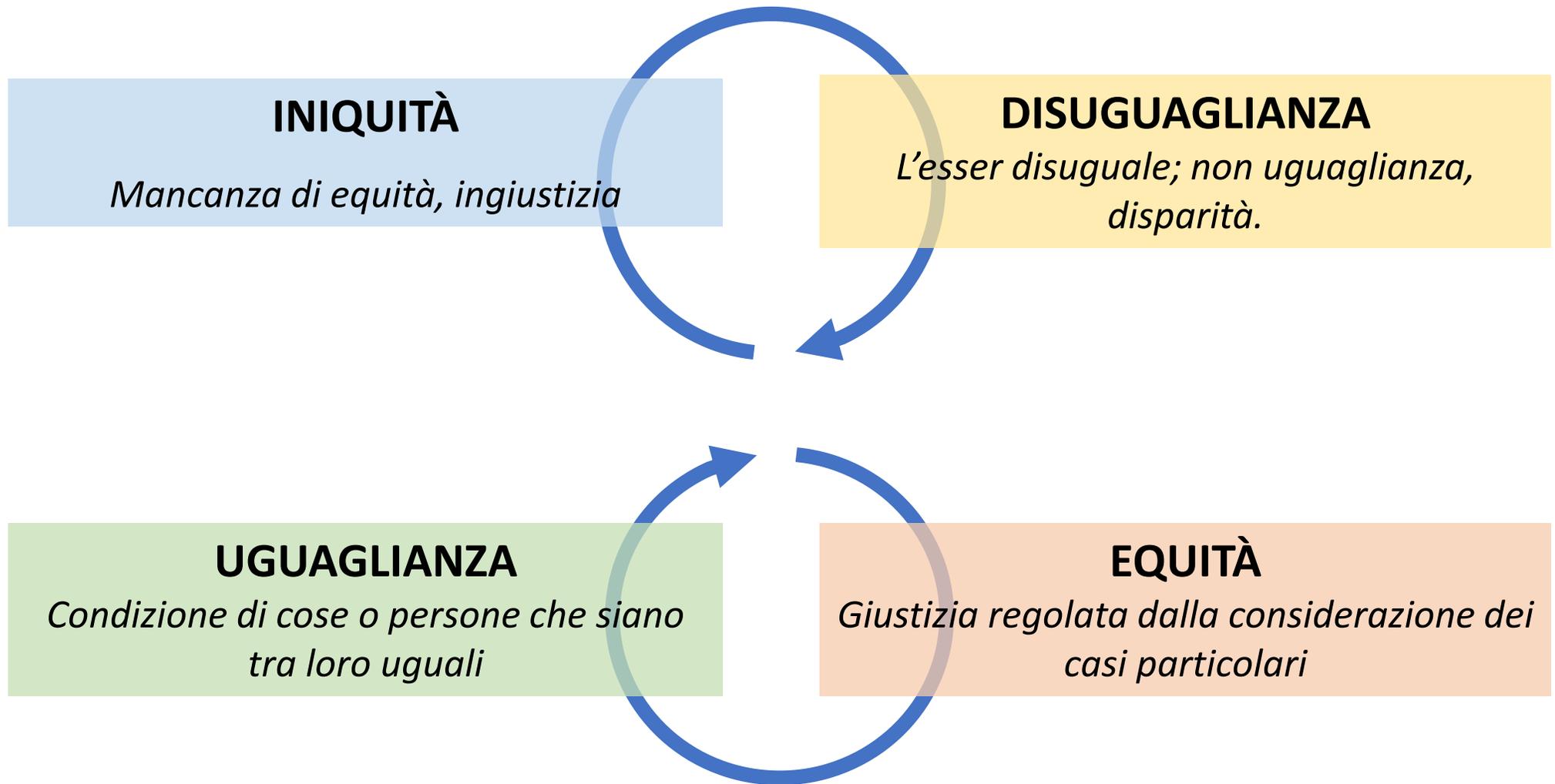


<http://www.ci.richmond.ca.us/2575/Health-in-All-Policies-HiAP>

equità

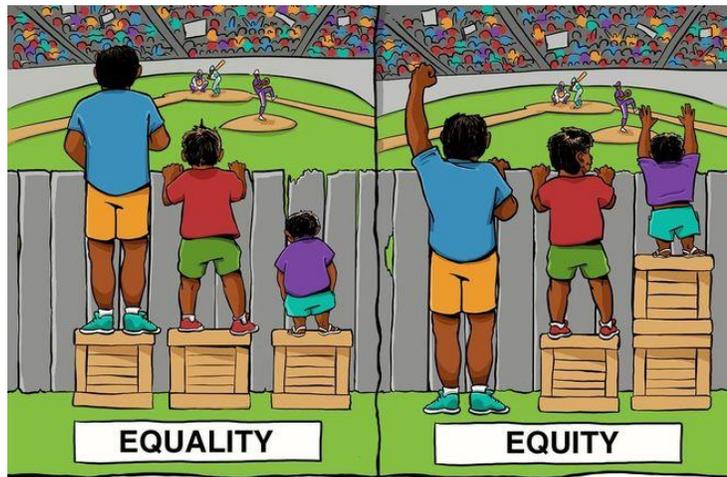
LA DEFINIZIONE DI BASE E' GIURIDICA
MA IL CONCETTO È UTILIZZATO IN
MOLTI ALTRI CAMPI (SOCIALE,
SALUTE...)

equità s. f. [dal lat. *aequitas* -atis, der. di *aequus* «equo»]. – Giustizia che applica la legge non rigidamente, ma temperata da umana e indulgente considerazione dei casi particolari a cui la legge si deve applicare: *giudicare con e., secondo e., contro e.; l'e. non offende la legge né la giustizia, ma interpreta l'una e l'altra nel loro vero significato*; più in partic., nei sistemi giuridici di *common law* (v.) e nel diritto internazionale, e solo eccezionalmente nel diritto italiano, l'equità (ingl. *equity*) è la «giustizia del caso singolo», quella che prevede, da parte del giudice, non l'applicazione di una legge preesistente, ma piuttosto la creazione di una nuova norma applicabile al caso concreto; nel diritto privato, riduzione ad e., l'operazione attraverso cui, nel caso di eccessiva onerosità sopravvenuta della prestazione del debitore, si modificano le condizioni del contratto in modo da contemperare equamente gli interessi dei contraenti. In senso più generale, il termine è usato come sinon. di giustizia, non in quanto sistema astratto ma in quanto norma seguita costantemente nel giudicare, nel governare, nel trattare ognuno secondo i meriti o le colpe, con assoluta imparzialità.



¹ ***Inequality*** in health is a term commonly used in some countries to indicate systematic, avoidable, and important differences. However, there is some ambiguity about the term, as sometimes it is used to convey a sense of unfairness, while others use it to mean unequal in a purely mathematical sense. Added to this is the problem of translation in some languages where there is only one word available to cover both “inequality” and “inequity.” To avoid confusion, the terms “equity” and “inequity” have been chosen by WHO for the European Health for All strategy and will be used throughout this article.

Whitehead, 1992



- ✓ La differenza tra equità e uguaglianza è alla base di due visioni politiche diverse
- ✓ l'equità è il presupposto per ridurre le disuguaglianze, creando uguali opportunità per la salute
- ✓ l'equità affronta i fattori che causano o perpetuano le disuguaglianze promuovendo una più equa condivisione delle risorse

«Equity: 1. The quality of being equal or fair; fairness, impartiality; even-handed dealing,

2. What is fair and right; something that is fair and right.

Equality: 1. a. The condition of being equal in quantity, amount, value, intensity, etc.

2. a. The condition of having equal dignity, rank, or privileges with others; the fact of being on an equal footing,

b. The condition of being equal in power, ability, achievement, or excellence.

(THE OXFORD ENGLISH DICTIONARY, 1961: 253, 262).



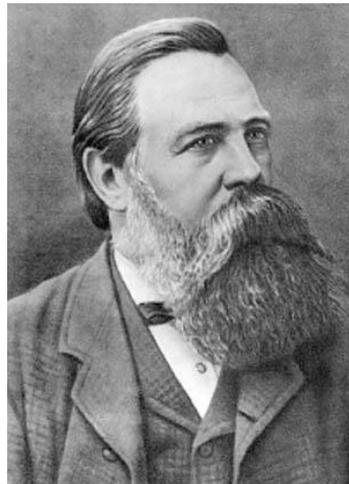
JOHANN PETER FRANK
1745 - 1821

*The origins of the concept of health equity can be found in the history of **social medicine**, especially since the mid-nineteenth century. Men such as Rudolf Virchow, Friedrich Engels, Andrija Stampar, and others clearly recognized that social and class inequalities led to inequities in health.*

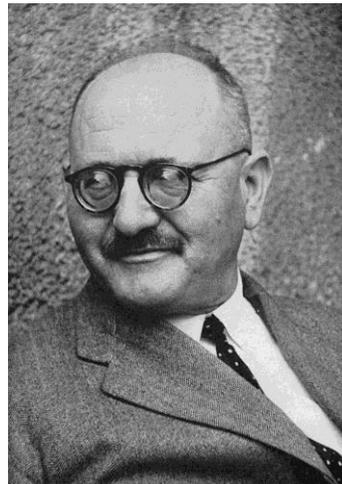
Fee & Gonzalez, 2017



RUDOLF VIRCHOW
1821-1902



FRIEDRICH ENGELS
1820-1895



ANDRIJA STAMPAR
1888-1958

MEDICINA SOCIALE (Horton, 2013)

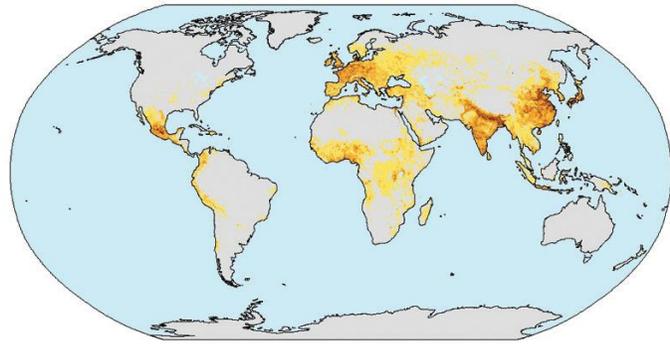
Si occupa della persona studiandola in relazione al suo ambiente di vita e di lavoro

Comprende più dimensioni dell'individuo o della comunità: economica, nutrizionale, occupazionale, educativa e psicologica.

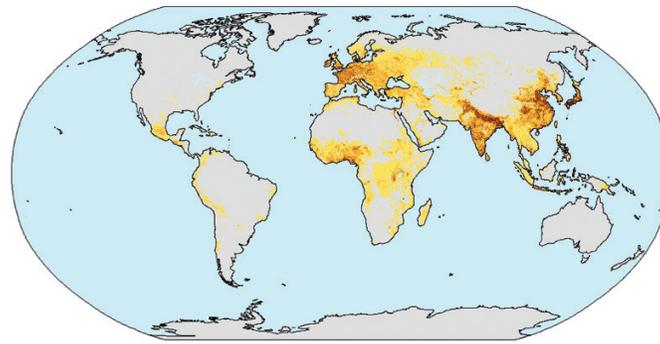
Ha una portata più ampia su malattie non trasmissibili, salute mentale e traumi.

La medicina sociale estende l'interesse e trasforma il vecchio concetto di salute pubblica, così come le disuguaglianze e i drammi sociali estendono l'interesse e trasformano la ricerca epidemiologica.

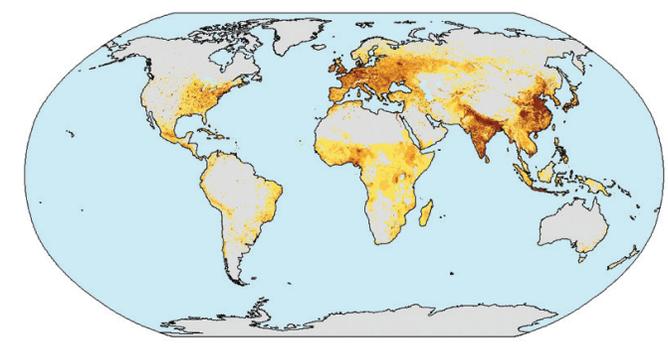
1500 A.D.



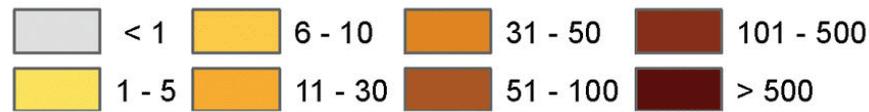
1700 A.D.



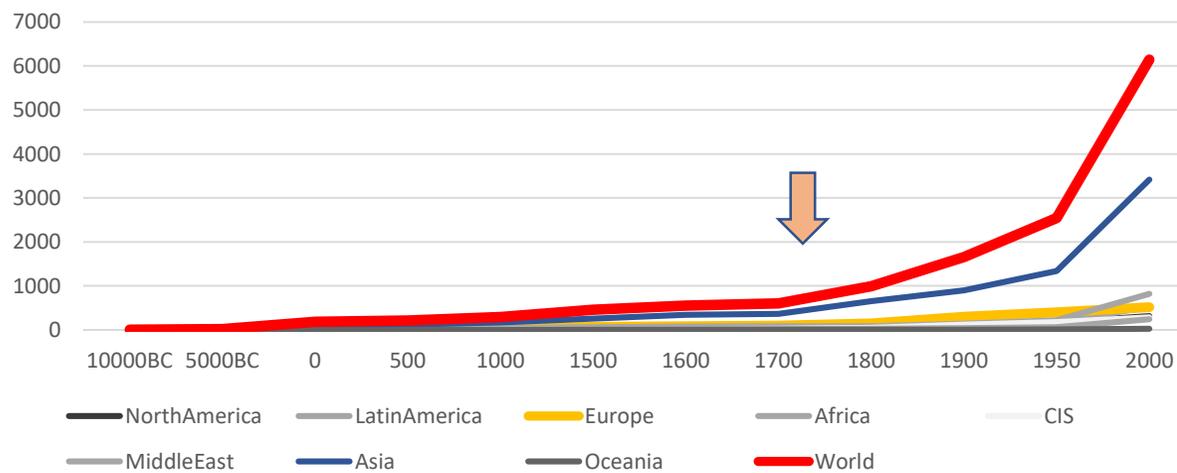
1900 A.D.



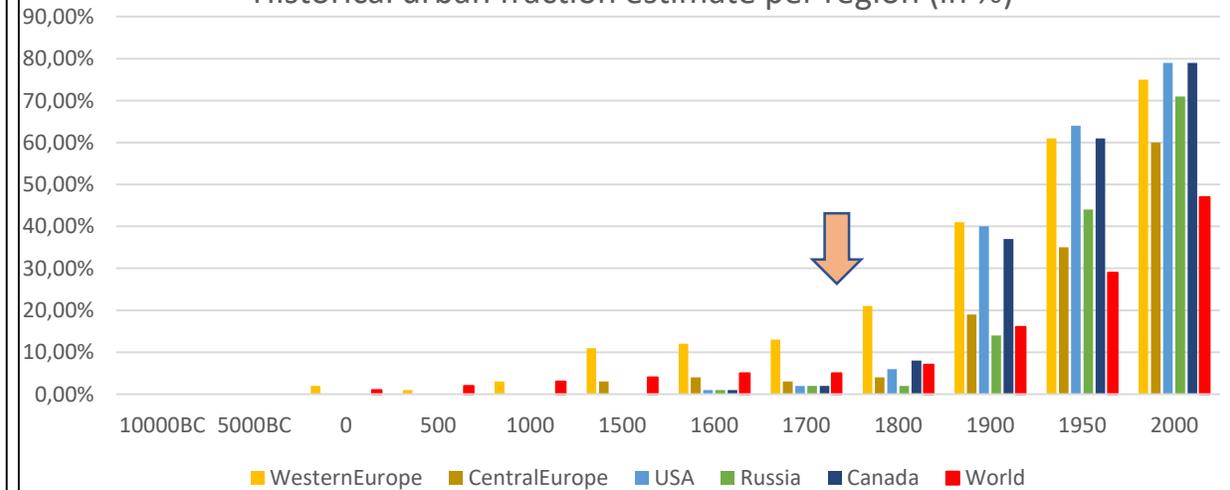
inh/km²



Total population (in millions)



Historical urban fraction estimate per region (in %)



**CONSTITUTION
OF THE
WORLD HEALTH ORGANIZATION**

1946

The enjoyment of the highest attainable standard of health is one of the fundamental rights of every human being without distinction of race, religion, political belief, economic or social condition.

1947

**COSTITUZIONE
DELLA REPUBBLICA ITALIANA**

NEGLI ARCH

ART. 32.

La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti.

Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana.

1948



**THE UNIVERSAL DECLARATION
OF Human Rights**

ARTICLE 25 — 1. Everyone has the right to a standard of living adequate for the health and well-being of himself and of his family, including food, clothing, housing and medical care and necessary social services, and the right to security in the event of unemployment, sickness, disability, widowhood, old age or other lack of livelihood in circumstances beyond his control.

2. Motherhood and childhood are entitled to special care and assistance. All children, whether born in or out of wedlock, shall enjoy the same social protection.



The Lancet · Saturday 27 February 1971

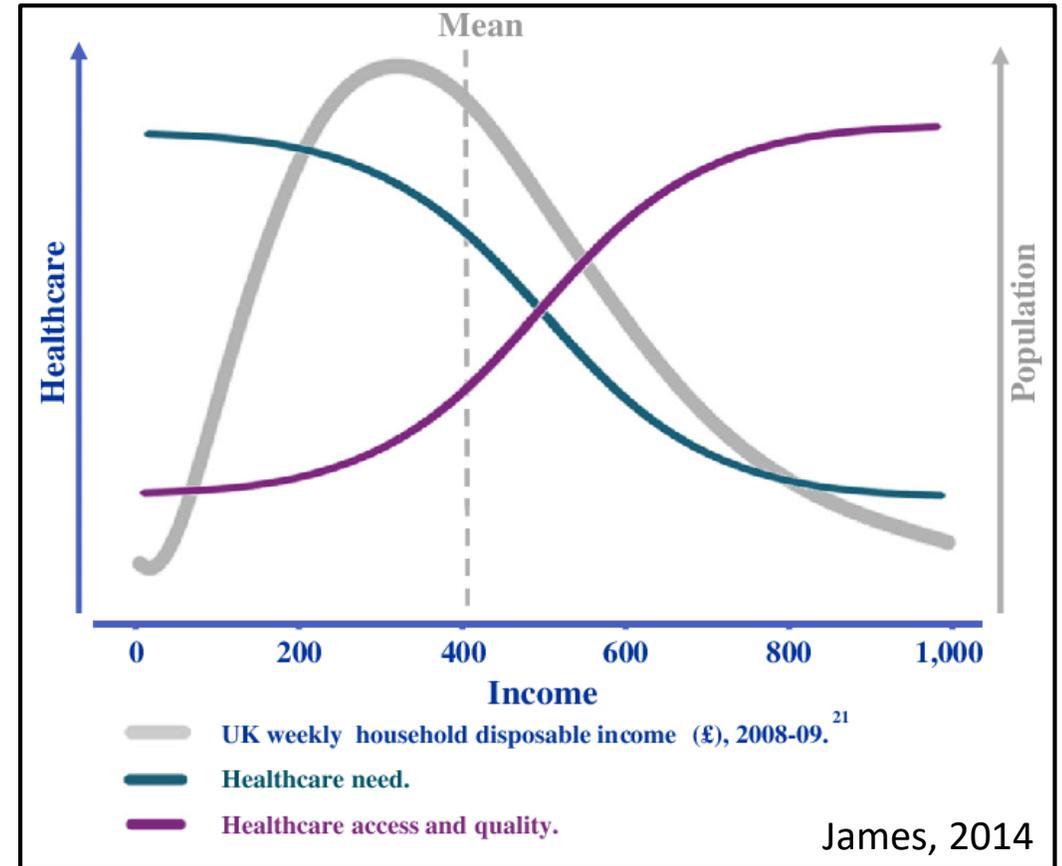
THE INVERSE CARE LAW

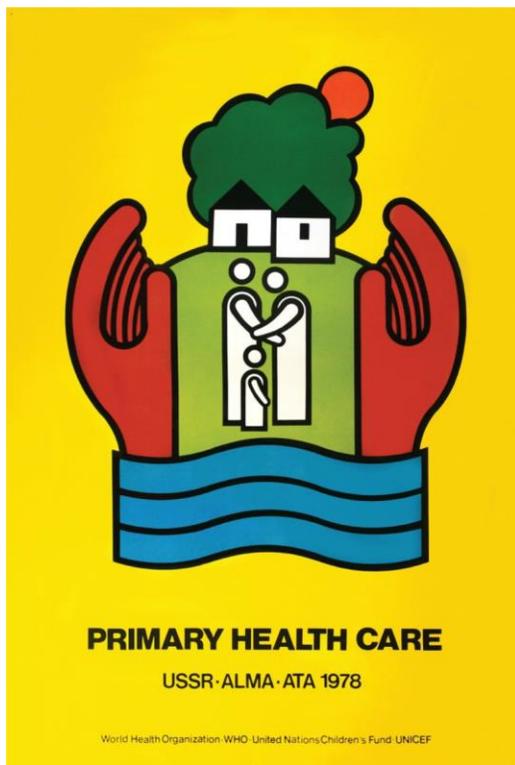
JULIAN TUDOR HART

Glyncorrwg Health Centre, Port Talbot, Glamorgan, Wales

Summary The availability of good medical care tends to vary inversely with the need for it in the population served. This inverse care law operates more completely where medical care is most exposed to market forces, and less so where such exposure is reduced. The market distribution of medical care is a primitive and historically outdated social form, and any return to it would further exaggerate the maldistribution of medical resources.

1971



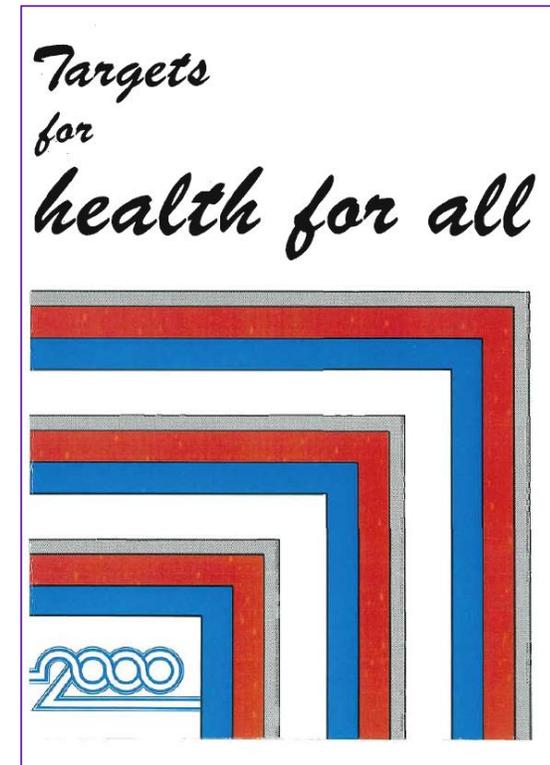


II

The existing gross inequality in the health status of the people particularly between developed and developing countries as well as within countries is politically, socially, and economically unacceptable and is, therefore, of common concern to all countries.

v

Governments have a responsibility for the health of their people which can be fulfilled only by the provision of adequate health and social measures. A main social target of governments, international organisations, and the whole world community in the coming decades should be the attainment of all peoples of the world by the year 2000 of a level of health that will permit them to lead a socially and economically productive life. Primary health care is the key to attaining this target as part of development in the spirit of social justice.



Equity in health

Target 1 Σ
*Reducing the
differences*

By the year 2000, the actual differences in health status between countries and between groups within countries should be reduced by at least 25%, by improving the level of health of disadvantaged nations and groups.

This target could be achieved if the basic prerequisites for health were provided for all; if the risks related to lifestyles were reduced; if the health aspects of living and working conditions were improved; and if good primary health care were made accessible to all.

1978 - 1985

THE CONCEPTS AND PRINCIPLES OF EQUITY AND HEALTH

1992

Margaret Whitehead

In 1984, the 32 member states of the World Health Organization European Region took a remarkable step forward in agreeing unanimously on 38 targets for a common health policy for the Region. Not only was equity the subject of the first of these targets, but it was also seen as a fundamental theme running right through the policy as a whole. However, equity can mean different things to different people. This article looks at the concepts and principles of equity as understood in the context of the World Health Organization's Health for All policy. After considering the possible causes of the differences in health observed in populations—some of them inevitable and some unnecessary and unfair—the author discusses equity in relation to health care, concentrating on issues of access to care, utilization, and quality. Lastly, seven principles for action are outlined, stemming from these concepts, to be borne in mind when designing or implementing policies, so that greater equity in health and health care can be promoted.

To sum up, the term “inequity” as used in WHO documents refers to differences in health that are not only unnecessary and avoidable, but in addition, are considered unfair and unjust.

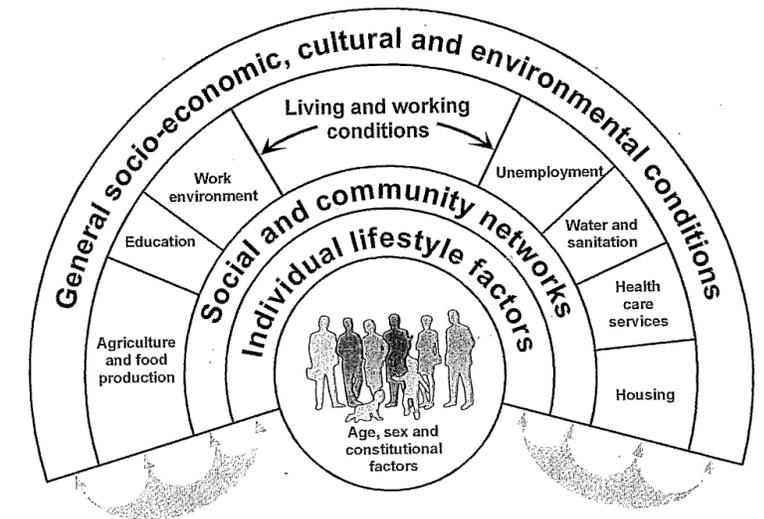
Judgments on which situations are unfair will vary from place to place and from time to time, but one widely used criterion is the degree of choice involved. Where people have little or no choice of living and working conditions, the resulting health differences are more likely to be considered unjust than those resulting from health risks that were chosen voluntarily. The sense of injustice increases for groups where disadvantages cluster together and reinforce each other, making them very vulnerable to ill-health.

Equity is therefore concerned with creating equal opportunities for health, and with bringing health differentials down to the lowest level possible.

In un articolo del 1992 scritto da Margareth Whitehead su incarico della WHO è spiegato e chiarito il concetto di *health equity*, fino ad allora rimasto poco compreso nonostante la sua sempre maggiore diffusione nei dibattiti sulle politiche sanitarie.

In particolare, spesso l'equità in salute era confusa con l'equità nella fornitura o nell'accesso ai servizi sanitari. Questo errore concettuale dal punto di vista politico risultava molto vantaggioso in quanto facilitava molto le azioni da intraprendere.

Figure 1: The main determinants of health



Dahlgren & Whitehead, 1991

MeSH: Health Equity →

Year introduced: 2016

1970 Dec;46(12) ←

1° articolo indicizzato sul tema dell'*health equity*

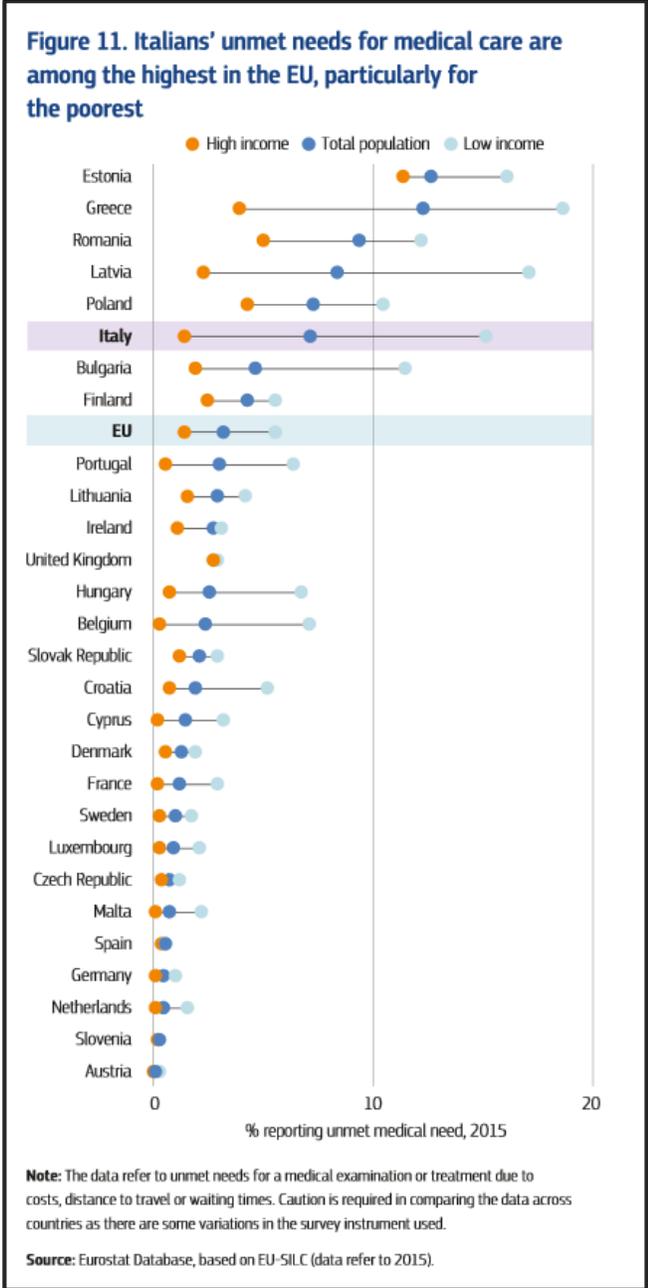
2016 MeSH Highlights: Questions and Answers

1. Q: How are the MeSH terms and categories derived?

A: The driving force behind MeSH development is the biomedical literature, itself. The vocabulary is developed in response to the needs of indexers and catalogers to describe concepts being discussed in the literature. In addition, new MeSH terms are **suggested by users**. Terms are created with the judgment and expertise of the MeSH staff, in cooperation with Indexing, Cataloging, History of Medicine, and the MEDLARS Management Section at NLM.

2. Q: How are entry terms selected and when are they added?

A: We primarily select terms based upon term requests from users for new vocabulary. Every year we get many suggestions for individual terms. In addition we get general requests for additional terminology to reflect topical areas that are not well represented in MeSH. The Entry terms are added when we revise MeSH, annually.



Nonostante la stima prudentiale di un fabbisogno pari a € 230 miliardi al 2025 e la limitata probabilità di riqualificare oltre € 36 miliardi di spesa pubblica nei prossimi anni, l'entità delle risorse necessarie a colmare il gap richiedono scelte politiche ben precise per preservare un servizio sanitario pubblico, equo e universalistico (§ 5):

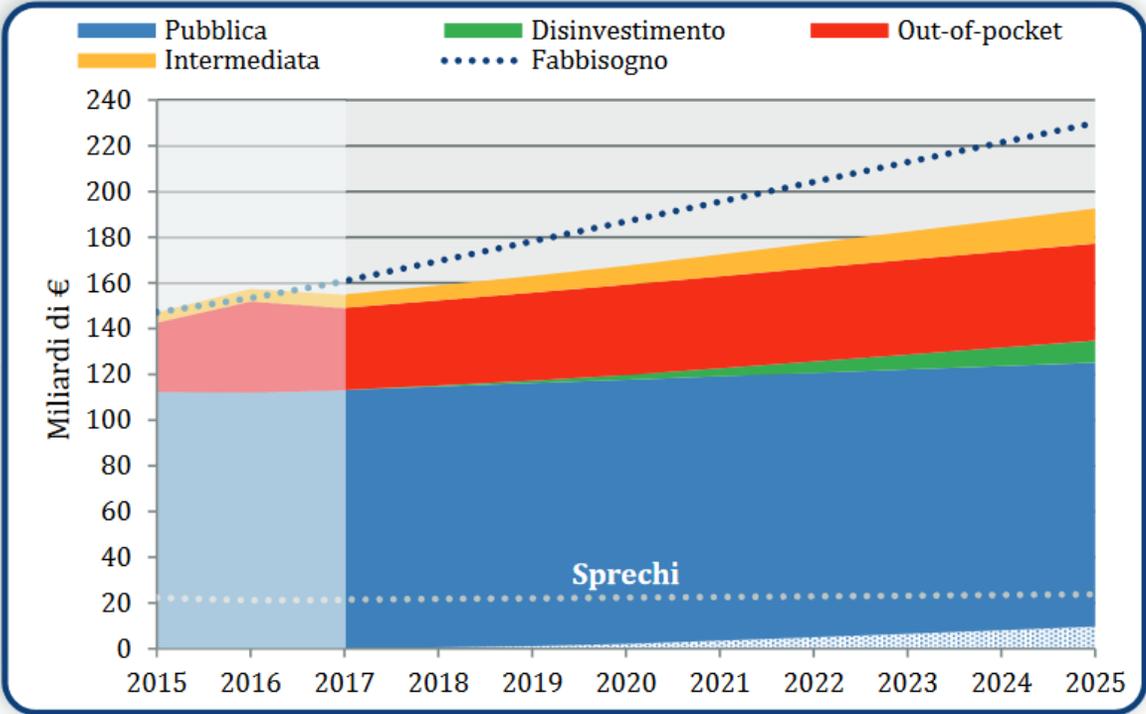


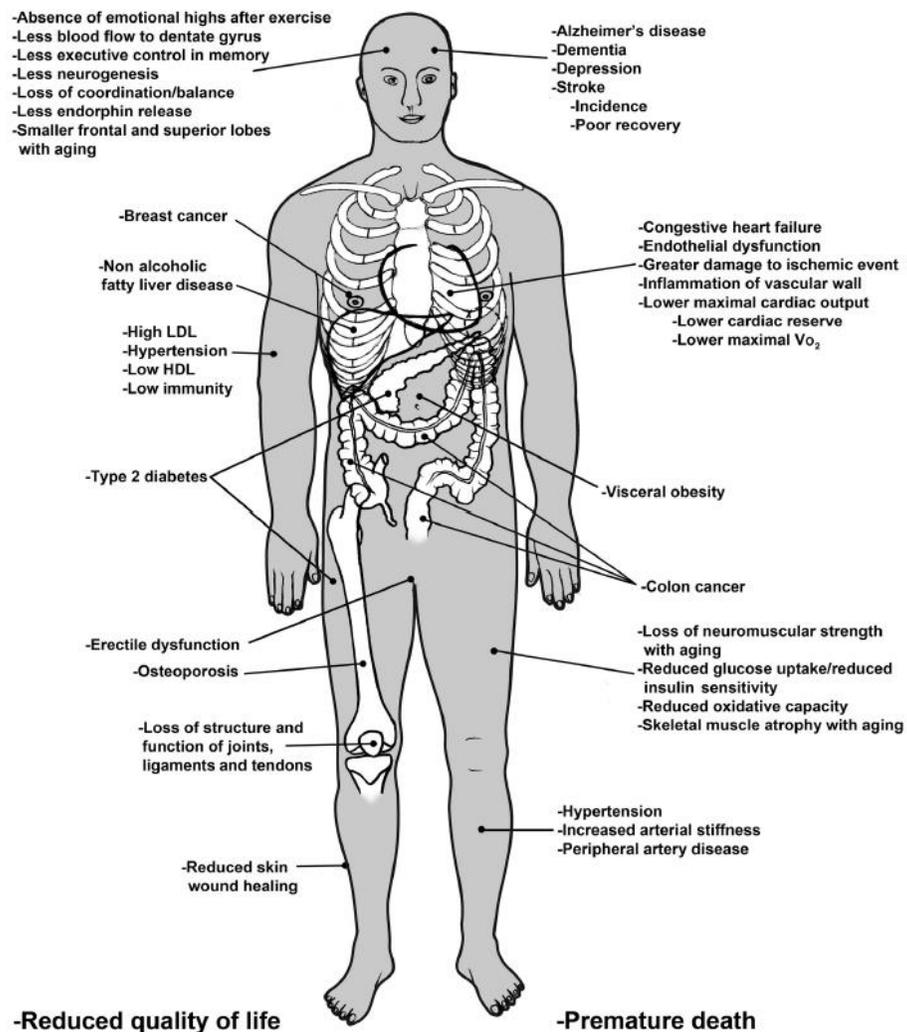
Figura 4.3. Fabbisogno e "cunei di stabilizzazione": consuntivo 2015-2017 e trend stimato 2018-2025

II - L'attività fisica come intervento preventivo e terapeutico

Patologie e delle condizioni per le quali l'esercizio fisico ha dimostrato avere un **effetto protettivo in prevenzione primaria** (estratto da Booth et al, 2012)

Riduzione del rischio relativo osservato su diversi outcome confrontando individui attivi e individui sedentari (estratto da Warburton et al, 2016)

Patologie per le quali la prescrizione di esercizio fisico ha dimostrato avere un **effetto terapeutico** (estratto da Pedersen & Saltin, 2015)



Premature all-cause mortality

- 31% risk reduction
- 45% risk reduction when aerobic fitness is assessed

Cardiovascular disease

- 33% risk reduction
- $\geq 50\%$ risk reduction when aerobic fitness is assessed

Stroke

- 31% risk reduction
- $\geq 60\%$ risk reduction when aerobic fitness is assessed

Hypertension

- 32% risk reduction
- $\geq 50\%$ risk reduction when aerobic fitness is assessed

Colon cancer

- 30% risk reduction

Breast cancer

- 20% risk reduction

Type 2 diabetes

- 40% risk reduction
- $\geq 50\%$ risk reduction when aerobic fitness is assessed

Osteoporosis

- Bone adaptations to exercise are load-dependent and site-specific
- Routine physical activity is associated with improved bone health

PSYCHIATRIC DISEASES

Depression
Anxiety
Stress

NEUROLOGICAL DISEASES

Dementia
Parkinson's disease
Multiple sclerosis

METABOLIC DISEASES

Obesity
Hyperlipidemia
Metabolic syndrome
Polycystic ovarian syndrome
Type 2 diabetes
Type 1 diabetes

CARDIOVASCULAR DISEASES

Cerebral apoplexy
Hypertension
Coronary heart disease
Heart failure

PULMONARY DISEASES

Chronic obstructive pulmonary disease
Bronchial asthma
Cystic fibrosis

MUSCULO-SKELETAL DISORDERS

Osteoarthritis
Osteoporosis
Back pain
Rheumatoid arthritis

CANCER

- L'attività fisica è misurata con un parametro definito **MET** (*Metabolic Equivalent of Task*) il quale corrisponde approssimativamente alla quantità di energia utilizzata durante l'attività fisica rispetto a quella utilizzata dall'organismo a riposo. Può essere espresso in termini di consumo di ossigeno o di kilocalorie.
- Un uomo di 70 kg a riposo di consuma circa 3,5 ml/O₂/Kg oppure 1,2 kcal/min, cioè 1 MET (*RMR, Resting Metabolic Rate*)
- Questo parametro è utile per stimare la quantità di energia richiesta dai diversi tipi di attività fisica.
- È preferibile utilizzare il valore di MET corretto per sesso, età, peso e altezza.

$$\text{Corrected MET value} = \text{MET value (from Compendium code)} \times \frac{3.5 \text{ ml kg}^{-1} \text{ min}^{-1}}{\text{Harris-Benedict RMR (ml kg}^{-1} \text{ min}^{-1})}$$

Harris Benedict equation² for RMR (kilocalories per day):

Male = 66.4730 + 5.0033 (Height cm) + 13.7516 (Weight kg) – 6.7550 (Age yr)

Female = 655.0955 + 1.8496 (Height cm) + 9.5634 (Weight kg) – 4.6756 (Age yr)

Physical activity intensity	MET
<i>Light intensity activities</i>	<3
Sleeping	0.9
Watching television	1.0
Writing, desk work, typing	1.8
Walking, 1.7 mph (2.7 km/h), level ground, strolling, very slow	2.3
Walking, 2.5 mph (4 km/h)	2.9
<i>Moderate intensity activities</i>	3–6
Bicycling, stationary, 50 W, very light effort	3.0
Walking 3.0 mph (4.8 km/h)	3.3
Calisthenics, home exercise, light or moderate effort, general	3.5
Walking 3.4 mph (5.5 km/h)	3.6
Bicycling, <10 mph (16 km/h), leisure, to work or for pleasure	4.0
Bicycling, stationary, 100 W, light effort	5.5
<i>Vigorous intensity activities</i>	>6
Jogging, general	7.0
Calisthenics (e.g., push-ups, sit-ups, pull-ups, jumping jacks), heavy, vigorous effort	8.0
Running jogging, in place	8.0
Rope jumping	10.0

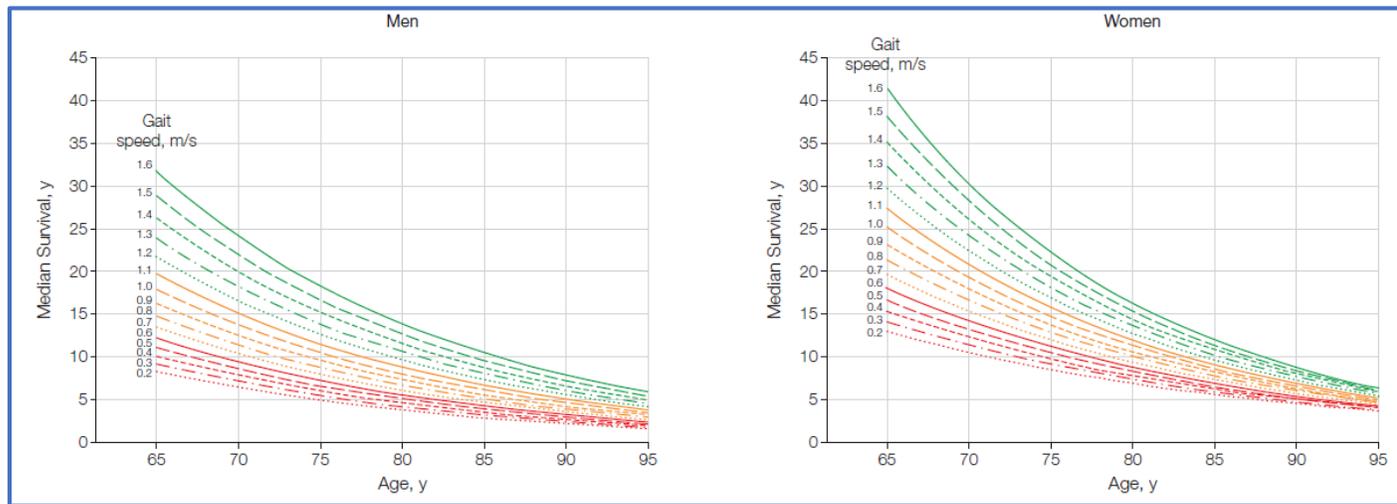
Dati estratti da:
Arizona State University, 2011

CLASSIFICAZIONE DELL'ATTIVITÀ FISICA IN BASE AI VALORI MET					FONTI
CLASSE DI ETÀ	SEDENTARIETÀ	ATTIVITÀ FISICA			
		LEGGERA	MODERATA	INTENSA	
BAMBINI E ADOLESCENTI	<1,5 MET	1,5-4 MET	4-7 MET	>7 MET	WHO, 2019
ADULTI	<1,5 MET	1,5-3 MET	3-6 MET	>6 MET	WHO, 2010. TREMBLAY ET AL, 2017

0-4 anni	<ul style="list-style-type: none">• <1 anno: I neonati dovrebbero essere fisicamente attivi più volte al giorno (il più possibile) in particolare con giochi interattivi sul pavimento. Per coloro che non sono ancora in movimento, questo include almeno 30 minuti in posizione prona.• 1-2 anni: Almeno 180 minuti al giorno in varie attività fisica di qualsiasi intensità• 3-4 anni: Almeno 180 minuti al giorno in varie attività fisica di qualsiasi intensità, di cui almeno 60 minuti con livello moderato-intenso. (WHO, 2019)
5-17 anni	Almeno 60 minuti di attività fisica da moderata a intensa quotidianamente. La quantità di attività fisica superiore a 60 minuti fornisce ulteriori benefici per la salute. La maggior parte dell'attività fisica quotidiana dovrebbe essere aerobica. Questo dovrebbe comprendere attività di livello intenso, incluse quelle che rafforzano muscolo e ossa, almeno 3 volte a settimana. (WHO, 2010)
18-64 anni	In una settimana, <u>almeno 150 minuti di attività fisica aerobica di intensità moderata, oppure almeno 75 minuti di attività fisica aerobica intensa o una combinazione delle due.</u> Per ulteriori benefici per la salute questi valori potrebbero essere raddoppiati. L'attività aerobica deve essere eseguita in periodi di almeno 10 minuti. Le attività di rafforzamento muscolare dovrebbero essere effettuate coinvolgendo i principali gruppi muscolari almeno 2 volte a settimana. (WHO, 2010)
>65 anni	<u>Come per fascia 18-64.</u> Inoltre, gli adulti di questa fascia di età, con scarsa mobilità, dovrebbero svolgere attività fisica per migliorare l'equilibrio e prevenire cadute almeno 3 volte la settimana. Quando gli adulti di questa fascia di età non possono fare la quantità raccomandata di attività fisica a causa delle condizioni di salute, dovrebbero essere fisicamente attivi quanto le loro abilità e condizioni lo consentono. (WHO, 2010)

VELOCITÀ DEL CAMMINO COME INDICE PROGNOSTICO DI MORTALITÀ

0,80 m/s



Studentski et al, 2011

How fast does the Grim Reaper walk? Receiver operating characteristics curve analysis in healthy men aged 70 and over

Conclusion The Grim Reaper's preferred walking speed is 0.82 m/s (2 miles (about 3 km) per hour) under working conditions. As none of the men in the study with walking speeds of 1.36 m/s (3 miles (about 5 km) per hour) or greater had contact with Death, this seems to be the Grim Reaper's most likely maximum speed; for those wishing to avoid their allotted fate, this would be the advised walking speed.

Stanaway et al, 2011



0,82 m/s





Università
degli Studi
di Ferrara

Dipartimento
di Scienze Mediche

Scuola di Specializzazione in
Igiene e Medicina Preventiva

Direttore: Prof. Giovanni Gabutti

*Lo strumento EqIA (Equality Impact Assessment)
nella valutazione di equità del progetto dei gruppi
di cammino nella provincia di Ferrara*

*Medico in Formazione Specialistica
Dott. Gianluca Marini*

*Tutor
Dott. Aldo De Togni*

Anno Accademico 2017/2018

Equità, integrazione e partecipazione, principi ispiratori delle strategie regionali nel campo della programmazione sanitaria e della prevenzione, già operanti in molti degli interventi in corso nella nostra Regione, sono elementi fondanti della vision del nuovo piano nazionale.

L'equità è un valore di riferimento fondamentale delle politiche regionali e costituisce criterio-guida per dare risposte efficaci alle disuguaglianze presenti nel tessuto sociale. Queste risposte richiedono non la proposizione astratta di una offerta eguale di servizi, ma l'individuazione di strategie differenziate, proporzionate e mirate ai differenti bisogni espressi o comunque individuati.

Efficacia, intersettorialità, comunicazione, equità e partecipazione sono le parole chiave del nuovo Piano regionale della Prevenzione dell'Emilia-Romagna per promuovere la salute dei cittadini e delle comunità.

Per raggiungere questi risultati e gli obiettivi del Piano nazionale della prevenzione 2014-2018, occorre riuscire a coinvolgere nel percorso non solo gli operatori sanitari, ma tutte le risorse presenti nella comunità e nei territori: i Comuni, la scuola, le forze imprenditoriali, le rappresentanze sindacali, le Associazioni di volontariato. La partecipazione dei cittadini e il coinvolgimento della comunità negli interventi di promozione della salute sono fondamentali per migliorare l'empowerment individuale e di comunità, la salute generale e ridurre le disuguaglianze in salute.



Codice progetto e nome

2.8 - Creare occasioni di attività motoria nel tempo libero accessibili alla cittadinanza, attraverso l'attivazione delle risorse delle comunità locali

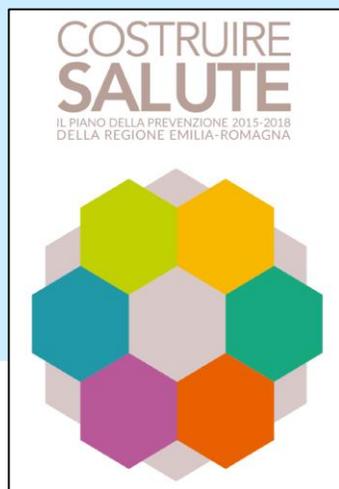
Descrizione

La diffusione di occasioni di attività fisica in gruppo e di luoghi aperti alla cittadinanza in cui sia possibile lo svolgimento di attività fisiche e sportive sono metodi di comprovata efficacia per incrementare il livello di attività fisica della popolazione.

Le AUsl del territorio, in collaborazione con i Comuni, promuoveranno l'estensione, sulla base delle esperienze già sviluppate, delle iniziative gratuite di attività fisica in gruppo, aperte a tutte la popolazione, avviate attraverso l'attivazione delle risorse della comunità. Le iniziative efficaci in tal senso includono gruppi di cammino, gruppi omogenei di cammino ed ogni altra forma di attività che abbia le caratteristiche di svolgersi su base regolare, durare nel tempo ed agire trasversalmente sui fattori di rischio favorendo il senso di comunità e l'arricchimento delle reti sociali dei partecipanti.

Nell'organizzazione delle iniziative occorrerà tener conto dei fattori che maggiormente ostacolano la pratica dell'attività fisica, in modo da costruire interventi in grado di raggiungere le fasce di popolazione maggiormente esposte al fattore di rischio. Queste sono le persone meno allenate (e quindi con una bassa capacità funzionale e una ridotta possibilità di partecipare ad attività intense o di lunga durata e spesso già affette da patologie correlate all'inattività fisica), di basso reddito ed un basso livello di istruzione, le donne, gli stranieri e le persone di età più avanzata.

Le stesse occasioni (gruppi di cammino o altro) potranno essere impiegate per veicolare alla cittadinanza messaggi volti a sensibilizzare alla mobilità attiva e sostenibile anche negli spostamenti della vita quotidiana.



Gruppo beneficiario prioritario	Tutta la popolazione
Setting identificato per l'azione	l'intera comunità
Trasversalità (intersettoriale, multisettoriale) per il progetto	<p>L'iniziativa si caratterizza come una azione di marketing sanitario per la promozione dell'attività fisica e deve <u>svilupparsi con il coinvolgimento intersettoriale delle risorse della comunità (vedi "gruppi di interesse")</u>. Le iniziative, inoltre, promuovendo la socializzazione e l'arricchimento delle reti sociali dei partecipanti in un contesto attento alle tematiche di salute, possono dare un contributo ad affrontare trasversalmente più fattori di rischio comportamentali.</p> <p>Le attività sono sinergiche con quanto previsto dal progetto 4.2.</p>
Attività principali	<p>Condivisione delle esperienze esistenti e delle modalità utilizzate per l'attivazione di occasioni di attività fisica in gruppo</p> <p>Attivazione di occasioni di attività fisica in gruppo nei territori attraverso la costruzione di reti e alleanze per mettere a frutto le risorse delle comunità locali</p> <p>Attuare forme di collaborazione con le società sportive affinché promuovano salute ed assumano un ruolo sociale e per la diffusione di impianti sportivi aperti alla cittadinanza.</p>
Rischi e management	<p>È necessario prevedere, dopo l'avvio delle iniziative di attività fisica in gruppo, un tempo adeguato per il loro consolidamento. <u>Un altro rischio è costituito dalla possibilità che le occasioni di attività fisica offerta escludano le persone meno performanti (per esempio perché camminano troppo piano) o non raggiungano le persone appartenenti alle fasce di popolazione più esposte all'inattività fisica (anziani, persone con basso reddito e livello di istruzione, donne, stranieri)</u>.</p> <p>Nell'esperienza del precedente Piano della prevenzione, un rischio nella diffusione dei contenuti del protocollo d'intesa con coni, cip ed enti di promozione sportiva è stato costituito dalla disomogeneità territoriale della risposta alle proposte elaborate. La costruzione di alleanze a livello locale potrebbe, invece, essere agevolata dal lavoro comune su progetti sviluppati in loco e/o assecondando gli orientamenti espressi da società ed enti di promozione sportiva che mostrano spiccata sensibilità ai temi sopra descritti.</p> <p>La gestione di tutti questi rischi, a livello locale, consiste nel forte coinvolgimento dei Comuni (e quindi dei distretti) nell'organizzazione e nel supporto alle attività, e nell'individuazione di operatori che, a livello distrettuale, possano rappresentare le aziende e fare da punto di riferimento nei confronti degli altri attori coinvolti, monitorando anche l'andamento delle iniziative e sostenendole nel tempo.</p>



CHE COS'È UN GRUPPO DI
CAMMINO (GdC)?

Un GdC è attività motoria spontanea svolta in modo collettivo all'interno del contesto locale di appartenenza. Camminare è una forma di esercizio fisico vantaggiosa per tutte le età, in grado di migliorare la qualità della vita senza costi economici. Prendere parte a un GdC aiuta a vivere in modo più sano e a creare nuove amicizie.

CHE COS'È UN WALK LEADER ?

All'interno di un Gruppo di cammino il Walk Leader rappresenta un punto di riferimento: è il conduttore, colui che guida il GdC, conosce il percorso, contribuisce a organizzare il calendario delle uscite, accoglie i partecipanti e supervisiona la passeggiata. Il successo di un GdC dipende dal clima familiare che s'instaura tra le persone: il compito del Walk Leader è proprio quello di creare un'atmosfera positiva, di fiducia e attenzione reciproca all'interno del gruppo.

COME FUNZIONA UN
GRUPPO DI CAMMINO?

Un GdC decide il proprio percorso in base alle preferenze dei partecipanti scegliendo la base di partenza, la cadenza settimanale e l'orario degli incontri. Nel fare questo tiene conto della sicurezza dell'itinerario e della stagione. Durante il cammino ogni persona stabilisce liberamente in base alle proprie attitudini la lunghezza del proprio tragitto e la velocità di percorrenza.



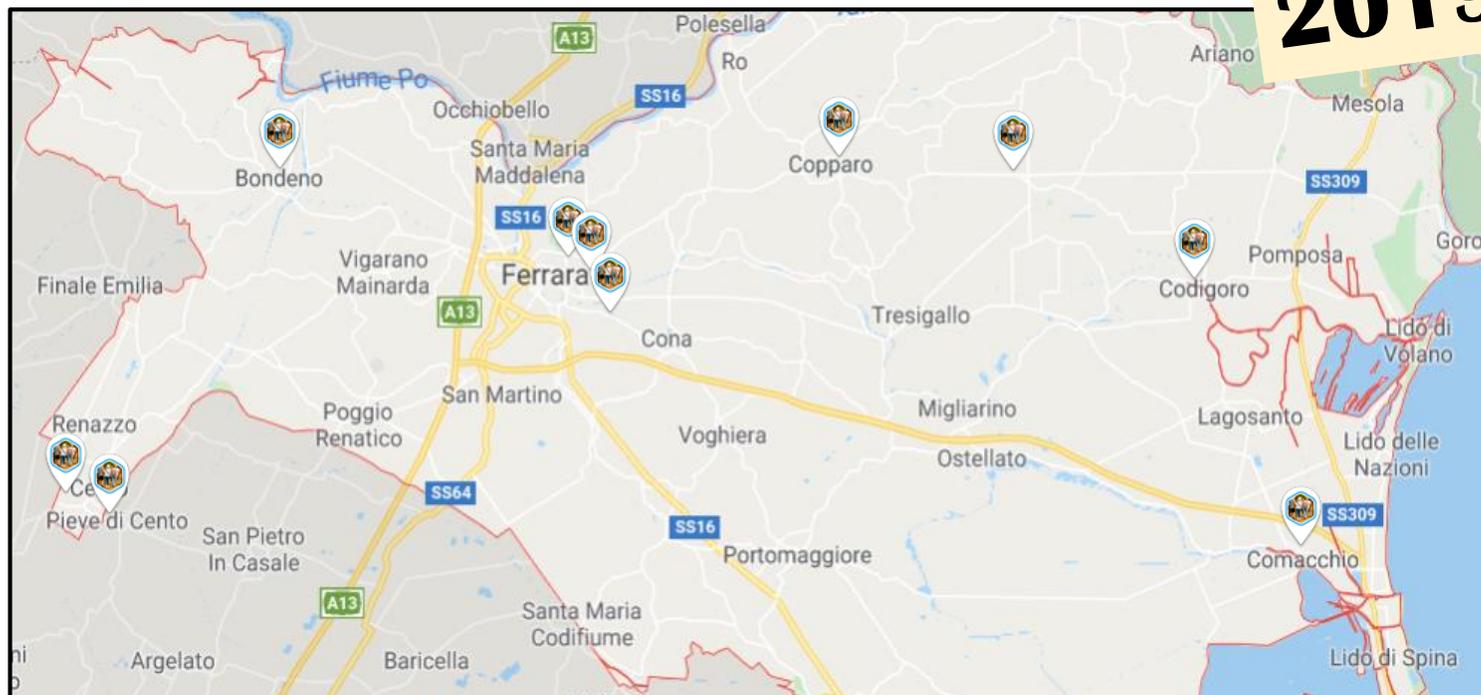
2008

Dalla ricerca alla pratica medica: prescrizione di attività motoria a 1.005 soggetti con diabete mellito di tipo 2 da parte di 48 medici di famiglia. Risultati

From research to medical advice: prescription of physical activity to 1,005 subjects with type 2 diabetes mellitus by 48 family doctors. Results

[Fosco Foglietta¹](#), [Orazio Buriani²](#), [Claudio Casaroli³](#), [Aldo De Togni²](#), [Paolo Pasetti²](#), [Francesco Conconi⁴](#)

2019



Mappa rielaborata da www.mappadellasalute.it

- Nel 2008 progetto interaziendale (AUSL e AOU Ferrara) per la prescrizione di attività fisica a pazienti diabetici e ipertesi (coordinamento prof. Conconi). I risultati sono stati positivi e presentati nel 2013.
- Sulla scorta dell'esperienza accumulata, negli anni successivi è stata promossa la creazione di alcuni gruppi di cammino.
- Al partire dal 2015 la promozione dei gruppi di cammino ha ricevuto un ulteriore impulso grazie alle politiche sanitarie nazionali e regionali culminate nel PRP 2015-2018.

Types of Health Equity Impact Assessments

Tool	Description	User Guide / Resource Link(s)
Equity-focused health impact assessment (EFHIA)	A six-step process to assess the potential differential and distributional impacts on both the general population and sub-populations and determine if any of the differential impacts are inequitable (Harris-Roxas, 2014). Primarily used in Australia and New Zealand.	http://hiaconnect.edu.au/old/files/EFHIA_Framework.pdf
Health equity impact assessment (HEIA)	A tool to identify unintended potential health impacts (positive or negative) of a plan, policy or program on vulnerable or marginalized groups within the general population (Ontario Ministry of Health and Long-Term Care, 2012). Primarily used in Canada, most often in Ontario.	http://www.health.gov.on.ca/en/pro/programs/hea/
Health equity assessment tool (HEAT)	A flexible tool that consists of ten questions that enable assessment of policy, program or service interventions for their current or future impact on health inequalities (New Zealand Ministry of Health, 2008). World Health Organization – a software application developed to facilitate the assessment of health inequalities. It is organized around two components: exploring inequality (determine latest situation of inequality and change over time) and comparing inequality (benchmark in comparison with other countries) (World Health Organization, 2015).	http://www.hpm.org/Downloads/HPM_SPOTLIGHTS/New_Zealand_HEAT___a_checklist_for_assessing_health_equity.pdf http://www.health.govt.nz/system/files/documents/publications/health-equity-assessment-tool-guide.pdf http://who.int/gho/health_equity/assessment_toolkit/en/
Health inequality impact assessment (HIIA)	A process that uses an integrated approach drawing from the WHO's HIA and the Equality Impact Assessment required by the Scottish Government. It considers population groups who are vulnerable to unfair differences in health outcomes as well as potential impacts on human rights.	http://www.healthscotland.scot/tools-and-resources/health-inequalities-impact-assessment/the-hiia-process
Health Equity Audit (HEA)	Process to identify how fairly services or other resources are distributed in relation to the health needs of different groups and areas, and the priority action to provide services relative to need. This HEA was developed and primarily used in the United Kingdom (UK Department of Health, 2004).	http://www.health-inequalities.eu/tools/health-equity-audit/ http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20130107105354/http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_4084139.pdf

Health Equity Audit (HEA)

Strumento di programmazione sociosanitaria che parte da un'analisi delle evidenze e delle iniquità esistenti per orientare la pianificazione dei servizi.

1. Identificare quanto equamente i servizi e le risorse sono distribuiti in relazione ai bisogni di salute di gruppi di popolazione o aree territoriali;
2. Individuare le azioni prioritarie da mettere in campo per fornire servizi equi per la popolazione.

Equality Impact Assessment (EqIA)

- Processo attraverso il quale un sistema di servizi monitora la sua capacità di rispettare i principi di equità e non discriminazione che dichiara nei documenti di programmazione.
- Valutazione delle conseguenze e degli effetti che le politiche, i programmi e le azioni messe in atto (o che stanno per essere messe in atto) hanno sulla popolazione.

EQUALITY IMPACT ASSESSEMENT DEL PROGETTO DEI GRUPPI DI CAMMINO NELLA PROVINCIA DI FERRARA

- 1. Definire lo scopo della proposta di programmazione** (come si intende metterla in pratica, chi è responsabile, chi sono gli stakeholder, come misurare i risultati raggiunti...)
- 2. Prendere in considerazione i dati e le ricerche disponibili** per valutare i possibili impatti sugli strand* di equità:
 - ✓ Raccogliere dati esistenti o condurre ricerche *ad hoc*
 - ✓ Dati quantitativi e qualitativi (ad esempio: focus group)
- 3. Compilare la *checklist di valutazione rapida di impatto***

Regione ER - ASSR, 2016

* Gli strand sono **ambiti** o **filoni di attenzione** in tema di equità e rispetto delle differenze che vanno tenuti in considerazione nella definizione di politiche, strategie, azioni, ecc., in modo che nessun individuo sia discriminato né nell'accesso ai servizi sanitari, né nell'accesso alle opportunità di lavoro.

Regione ER - ASSR, 2012

**Quali gruppi di popolazione pensi che saranno coinvolti/toccati da questa proposta? In che modo?
Indicare i gruppi e i possibili impatti nel seguente schema in base agli strand descritti in ogni riga.**

NB: Vi invitiamo a tenere in considerazione non solo l'utenza, ma anche altri gruppi che potrebbero essere coinvolti indirettamente o implicitamente (es.: famiglia/caregiver; operatori dei servizi; ...)

	Impliciti/indiretti <i>Gruppi non menzionati sui quali è prevedibile un impatto</i>	Target <i>Gruppi esplicitamente coinvolti</i>	Esclusi <i>Gruppi esplicitamente non coinvolti</i>
Genere <i>(es.: donne; uomini; transgender; ...)</i>			
Età			
Differenze culturali <i>(es.: minoranze etniche; credenze religiose; comunità linguistiche; migranti regolari; ...)</i>			
Permanenza sul territorio			

Quali impatti potrebbero derivare da questa proposta a livello delle seguenti aree? Su quali gruppi?

	Impatto positivo	Impatto negativo	Impatto incerto
Accesso ai servizi			
<i>Servizi sanitari</i>			
<i>Servizi sociali</i>			
<i>Altri servizi (trasporti, casa, istruzione, tempo libero...)</i>			
Qualità dei servizi			
<i>Servizi sanitari</i>			
<i>Servizi sociali</i>			
<i>Altri servizi (trasporti, casa, istruzione, tempo libero...)</i>			
Condizioni di vita			
<i>Status sociale</i>			

CALENDARIO DEL PROGETTO

MAGGIO 2019

- Presentazione del progetto e assegnazione di ruoli e compiti
- Raccolta dati da letteratura ed esperienze locali
- Riunione organizzativa per il *focus group*
- Invito dei partecipanti al *focus group* tramite mail



GIUGNO 2019

- Produzione del documento sull'esperienza dei gruppi di cammino
- Realizzazione *focus group*
- Analisi del *focus group* e produzione del documento di sintesi
- Compilazione *checklist*

DATI EPIDEMIOLOGICI REGIONALI E PROVINCIALI

PROVINCIA DI FERRARA	%	IC95% inf	IC 95% sup
Attivo	43.30	40.68	45.96
Parzialmente attivo	34.64	32.05	37.32
Sedentario	22.06	19.97	24.30



18-69 anni

Attività fisica

	Regione n = 11850			Italia n = 129342			Valore più basso 25% percentile 75% percentile Valore più alto peggiore simile migliore rispetto al valore nazionale
	%	IC95% inf	IC95% sup	%	IC95% inf	IC95% sup	
Attivo	34.7	33.9	35.6	31.4	31.1	31.7	
Parzialmente attivo	41.8	40.9	42.8	34.1	33.8	34.5	
Sedentario	23.4	22.7	24.2	34.5	34.2	34.8	



>64 anni

Attività fisica

	Regione n = 3001			Italia n = 3001			Valore più basso 25% percentile 75% percentile Valore più alto peggiore simile migliore rispetto al valore nazionale
	%	IC95% inf	IC95% sup	%	IC95% inf	IC95% sup	
Sedentario	61.9	59.3	64.4	61.9	59.3	64.4	
Parzialmente o completamente attivo	38.1	35.6	40.7	38.1	35.6	40.7	

RACCOLTA DATI SU GRUPPI DI CAMMINO LOCALI

POPOLAZIONE TARGET

- Il progetto è aperto a tutta la cittadinanza e proposto alla popolazione sedentaria o parzialmente attiva (secondo i livelli raccomandati dalla WHO).
- Esclusi i cittadini affetti da patologie acute o croniche che non consentono di sostenere il livello di attività fisica richiesto e di partecipare in autonomia e sicurezza.
- Gruppi di cammino coordinati da AUSL: Comacchio, Copparo e Codigoro

ORGANIZZAZIONE

- Frequenza di 1-2 volte la settimana.
- La partecipazione è libera e volontaria.
- Unica documento richiesto: certificato medico per i soggetti affetti da patologie
- Il percorso, lungo circa 4 km, si svolge generalmente nelle aree meno trafficate intorno ai centri cittadini e si completa nell'arco di 1 ora e 15 minuti. Si percorre mediamente alla velocità di 5-8 km/h, livello che corrisponde circa a un'attività fisica moderata (3-6 MET)
- Sono comprese una fase di riscaldamento iniziale e una di defaticamento conclusivo, entrambe di dieci minuti.
- I partecipanti indossano una pettorina catarifrangente per motivi di sicurezza ma anche per rendere riconoscibile l'evento al resto della popolazione.
- Il percorso è sempre guidato da un *walking leader*.
- A Codigoro e Comacchio i gruppi sono guidati da un laureato in Scienze Motorie.

FOCUS GROUP: DATI



ATTORI

1 conduttore

2 osservatori

3 verbalizzatori

15 partecipanti individuati tra le figure di riferimento relative ai progetti dei gruppi di cammino:



- 3 laureati in Scienze motorie (conduttori di GdC)
- 1 rappresentante SERT /Centro Antifumo)
- 1 medico di medicina generale
- 1 medico di medicina dello sport
- 1 tecnico della riabilitazione psichiatrica
- 1 infermiere Dipartimento Salute Mentale
- 2 infermieri Casa della Salute S.Rocco
- 1 Dirigente Medico Casa della Salute Comacchio e Codigoro
- 2 infermiere, coordinatrici GdC Copparo
- 2 partecipanti GsC Comacchio

DURATA

90 minuti



QUESITI PROPOSTI

1. *Esistono difficoltà di accesso riconducibili a disuguaglianze?*
2. *Possiamo migliorare la partecipazione ai GdC?*



FOCUS GROUP: RISULTATI



SCARSITÀ DI OFFERTA DI OCCASIONI DI CAMMINO IN GRUPPO - SCARSA SENSIBILITÀ DEI CITTADINI SUL TEMA DELL'ATTIVITÀ FISICA E DEL RUOLO DELLA CAMMINATA

Poche risorse economiche e , di conseguenza:

- scarso numero di GdC
- ridotto impiego di laureati in Scienze Motorie;
- scarsa informazione e formazione nei confronti del personale sanitario.

RIDOTTA PARTECIPAZIONE DELLA FASCIA DI POPOLAZIONE IN ETÀ LAVORATIVA

- Orari proposti spesso incompatibili con l'orario lavorativo standard.
- Calo di presenze durante i mesi estivi a causa dell'elevato numero di lavoratori stagionali.

RIDOTTA PARTECIPAZIONE DEL GENERE MASCHILE

- I nuclei iniziali costituiti esclusivamente da donne, aggregazione di uomini non facile
- Gli uomini svolgono in gran parte lavori che prevedono un'intensa attività fisica.

**SCARSA ATTITUDINE DA PARTE DI
MMG E SPECIALISTI AD INVIARE
ASSISTITI NEI GdC**

- I MMG e i medici specialisti tendono a prescrivere poco l'attività fisica sia come strumento di prevenzione sia come terapia, probabilmente per carenze formative e informative

**ABBANDONO DEI GdC PER PRESENZA
DI "BARRIERE"**

- Disomogeneità dei gruppi per performance fisiche e dispersione dei partecipanti con riduzione delle occasioni di socializzazione.
- In alcuni casi assenza di *walk leader* qualificati (ad esempio: laureati in Scienze Motorie)
- Percorsi di cammino ripetitivi e, di conseguenza, poco stimolanti.

**DIFFICOLTÀ DI ACCETTAZIONE O
GESTIONE DI PARTECIPANTI CON
MALATTIE CRONICHE**

- Paura di eventi avversi da parte dei *walk leaders*
- Scarso coinvolgimento dei MMG

**DIFFICOLTÀ DI
ACCETTAZIONE/GESTIONE DI
PARTECIPANTI CON MALATTIE
PSICHIATRICHE**

- Le persone con malattie psichiatriche possono partecipare ai GdC solo se in stato di compenso psichico.
- Creati GdC ad hoc per malati psichiatrici
- Forse difficoltà di partecipazione a GdC standard per lo stigma connesso alla patologia

RISULTATI CHECKLIST 1

Quali gruppi di popolazione pensi che saranno coinvolti o toccati da questa proposta? In che modo?

GRUPPI	IMPLICITI/INDIRETTI	TARGET	ESCLUSI
GENERE	DONNE CON COMPORTAMENTO SEDENTARIO	TUTTI	NESSUNO
ETÀ	>65 AA PER RAGIONI EPIDEMIOLOGICHE E SOCIALI	TUTTI	<18 ANNI NON ACCOMPAGNATI
DIFFERENZE CULTURALI	INCLUSIONE DI IMMIGRATI/MINORANZE ETNICHE CON DIFFICOLTÀ DI INTEGRAZIONE	TUTTI	NESSUNO (POTENZIALE ESCLUSIONE DI PERSONE CHE NON COMPRENDONO A SUFFICIENZA LA LINGUA ITALIANA; ISOLAMENTO SOCIALE PER RAGIONI ETNICHE E CULTURALI)
PERMANENZA SUL TERRITORIO	RIFUGIATI? ROM, SINTI?	TUTTI	NESSUNO MA POTENZIALE ESCLUSIONE PER DIFFICOLTÀ DI COINVOLGIMENTO IN QUANTO ESCLUSI DALLA RETE SOCIALE
DISABILITÀ	DISABILI CON ISOLAMENTO SOCIALE		DISABILITÀ COGNITIVE, FISICHE E MOTORIE TALI DA IMPEDIRE IL CAMMINO IN MODO AUTONOMO.
SALUTE MENTALE	PERSONE CON DEPRESSIONE, ANSIA	TUTTI SE IN COMPENSO PSICHICO	NESSUNO SE NON IN COMPENSO PSICHICO
LIVELLO DI REDDITO	PERSONE CON REDDITO MEDIO-BASSO CHE NON HANNO POSSIBILITÀ DI SVOLGERE ESERCIZIO FISICO	TUTTI	

Quali impatti potrebbero derivare da questa proposta a livello delle seguenti aree? Su quali gruppi?

AREE	IMPATTO NEGATIVO	IMPATTO POSITIVO	IMPATTO INCERTO
SALUTE	PERSONE SANE SEDENTARIE	PERSONE MALATE CON CONTROINDICAZIONE ALL'ATTIVITÀ FISICA	
OCCUPAZIONE E CONDIZIONI DI LAVORO			AUMENTO DELL'OCCUPAZIONE PER SCAMBIO INFORMATIVO
FAMIGLIA E RETI SOCIALI	PERSONE CON ISOLAMENTO SOCIALE		AUMENTO DELLO STIGMA IN SITUAZIONI NON INCLUSIVE
STRESS	TUTTI		
ISTRUZIONE E APPRENDIMENTO DI COMPETENZE	TUTTI		
DIETA E ALIMENTAZIONE			TUTTI
ATTIVITÀ FISICA	TUTTI		
UTILIZZO DI SOSTANZE (TABACCO, ALCOL, DROGHE...)			TUTTI
COMPORAMENTI A RISCHIO			TUTTI
DISCRIMINAZIONE	IN GRUPPI SOCIALMENTE ISOLATI		
PARI OPPORTUNITÀ			
RELAZIONI TRA I DIVERSI GRUPPI	TUTTI		
COMUNICAZIONE INCLUSIVA	TUTTI		

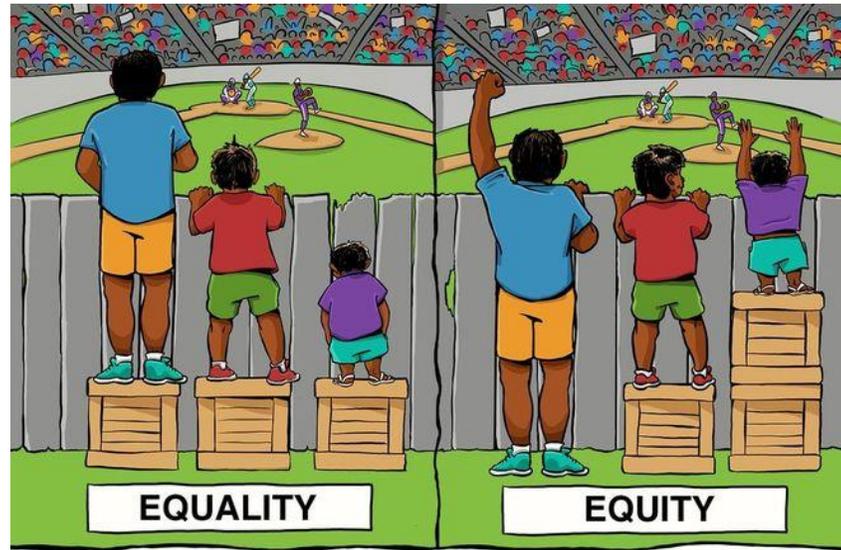
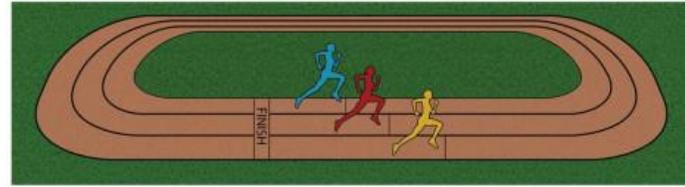
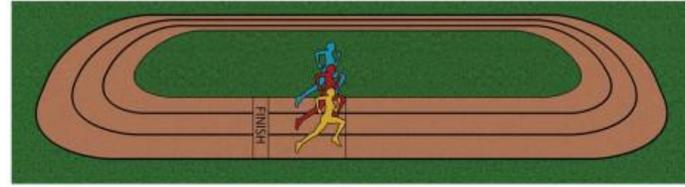
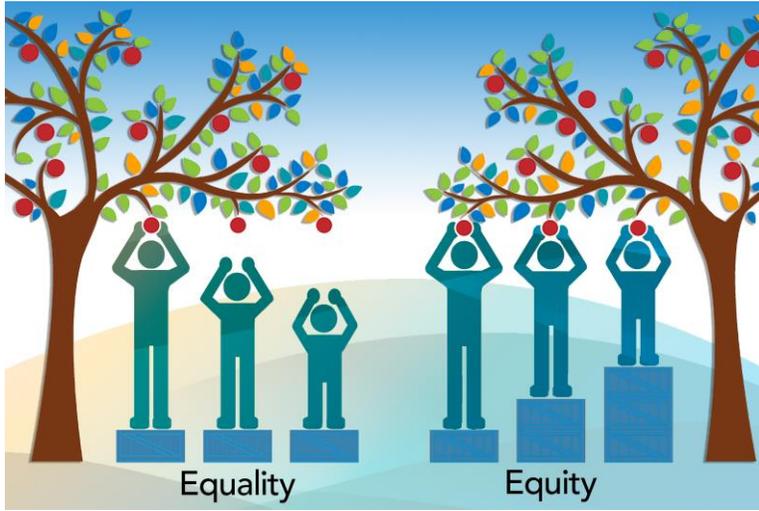
In assenza di risorse economiche, **dovrebbero almeno essere messi in atto interventi a basso costo finalizzati a sensibilizzare la popolazione sul tema dell'attività fisica a scopo preventivo** e a diffondere la cultura del movimento. L'esperienza dei gruppi di cammino, pur limitata, dovrebbe essere quindi valorizzata e resa visibile al fine di ottenere un **effetto moltiplicativo per la promozione della salute nella popolazione**.

Dovrebbe essere **ampliata o variata l'offerta dei GdC** con fasce orarie più idonee per i lavoratori.

Programmi di formazione aziendali e campagne di informazione mirate per il personale sanitario sulle opportunità offerta dai gruppi di cammino, con particolare riguardo nei confronti di MMG ma anche di specialisti in aree specifiche come la medicina interna, la geriatria e la cardiologia.

Necessità di un maggior supporto da parte di professionisti laureati in Scienze Motorie, i quali dovrebbero essere retribuiti adeguatamente e forniti di assicurazione.

Aumentare il livello della ricerca quantitativa e qualitativa per una migliore comprensione dei fattori che impediscono l'accesso al servizio



EQUALITY

to a conservative

to a liberal

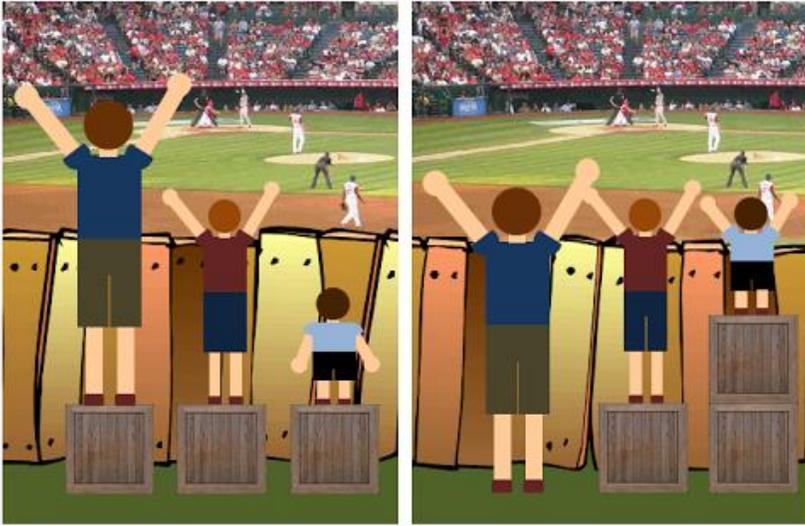
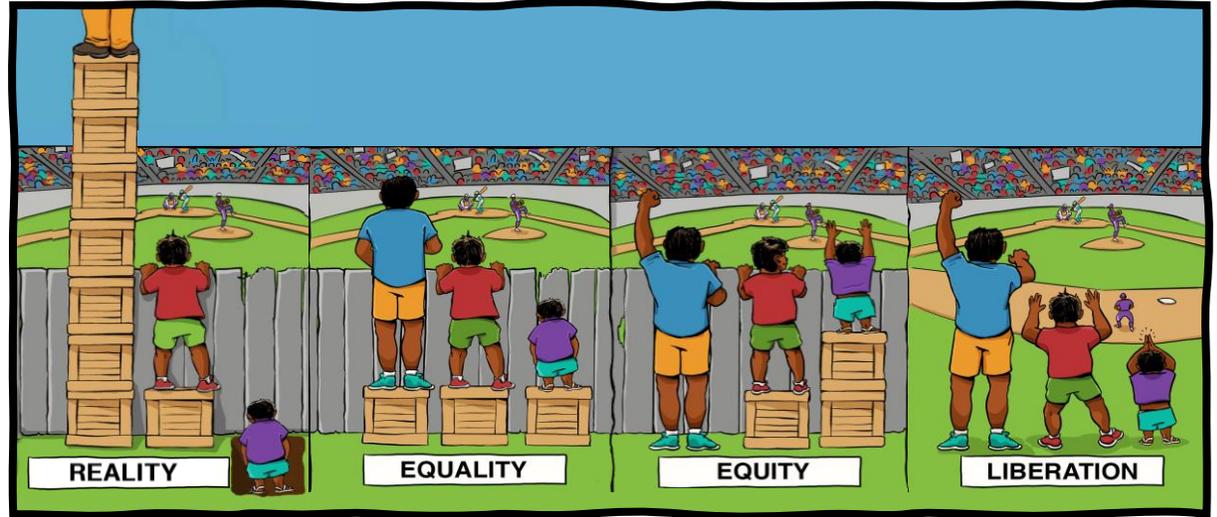


Immagine originale di Craig Froehle



the4thbox.com

CENTER FOR STORY-BASED STRATEGY

Interaction Institute for Social Change

Original illustration by Angus Maguire

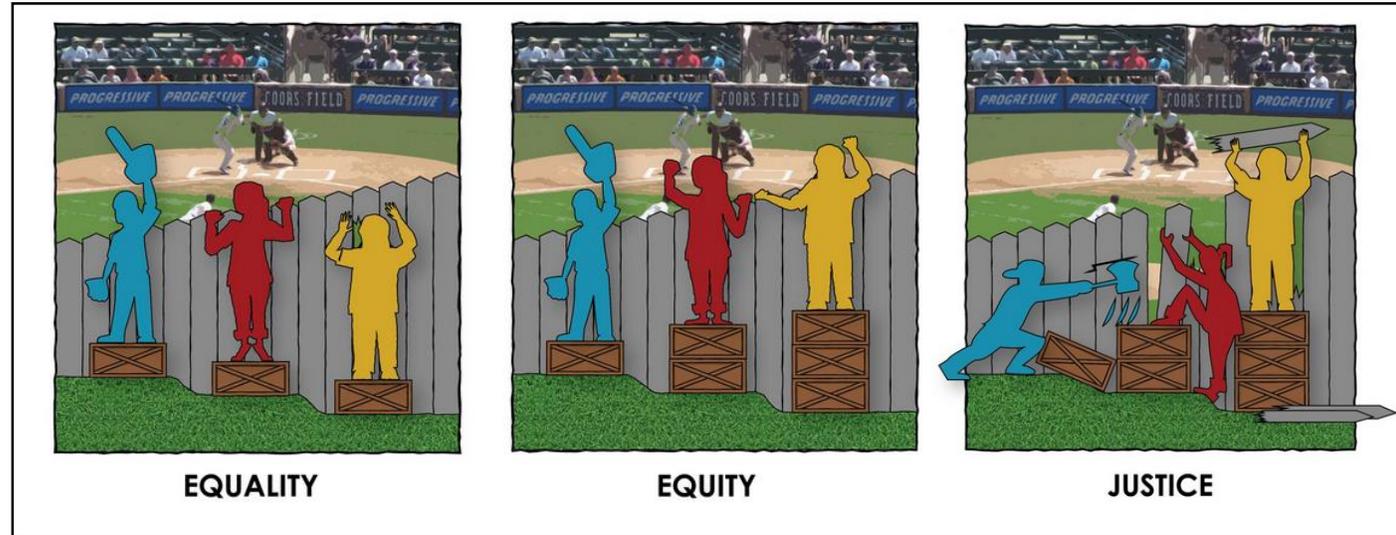


Immagine originale di Paul Kuttner

2012



2016

BIBLIOGRAFIA

- Alberta Health Services (2017). *Health Equity Impact Assessment Situational and Resource Analysis*. Edmonton, AB: Population, Public and Indigenous Health, Healthy Public Policy Unit.
- Booth Frank W, Roberts Christian K, Laye Matthew J (2012). *Lack of Exercise Is a Major Cause of Chronic Diseases*. *Comprehensive Physiology* 2(2):1143-211
- Dahlgren Göran & Whitehead Margaret (1991). *Policies and strategies to promote social equity in health. Background document to WHO – Strategy paper for Europe*.
- Fee Elizabeth and Gonzalez Ana Rita (2017). *The History of Health Equity: Concept and Vision*. *Diversity and Equality in Health and Care* 14(3): 148-152
- Foglietta Fosco, Buriani Orazio, Casaroli Claudio, De Togni Aldo, Pasetti Paolo, Conconi Francesco (2013). *Dalla ricerca alla pratica medica: prescrizione di attività motoria a 1.005 soggetti con diabete mellito di tipo 2 da parte di 48 medici di famiglia. Risultati*. *Epidemiologia & Prevenzione*, 37 (2-3): 132-137
- Goldewijk Kees Klein, Beusen Arthur and Janssen Peter (2010) *Long-term dynamic modeling of global population and built-up area in a spatially explicit way: HYDE 3.1. The Holocene* 1–9
- Horton Richard. *Public health or social medicine? It matters*. *Lancet*, 382(S1): 1
- Keith Tones and Sylvia Tilford (2001). *Health Promotion: Effectiveness, Efficiency and Equity*. Nelson Thornes
- OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2017). *Italy: Country Health Profile 2017, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels*.
- Pedersen BK, Saltin B (2015). *Exercise as medicine – evidence for prescribing exercise as therapy in 26 different chronic diseases*. *Scandinavian Journal of Medicine and Science in Sports*, (Suppl. 3) 25: 1–72

Regione Emilia-Romagna, Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale (2016). *Incontro rete Referenti Equità e Coordinatori PRP. Bologna 23 febbraio 2016*

Repubblica Italiana, 1948. Costituzione della Repubblica Italiana

Stanaway Fiona F, Gnjidic Danijela Blyth Fiona M, Le Couteur David G, Naganathan Vasi, Waite Louise, Seibel Markus J , Handelsman David J, Sambrook Philip N, Cumming Robert G (2011). *How fast does the Grim Reaper walk? Receiver operating characteristics curve analysis in healthy men aged 70 and over.* British Medical Journal 343:d7679

Studenski Stephanie, Perera Subashan, Patel Kushang, Rosano Caterina, Faulkner Kimberly, Inzitari Marco, Brach Jennifer, Chandler Julie, Cawthon Peggy, Barrett Connor Elizabeth, Nevitt Michael, Visser Marjolein, Kritchevsky Stephen, Badinelli Stefania, Harris Tamara, Newman Anne B, Cauley Jane, Ferrucci Luigi, Guralnik Jack (2011). *Gait Speed and Survival in Older Adults.* JAMA 305(1): 50-58

Tudor Hart Julian (1971). *The inverse care law.* Lancet, 1(7696):405-12.

United Nations (1948). *The Universal Declaration of Uman Rights*

Warburton Darren ER & Bredin Shannon SD (2016). *Reflections on Physical Activity and Health: What Should We Recommend?.* Canadian Journal of Cardiology, 32:495-504

Whitehead Margaret (1992). *The concepts and principles of equity and health.* International Journal of Health Services, 22(3): 429-445

World Health Organization (1946). *Constitution of the World Health Organization*

World Health Organization (1978). *Alma-Ata 1978 Primary Health Care. Report of the International Conference on Primary Health Care.* Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978.

World Health Organization (1985). *Targets for health for all.*

World Health Organization (2010). *Global recommendations on physical activity for health.* Geneva

World Health Organization (2019). *WHO guidelines on physical activity, sedentary behaviour and sleep for children under 5 years of age.* Geneva.

SITOGRAFIA E DOCUMENTI DISPONIBILI IN RETE

Arizona State University (2011). Adult Compendium of Physical Activities. URL: sites.google.com/site/compendiumofphysicalactivities , ultima visita 18/10/2019

Bay Area Regional Health Inequities Initiative (2017). Framework. URL: <http://barhii.org/framework/>, ultima visita 20/12/2019

Center for Story- Based Strategy (2016). *Why we need to step into #the4thbox*. URL: <https://www.storybasedstrategy.org/the4thbox>, ultima visita 18/10/2019

City of Richmond California (2014). Health in All Policies. URL: <http://www.ci.richmond.ca.us/2575/Health-in-All-Policies-HiAP>

Froehle Craig (2016). *The Evolution of an Accidental Meme How one little graphic became shared and adapted by millions*. URL: <https://medium.com/@CRA1G/the-evolution-of-an-accidental-meme-ddc4e139e0e4>, ultima visita 18/10/2019)

GIMBE (2019). *4° Rapporto sulla sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale* (http://www.rapportogimbe.it/4_Rapporto_GIMBE.pdf)

Istituto Superiore di Sanità. Sorveglianza Passi d'argento. Report 2016-2018. Attività fisica. URL: <https://www.epicentro.iss.it/passi-argento/dati/attivita>

Istituto Superiore di Sanità. Sorveglianza Passi. Report 2015-2018. Attività fisica. URL: <https://www.epicentro.iss.it/passi/dati/attivita>

Kuttner Paul (2016). *The problem with that equity vs. equality graphic you're using*, in *Cultural Organizing*. URL: culturalorganizing.org/the-problem-with-that-equity-vs-equality-graphic/, ultima visita 17/10/2019

Regione Emilia Romagna (2015). *Costruire Salute. Il piano della prevenzione 2015-2018 della Regione Emilia Romagna* (http://salute.regione.emilia-romagna.it/prp/copy4_of_PRP20152018versioneweb.pdf/at_download/file/PRP%202015-2018%20versione%20web.pdf)

Regione Emilia-Romagna, Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale (2012). *Glossario. Gli strand dell'equità* (http://assr.regione.emilia-romagna.it/it/ricerca-innovazione/innovazione-sociale/equita/toolkit/toolkit-3/scheda-2-toolkit-3/at_download/file/scheda2.pdf)

Regione Lombardia, ASL MI2 (2012). *Camminare insieme. Manuale per i gruppi di cammino*. (<https://www.epicentro.iss.it/obesita/pdf/territorio/lombardia/milano/Manuale%20WL%20small.pdf>)

SSR Emilia Romagna. Mappa della salute. URL: <http://www.mappadellasalute.it/home>, ultima visita 21/10/2019

Treccani, vocabolario online. URL: www.treccani.it/vocabolario Ultima visita 20/12/2019