



# XV CONFERENZA NAZIONALE HPH & HS

Palazzo dei Congressi  
della Stazione Marittima  
Molo Bersaglieri, 3

Trieste  
8 novembre 2012

**investire in salute**

**sistemi e reti  
per ottimizzare  
i risultati**



International Network of  
Health  
Promoting  
Hospitals & Health Services

HEALTH PROMOTING HOSPITALS & HEALTH SERVICES  
Ospedali e Servizi Sanitari per la Promozione della Salute



AIPHS - The Role of OMS  
Associazione Italiana Ospedali e Servizi Sanitari



# Giuseppe Costa

Ordinario di primo livello Università di Torino

# Health equity audit (in sanità) ai tempi della crisi

*Giuseppe Costa  
Università Torino e ASL TO3 del Piemonte  
Centro di riferimento CCM  
per Salute in Tutte le Politiche e Determinanti Sociali di Salute*



- **La salute è stata capace di unire l'Italia più di ogni altra dimensione del benessere**
- **È ancora vero ai tempi della crisi?**
- **Emerge un nuovo divario Nord/Sud**
  - Nei fattori di rischio
  - Nella salute
  - Nelle cure
- **Un divario di salute che corrisponde al divario sociale**
- **I cui meccanismi di generazione sono noti e affrontabili con idonee politiche**
- **La cui importanza relativa potrebbe permettere di stabilire delle priorità e target?**
- **In coerenza con le raccomandazioni WHO-EU sulla solidarietà nella salute e l'iniziativa delle Regioni**

- **La salute è stata capace di unire l'Italia più di ogni altra dimensione del benessere**
- È ancora vero ai tempi della crisi?
- **Emerge un nuovo divario Nord/Sud**
  - Nei fattori di rischio
  - Nella salute
  - Nelle cure
- **Un divario di salute che corrisponde al divario sociale**
- **I cui meccanismi di generazione sono noti e affrontabili con idonee politiche**
- **La cui importanza relativa potrebbe permettere di stabilire delle priorità e target?**
- **In coerenza con le raccomandazioni WHO-EU sulla solidarietà nella salute e l'iniziativa delle Regioni**

e&P

EPIDEMIOLOGIA  
& PREVENZIONE

Rivista dell'Associazione  
italiana di epidemiologia  
ANNO 35 (5-6)  
SETTEMBRE-DICEMBRE 2011  
SUPPLEMENTO 2

a cura di  
Giuseppe Costa  
Eugenio Paci  
Walter Ricciardi

Salute e sanità  
a 150 anni  
dall'unità d'Italia:  
**più vicini  
o più lontani?**

United Italy, 150 years later:  
has equity in health  
and health care improved?

Inferenze Editrice - Via Racconigi 28, 20148 Milano. Pagine: 120. Prezzo: € 15,00. ISSN 1120-7123. Settembre-Dicembre 2011.



**A I E** Associazione  
Italiana di  
Epidemiologia

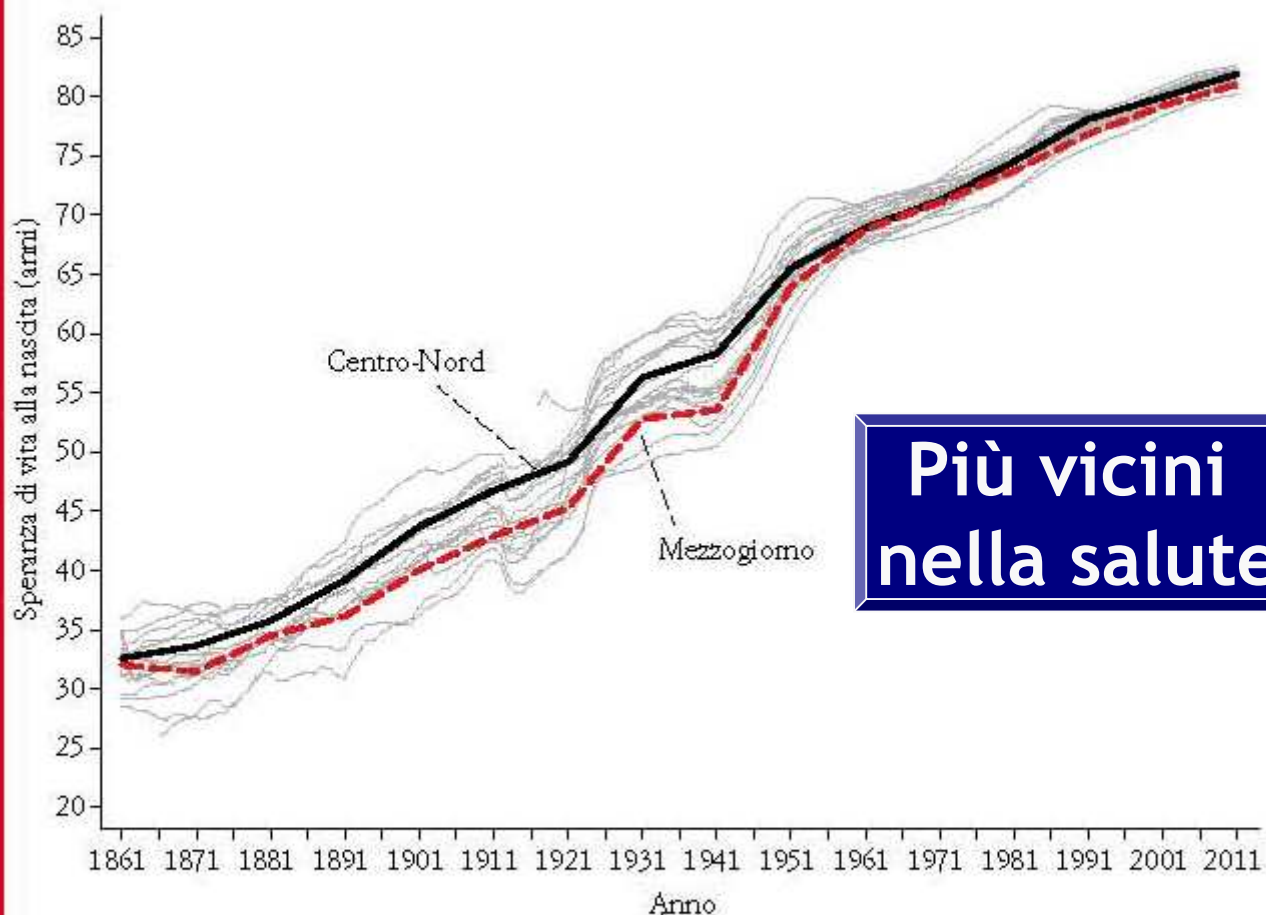


e&P

i  
inferenze

## Una storia di successo: la speranza di vita in Italia nei 150 anni dall'unità

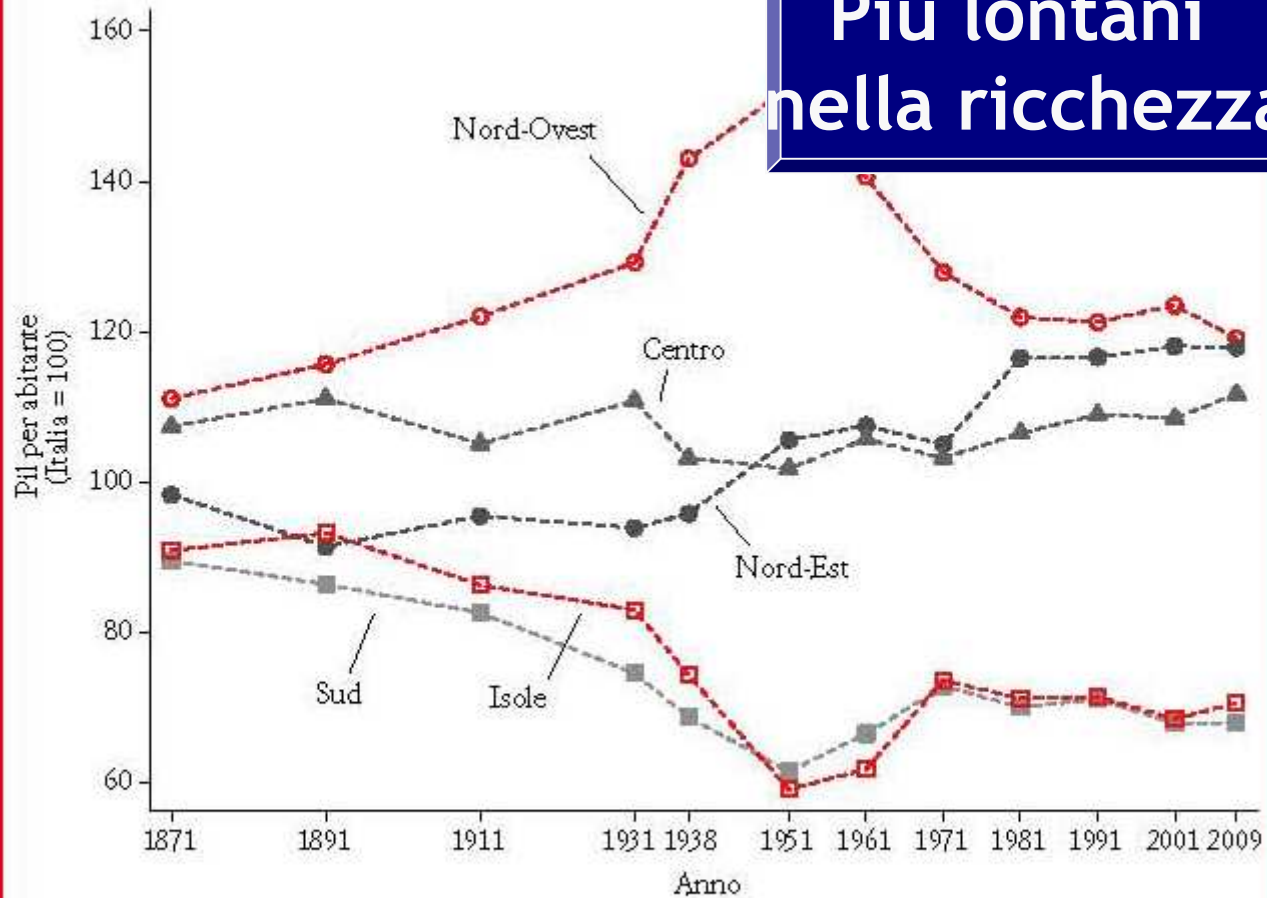
**Figura 6.** Nelle Regioni settentrionali si vive più a lungo, da che l'Italia fu unita.



Fonte: G. Vecchi, *In ricchezza e in povertà*, Il Mulino, Bologna 2011, p. 62.

## Una storia di successo? Il PIL?

**Figura 11.** La grande divergenza: Pil e Regioni, 1871-2009.



Fonte: G. Vecchi, *In ricchezza e in povertà*, Il Mulino, Bologna 2011, p. 62.

- La salute è stata capace di unire l'Italia più di ogni altra dimensione del benessere
- **È ancora vero ai tempi della crisi?**
- **Emerge un nuovo divario Nord/Sud**
  - Nei fattori di rischio
  - Nella salute
  - Nelle cure
- **Un divario di salute che corrisponde al divario sociale**
- **I cui meccanismi di generazione sono noti e affrontabili con idonee politiche**
- **La cui importanza relativa potrebbe permettere di stabilire delle priorità e target?**
- **In coerenza con le raccomandazioni WHO-EU sulla solidarietà nella salute e l'iniziativa delle Regioni**



**A I E** Associazione  
Italiana di  
Epidemiologia

**XXXVI Congresso  
Annuale**

# la salute ai tempi della crisi

come la crisi economica  
influisce sulla capacità  
delle persone, delle comunità  
e dell'ambiente di promuovere  
la propria salute, e sulla  
capacità del sistema sanitario  
di proteggerla in modo  
sostenibile

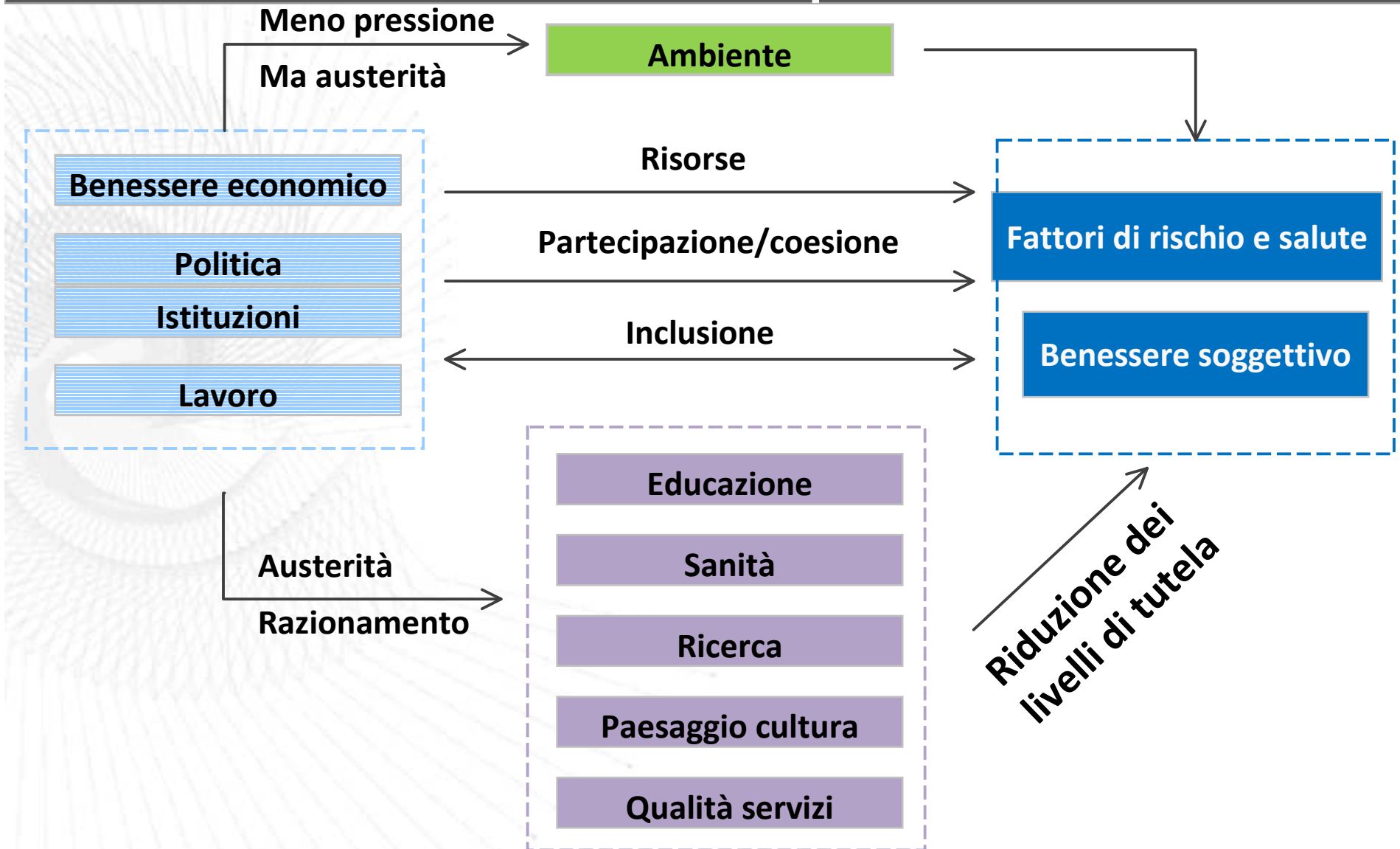
**BARI**  
29.30.31 ottobre

in collaborazione con:



# I MECCANISMI DI GENERAZIONE

## Dimensioni del benessere (B.E.S.) con un maggior impatto sulla salute in tempo di crisi



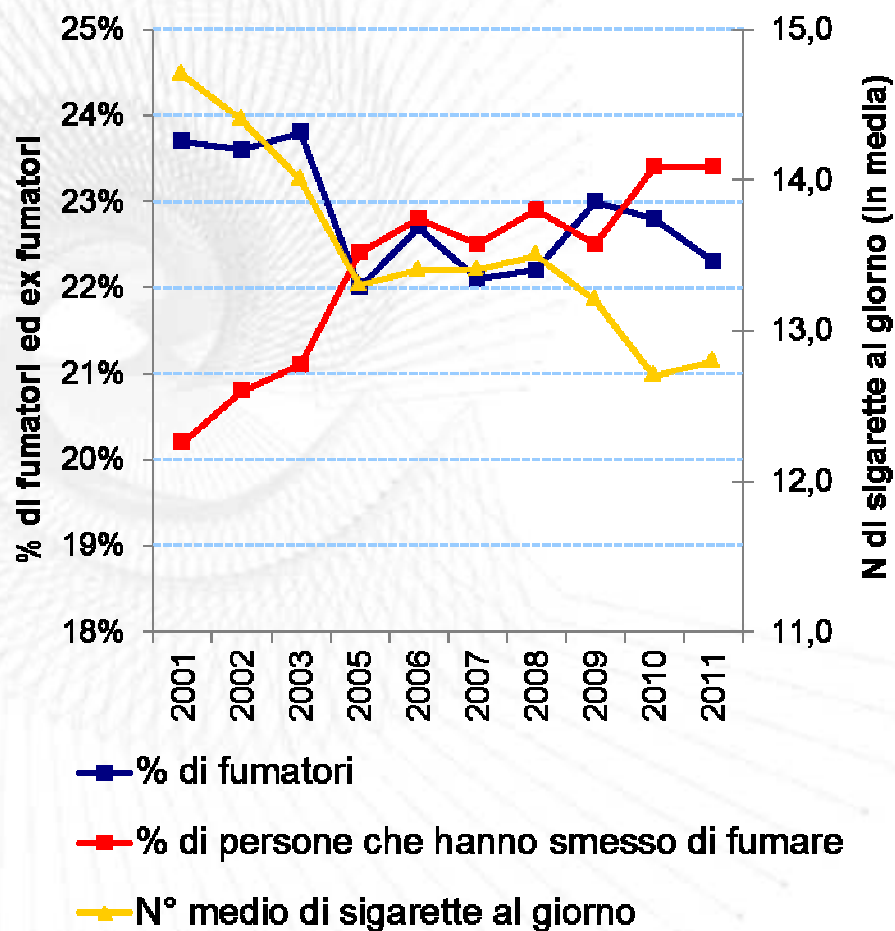
## GLI EFFETTI SUI DETERMINANTI DISTALI

### Occupazione/3

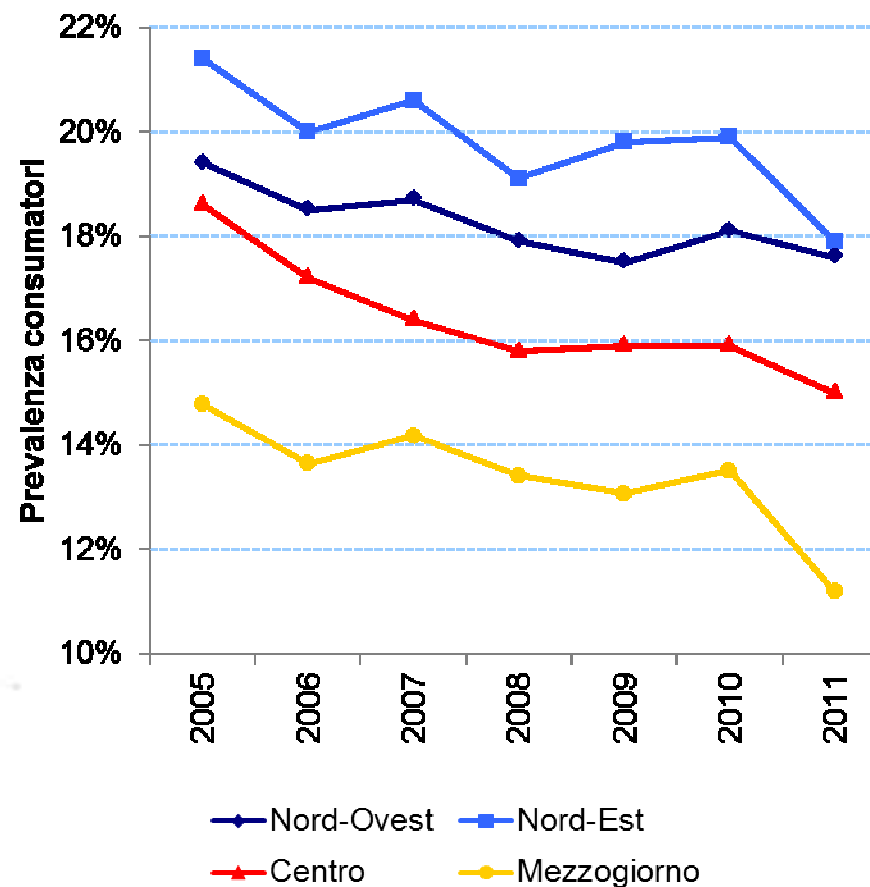
Procedimento di valutazione di impatto sanitario	Forza lavoro 25-44	Forza lavoro 45-64 anni	Forza lavoro totale
Crescita del tasso di disoccupazione (2007-2012)	5,6% → 8%	3,2% → 4,9%	4,7% → 6,7%
RR disoccupati e in cerca di prima occupazione vs occupati (mortalità ISTAT Piemonte 2009)	RR 2,72 (2,09-3.54)	RR 1,15 (0,92-1,44)	RR 1,37 (1,16-1,62)
<b>Variazione della mortalità attribuibile alla crescita della disoccupazione (in % e in numero assoluto di morti attribuibili)</b>	+3,8% pari a 316 morti in più all'anno (tra 207 e 447)	+ 0,2% pari a 96 morti all'anno (tra -51 e 278)	+ 0,7% pari a 411 morti (tra 19 e 567)

# GLI EFFETTI SUI DETERMINANTI PROSSIMALI i comportamenti insalubri (ISTAT)

## Fumatori

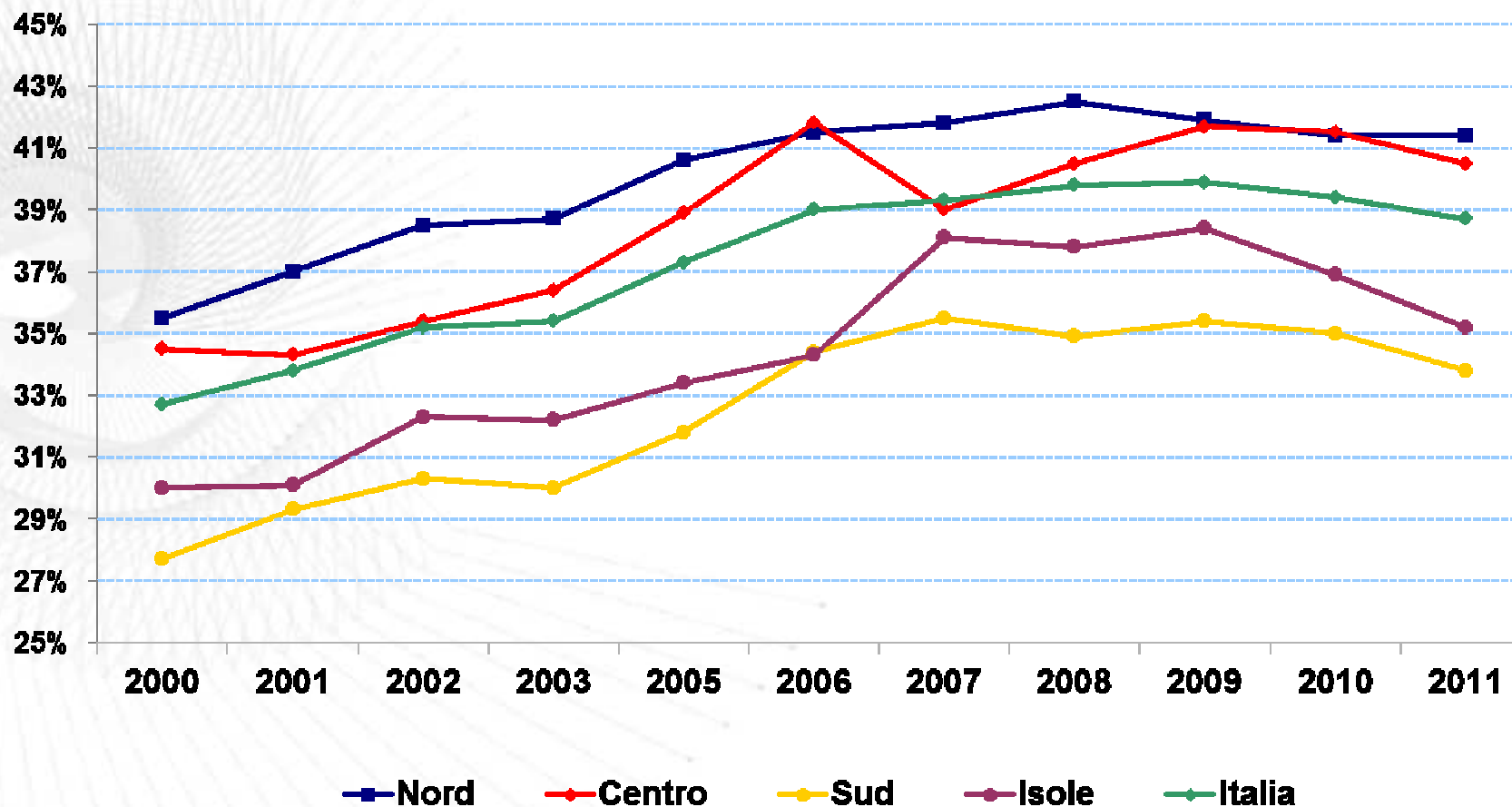


## Consumatori di alcol a rischio



# GLI EFFETTI SU USO DEI SERVIZI SANITARI

## Consumo di farmaci nei due giorni precedenti l'intervista per la multiscopo ISTAT Aspetti della vita quotidiana

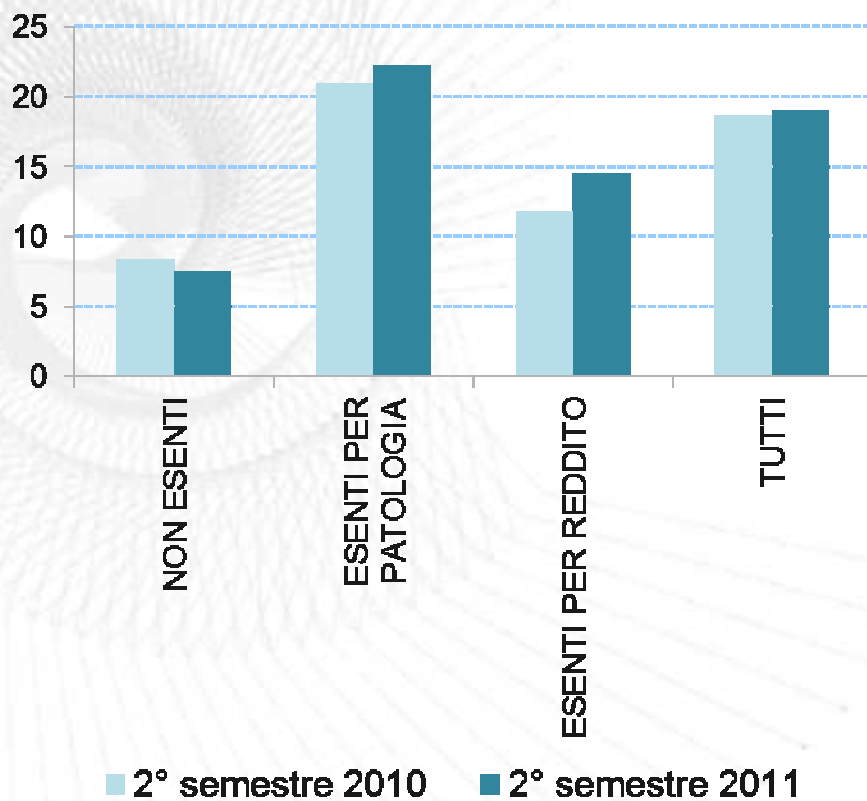


# GLI EFFETTI SU USO DEI SERVIZI SANITARI IL SUPERTICKET

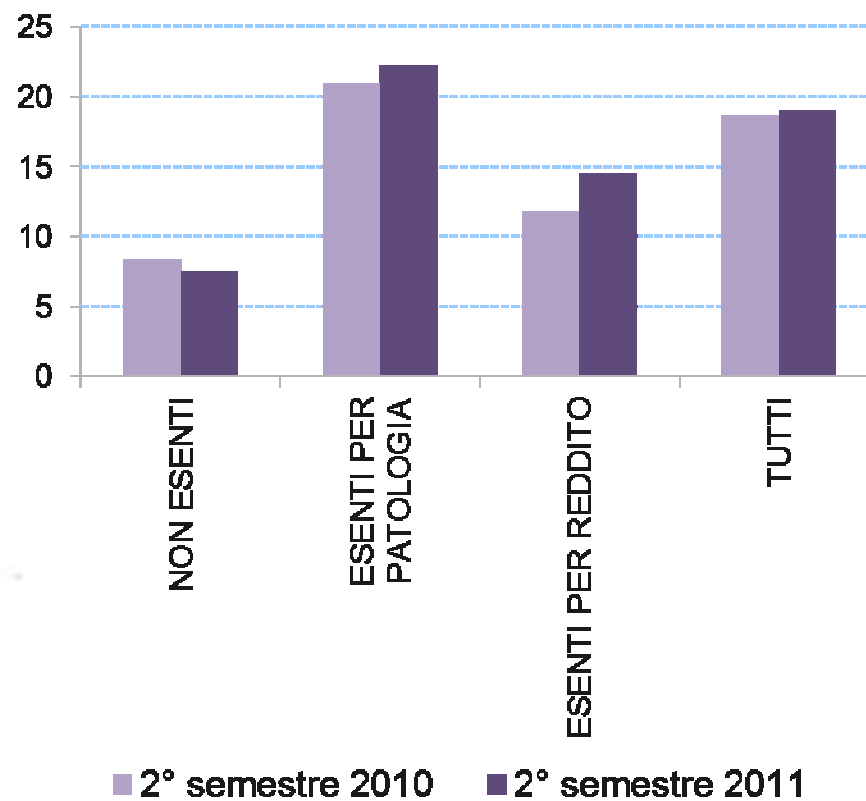
Torino: media prestazioni specialistiche pro-capite, 2010-2011.

Popolazione con più di 35 anni (medie standardizzate per sesso ed età)

## Bassa istruzione

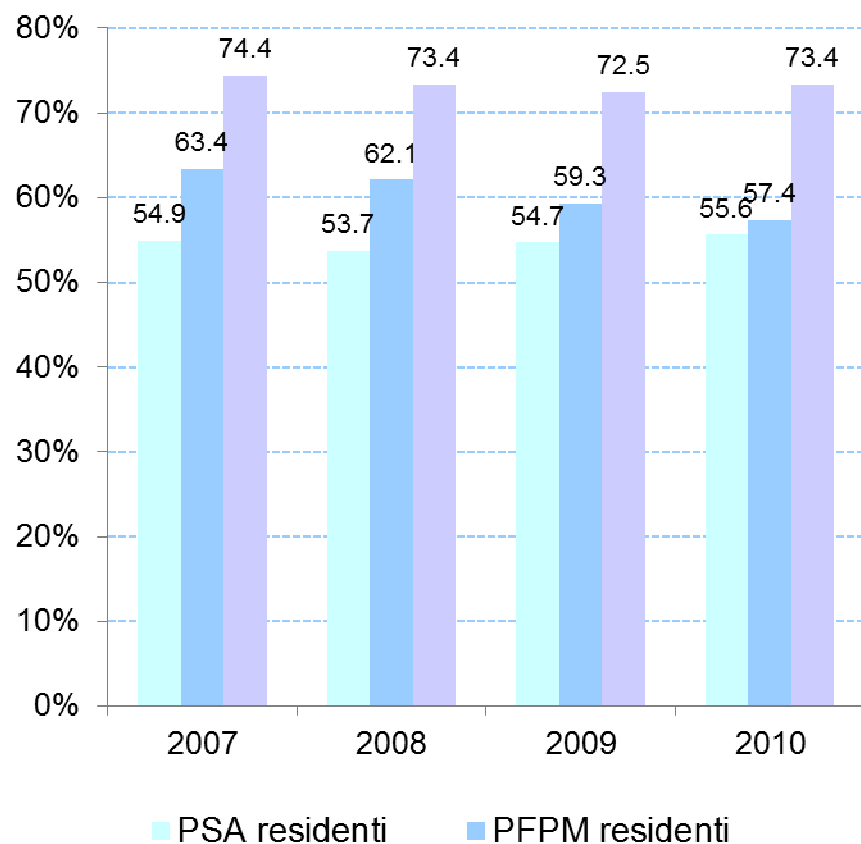


## Alta istruzione

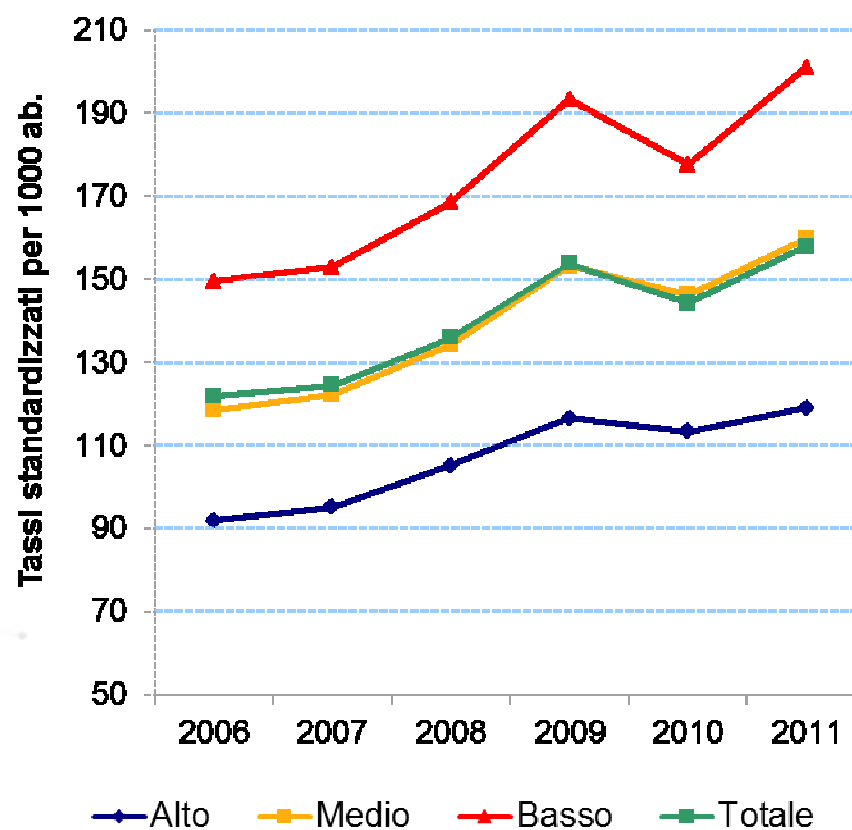


# GLI EFFETTI SUI QUALITA' DI ASSISTENZA

Proporzione di ricoveri ordinari in urgenza in Piemonte per cittadinanza - Uomini



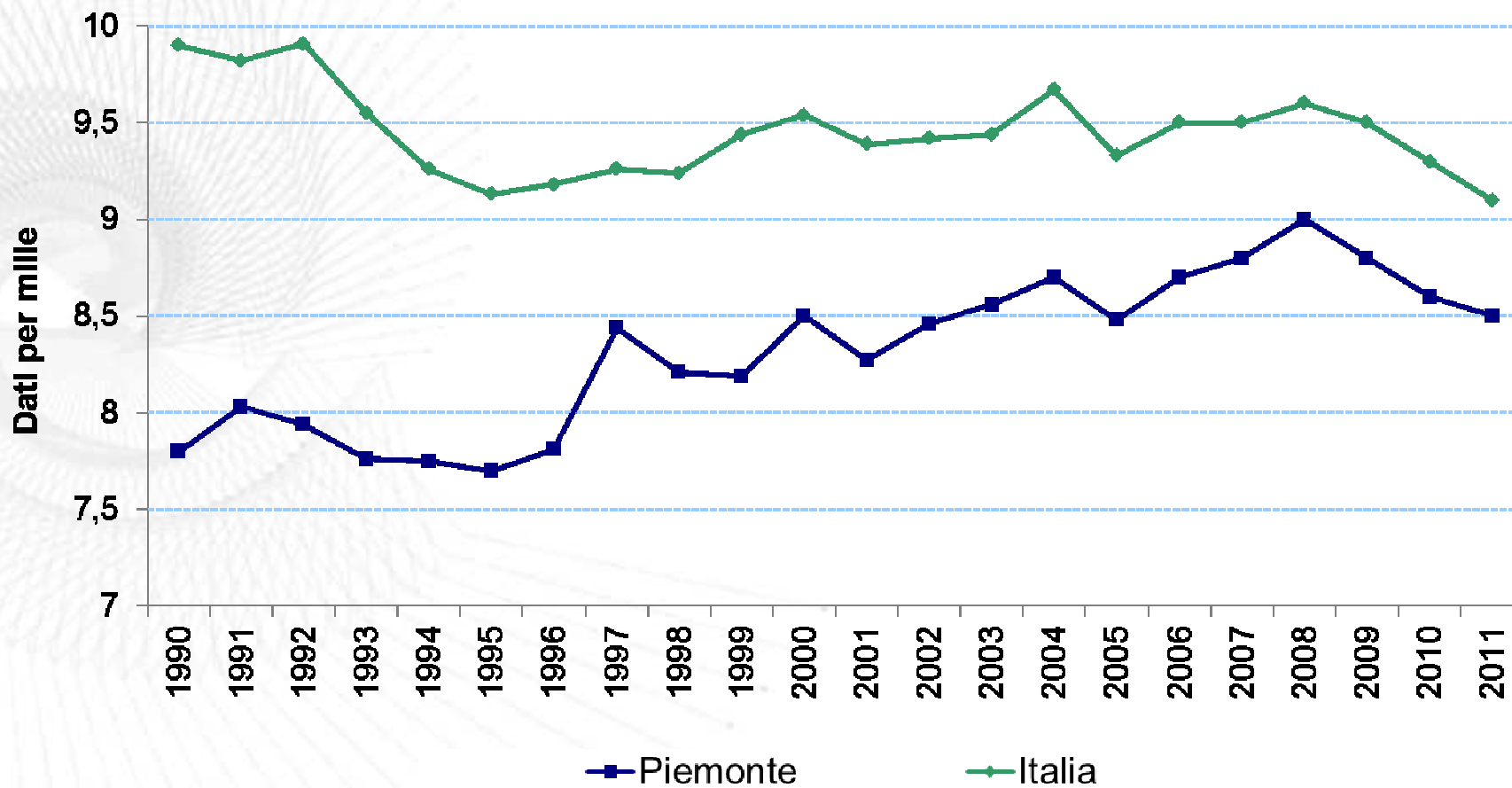
Trend delle prestazioni di emoglobina glicata a Torino per livello d'istruzione e complessivo.



# GLI EFFETTI SULLA SALUTE

## La natalità (ISTAT)

Tasso di natalità in Piemonte e in Italia, 1990 - 2011



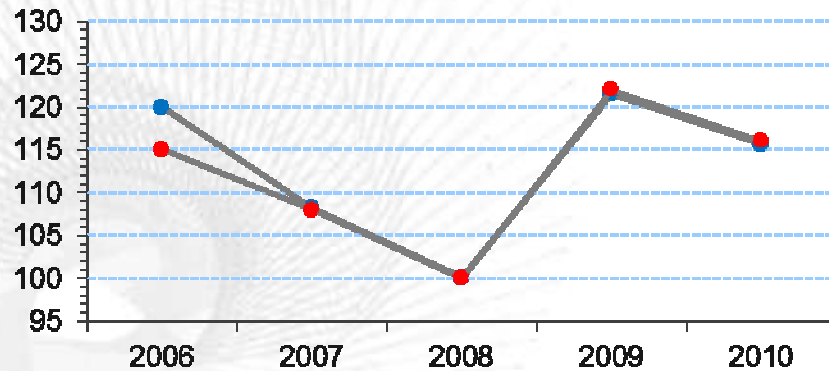


# GLI EFFETTI SULLA SALUTE

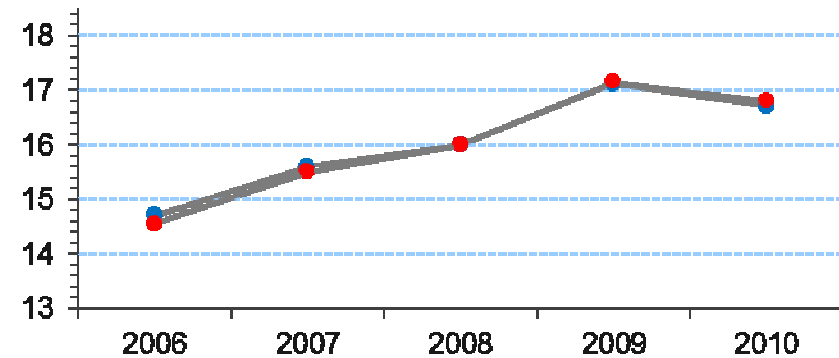
## Ricoveri

Tassi grezzi e standardizzati per età (x100.000)  
di primo ricovero a Torino per differenti cause

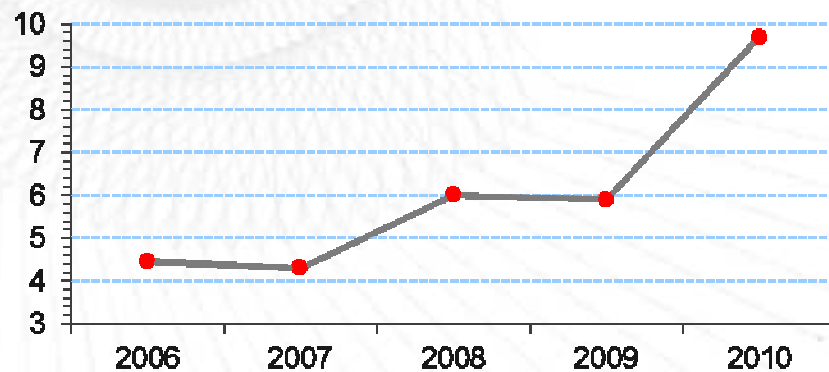
depressione, stress e ansia



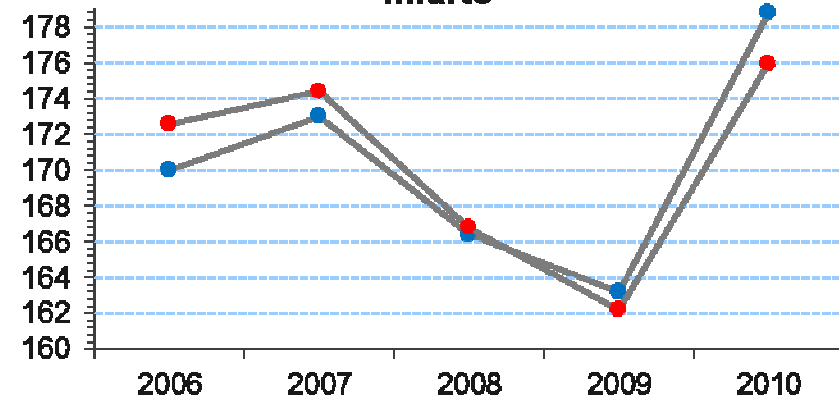
abuso di alcool



abuso di sostanze a Torino



infarto



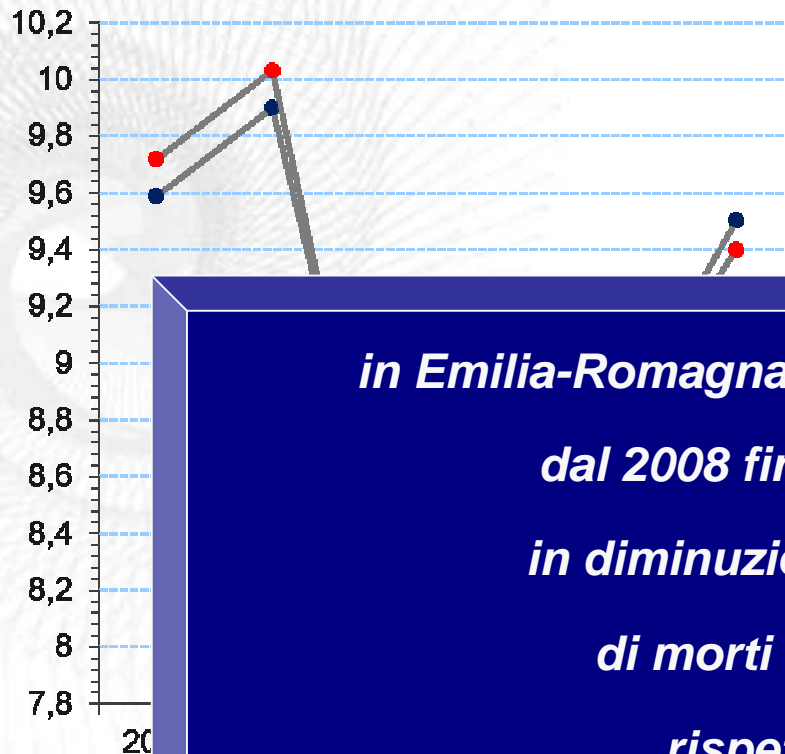
● tassi grezzi

● tassi standardizzati

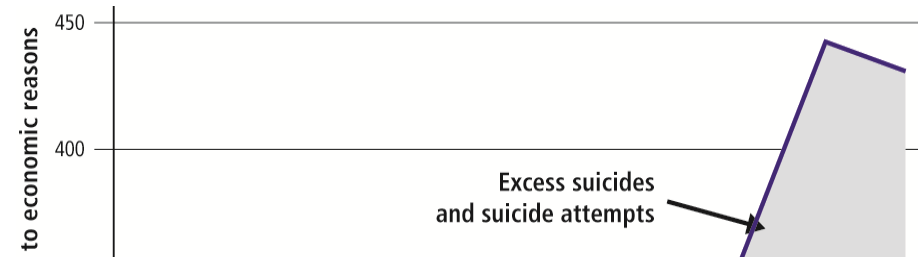
# GLI EFFETTI SULLA SALUTE

## Suicidi

**Tassi grezzi e stand. per età di mortalità per suicidio in Piemonte, 2002-2009**



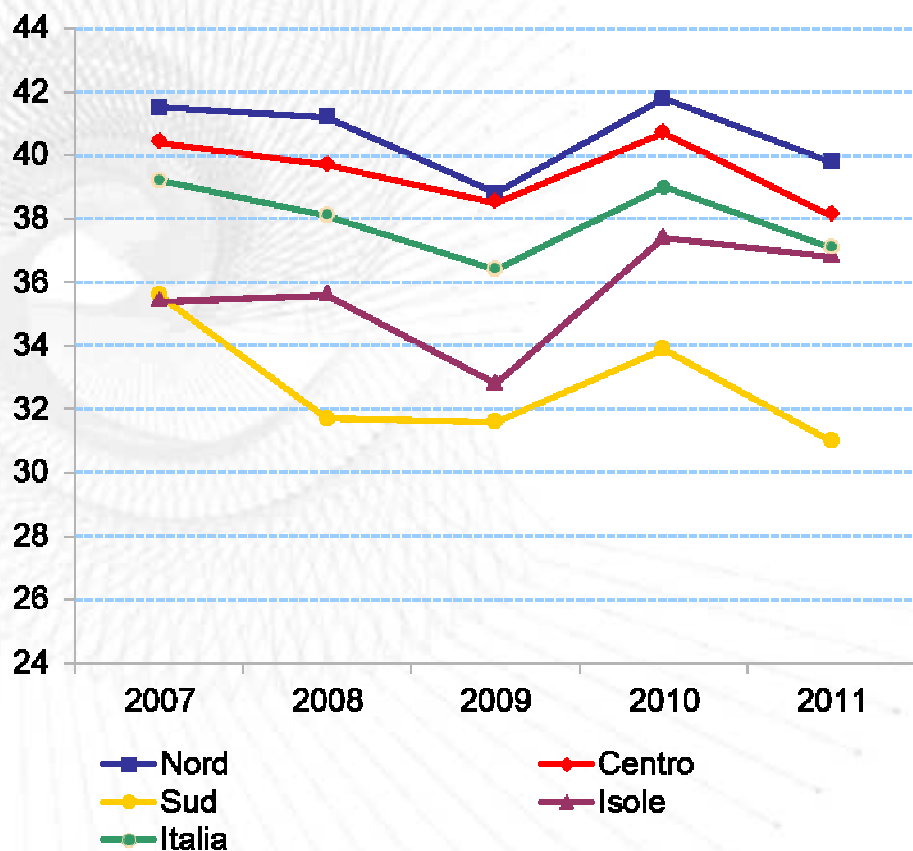
**Numero di suicidi e tentati suicidi per ragioni economiche in Italia tra il 2000 e il 2010, confrontato con il trend atteso**



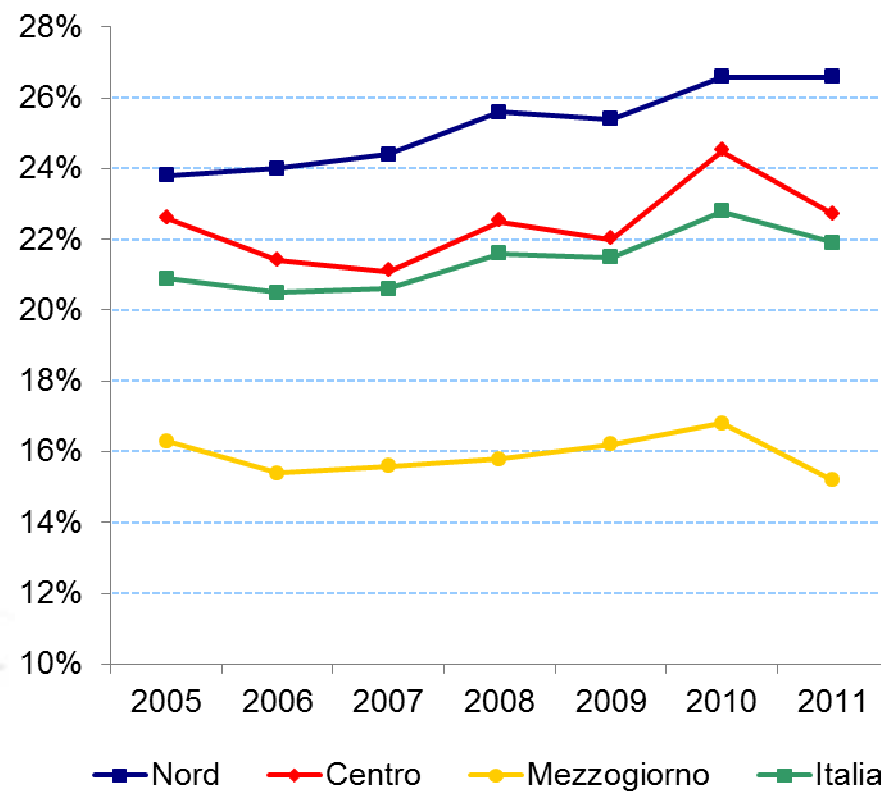
*in Emilia-Romagna un aumento della mortalità per suicidio dal 2008 fino al 2011, inserito in un trend temporale in diminuzione. Per ogni anno si osserva un numero di morti in eccesso variabile tra 20 e 40 suicidi rispetto ai circa 360 attesi (Caranci 2012)*

# GLI EFFETTI SUI DETERMINANTI PROSSIMALI i comportamenti protettivi (ma più costosi?) (ISTAT)

## Persone di 3 o più anni che mangiano almeno 3 porzioni di frutta al giorno



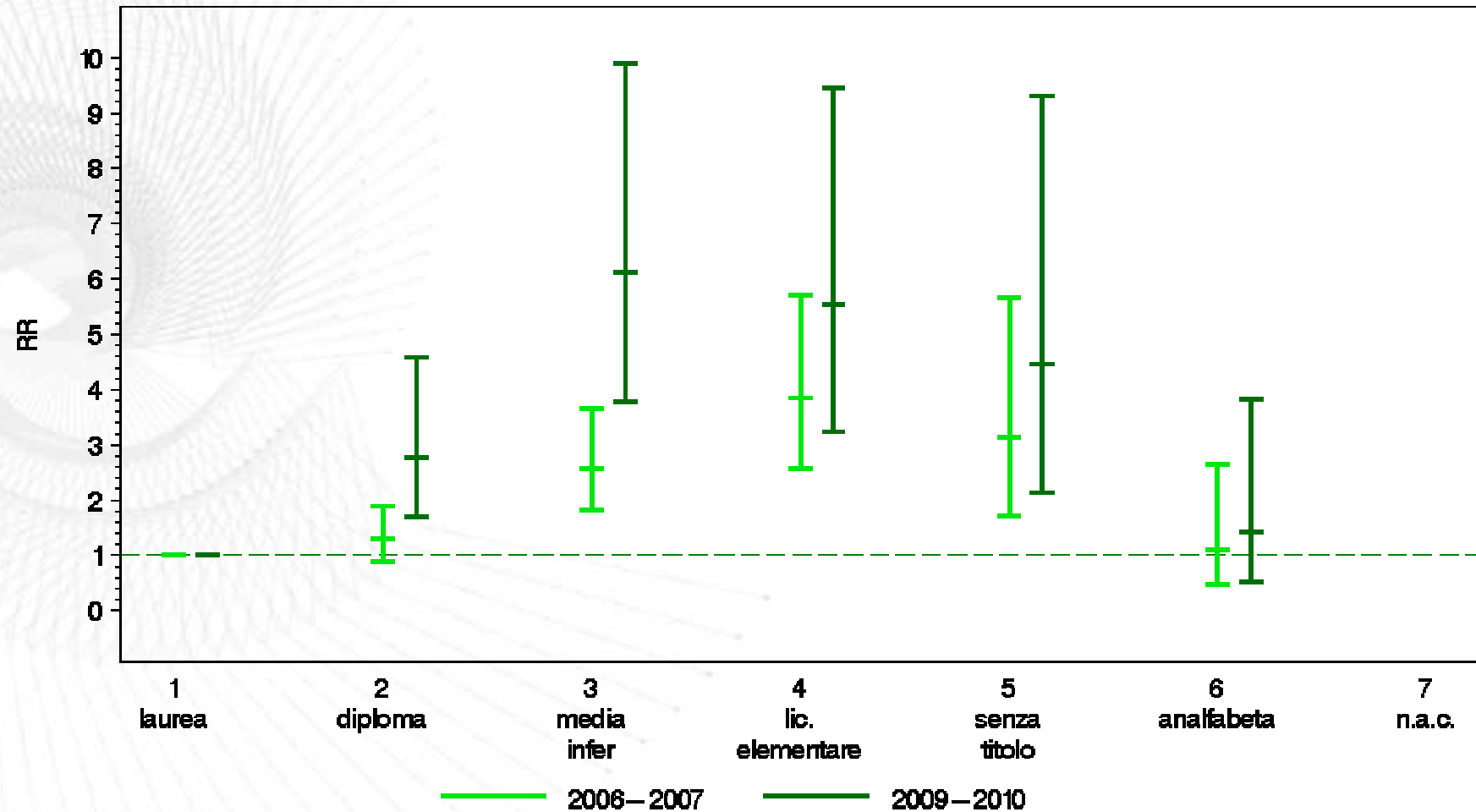
## Persone di 3 o più anni che pratica sport in modo continuativo



# GLI EFFETTI SULLA SALUTE

## Ricoveri per abuso di alcool

Rischi relativi di primo ricovero per istruzione (controllati per età e sesso di nascita) per abuso di alcool a Torino. Periodi 2006-2007, 2009-2010

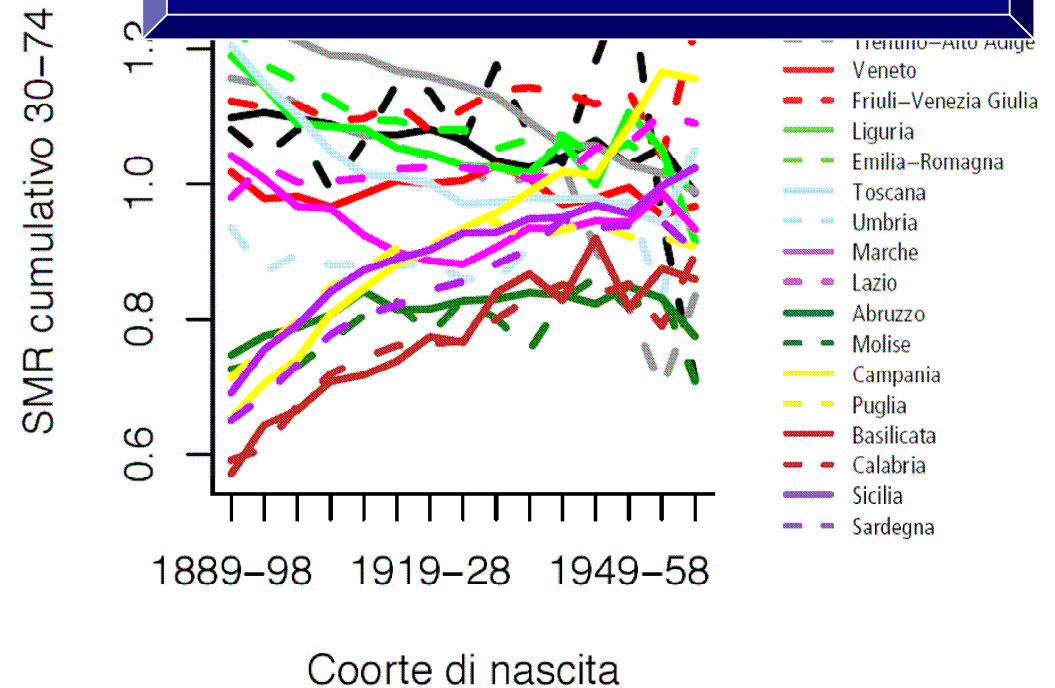
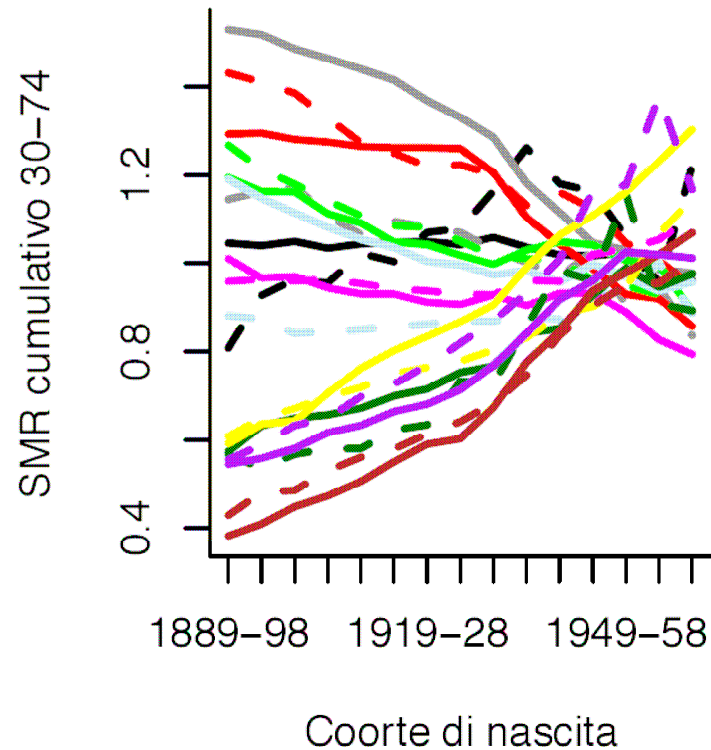


- La salute è stata capace di unire l'Italia più di ogni altra dimensione del benessere
- È ancora vero ai tempi della crisi?
- **Emerge un nuovo divario Nord/Sud**
  - Nei fattori di rischio
  - Nella salute
  - Nelle cure
- Un divario di salute che corrisponde al divario sociale
- I cui meccanismi di generazione sono noti e affrontabili con idonee politiche
- La cui importanza relativa potrebbe permettere di stabilire delle priorità e target?
- In coerenza con le raccomandazioni WHO-EU sulla solidarietà nella salute e l'iniziativa delle Regioni

# Generazioni sempre più uguali, ma...

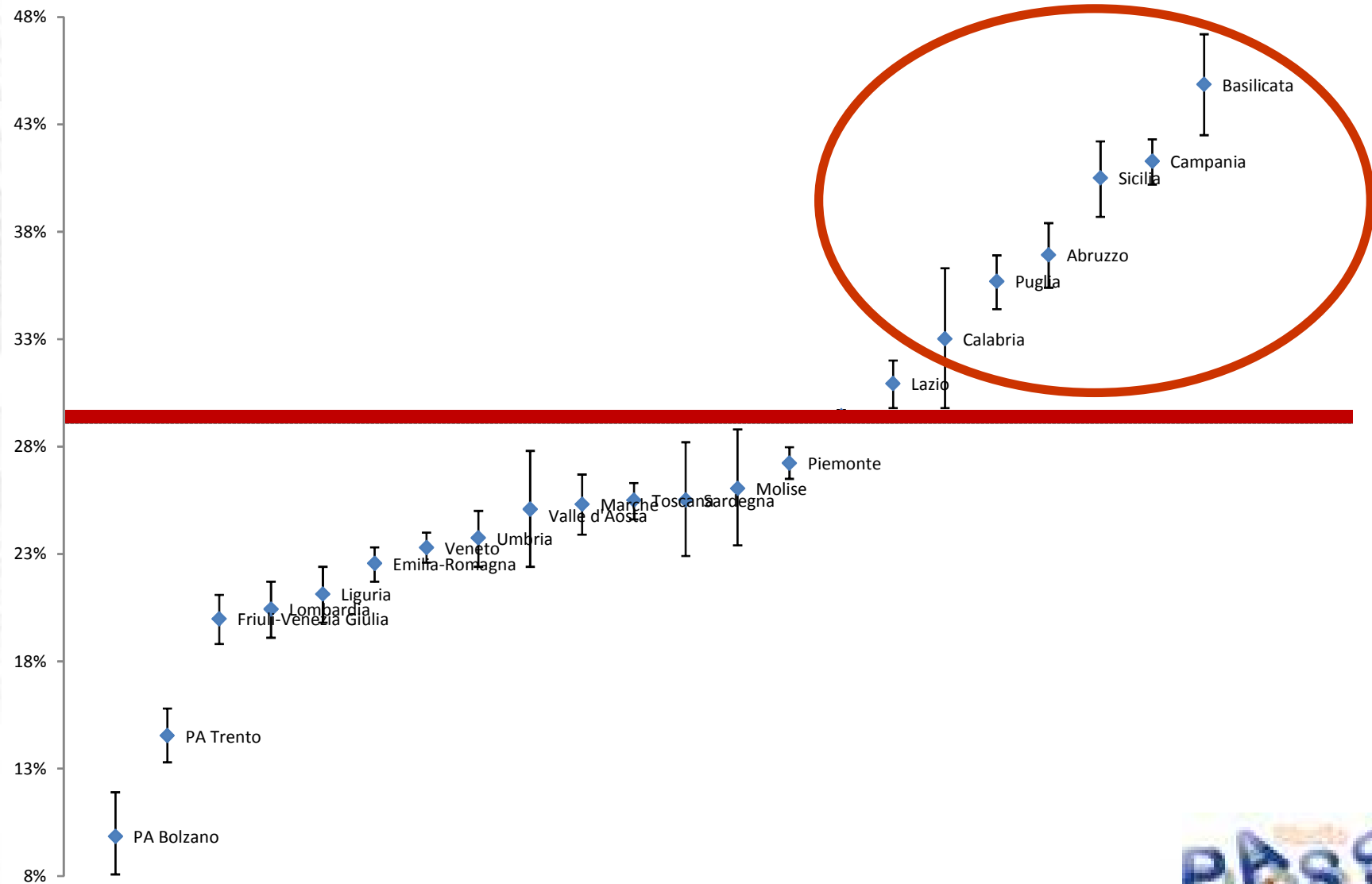
Di nuovo più lontani  
nella salute? Nord/Sud?

Uomini - Tumori



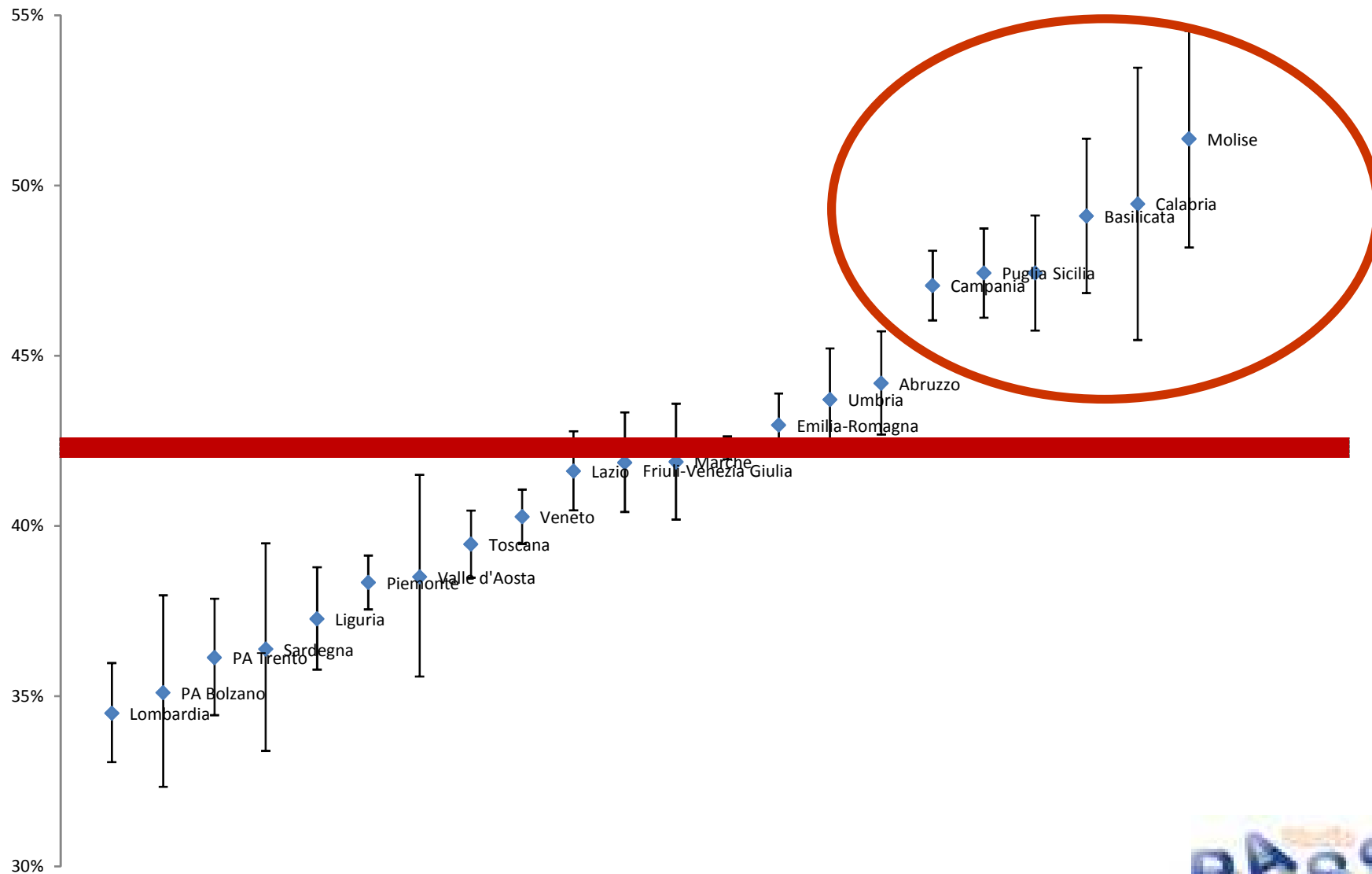
- La salute è stata capace di unire l'Italia più di ogni altra dimensione del benessere
- È ancora vero ai tempi della crisi?
- **Emerge un nuovo divario Nord/Sud**
  - **Nei fattori di rischio**
  - Nella salute
  - Nelle cure
- Un divario di salute che corrisponde al divario sociale
- I cui meccanismi di generazione sono noti e affrontabili con idonee politiche
- La cui importanza relativa potrebbe permettere di stabilire delle priorità e target?
- In coerenza con le raccomandazioni WHO-EU sulla solidarietà nella salute e l'iniziativa delle Regioni

# Percentuale di sedentari per regione/PA





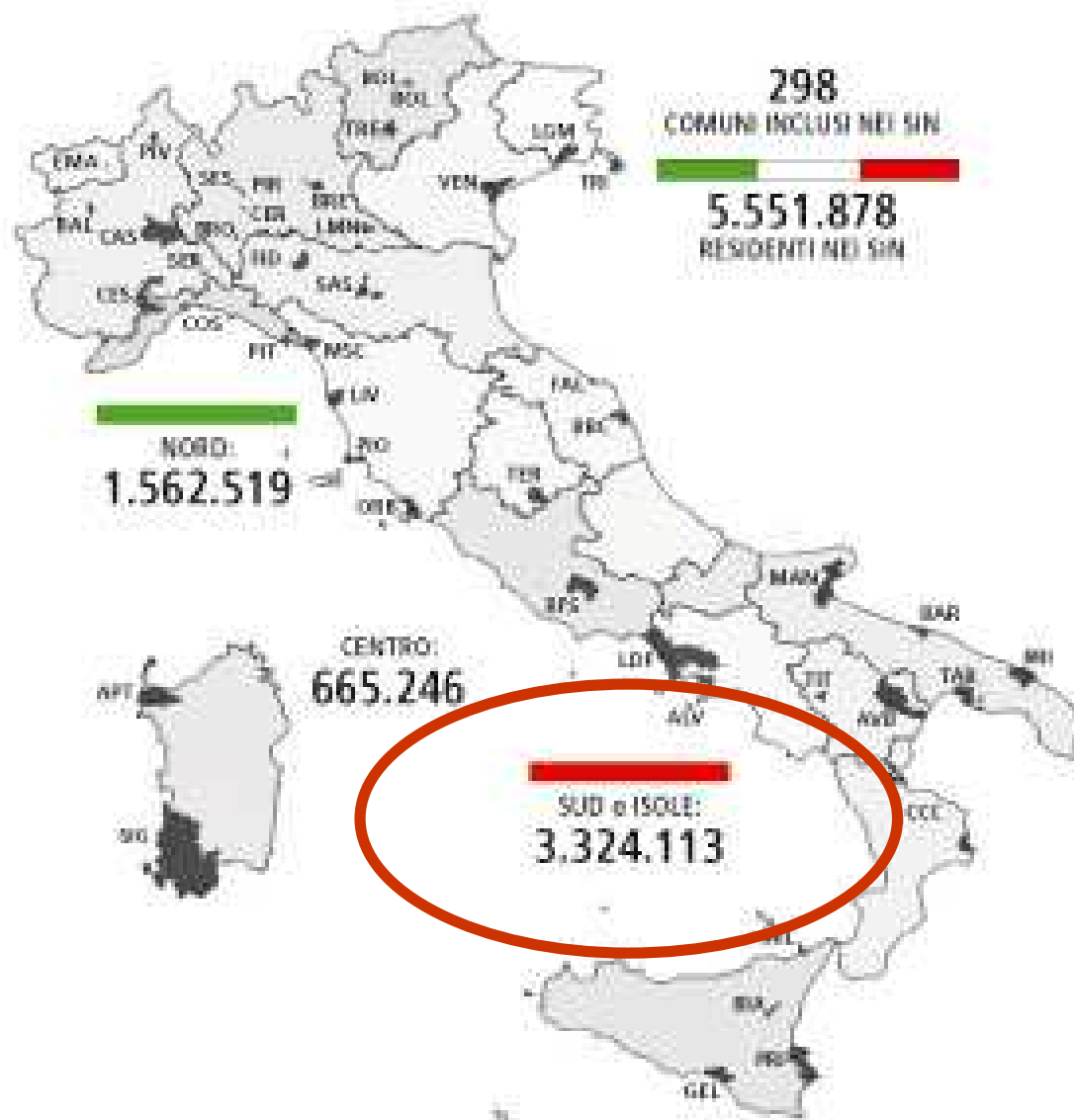
# Percentuale di eccesso ponderale per regione/PA



# Residenti in prossimità di siti inquinati

**Figura 1**

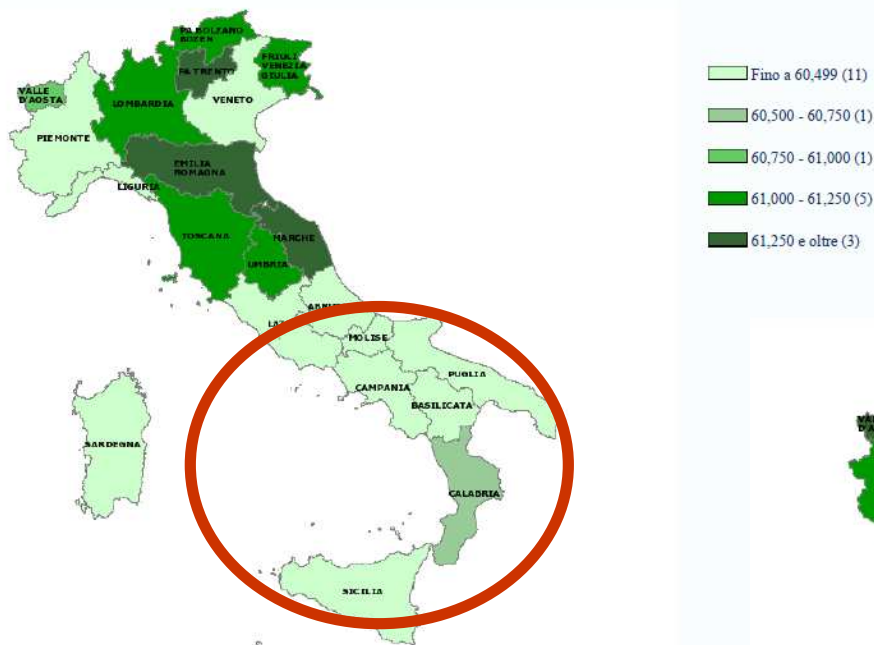
Siti di Interesse Nazionale per le bonifiche (SIN) nel Progetto SENTIERI  
Numero di residenti nei comuni inclusi nei SIN, divisi per macro-area



- La salute è stata capace di unire l'Italia più di ogni altra dimensione del benessere
- È ancora vero ai tempi della crisi?
- **Emerge un nuovo divario Nord/Sud**
  - Nei fattori di rischio
  - **Nella salute**
  - Nelle cure
- Un divario di salute che corrisponde al divario sociale
- I cui meccanismi di generazione sono noti e affrontabili con idonee politiche
- La cui importanza relativa potrebbe permettere di stabilire delle priorità e target?
- In coerenza con le raccomandazioni WHO-EU sulla solidarietà nella salute e l'iniziativa delle Regioni

# Speranza di vita libera da disabilità a 15 anni, 2004

## Uomini

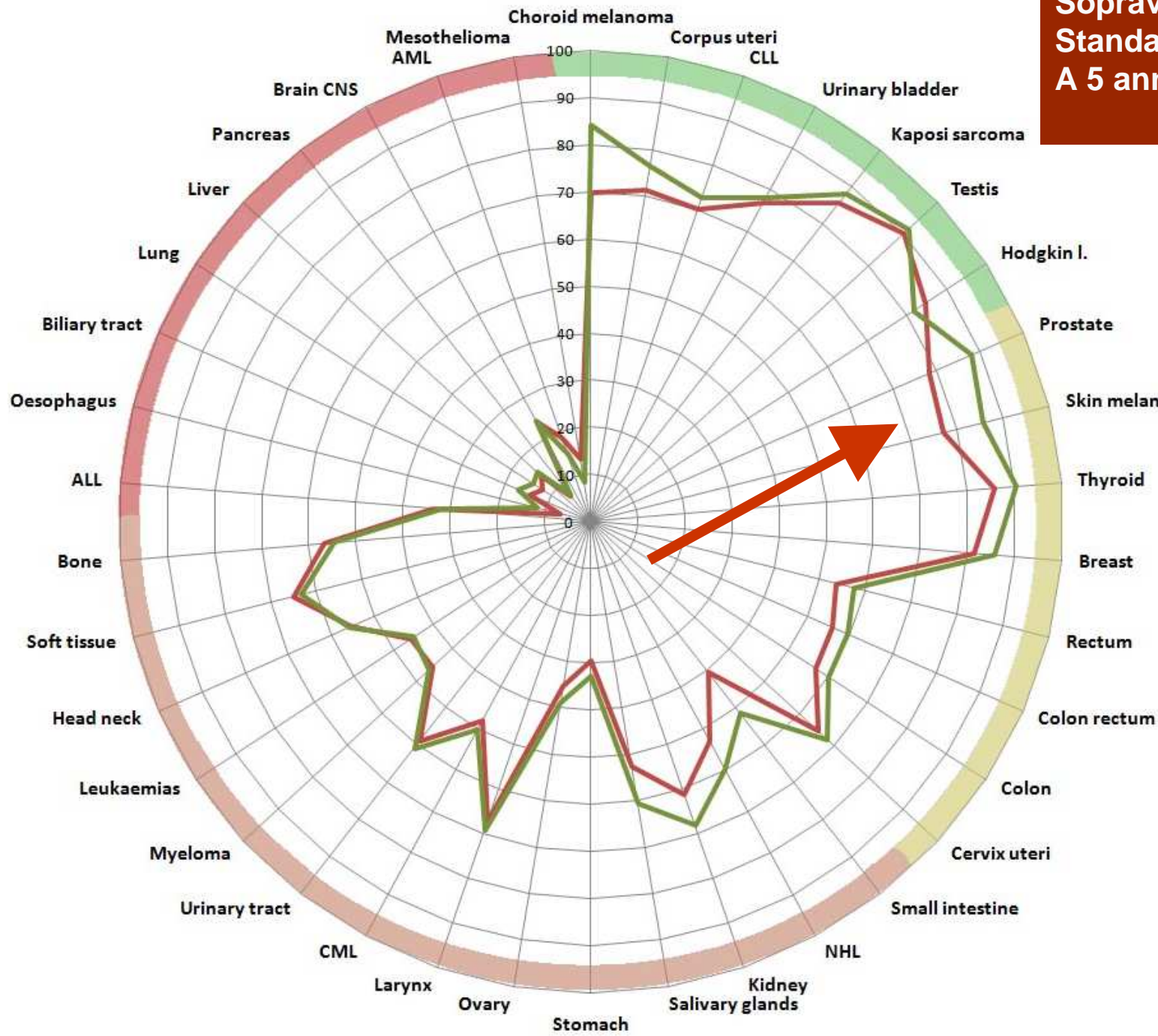


## Donne



- La salute è stata capace di unire l'Italia più di ogni altra dimensione del benessere
- È ancora vero ai tempi della crisi?
- **Emerge un nuovo divario Nord/Sud**
  - Nei fattori di rischio
  - Nella salute
  - **Nelle cure**
- Un divario di salute che corrisponde al divario sociale
- I cui meccanismi di generazione sono noti e affrontabili con idonee politiche
- La cui importanza relativa potrebbe permettere di stabilire delle priorità e target?
- In coerenza con le raccomandazioni WHO-EU sulla solidarietà nella salute e l'iniziativa delle Regioni

**Sopravvivenza relativa  
Standardizzata per età  
A 5 anni dalla diagnosi  
Anni 2000-2004**



■ Sud  
■ Centro-Nord



## La mobilità sanitaria non è una media

A parità di età e di morbosità in Italia tra il 2000 e il 2007 **si sono ricoverati fuori regione di più**

- i residenti nel **Sud** (136% in più)
- i più **istruiti** (68% in più)
- i più soddisfatti economicamente (21% in più)
- e con più beni accumulati (28% in più)

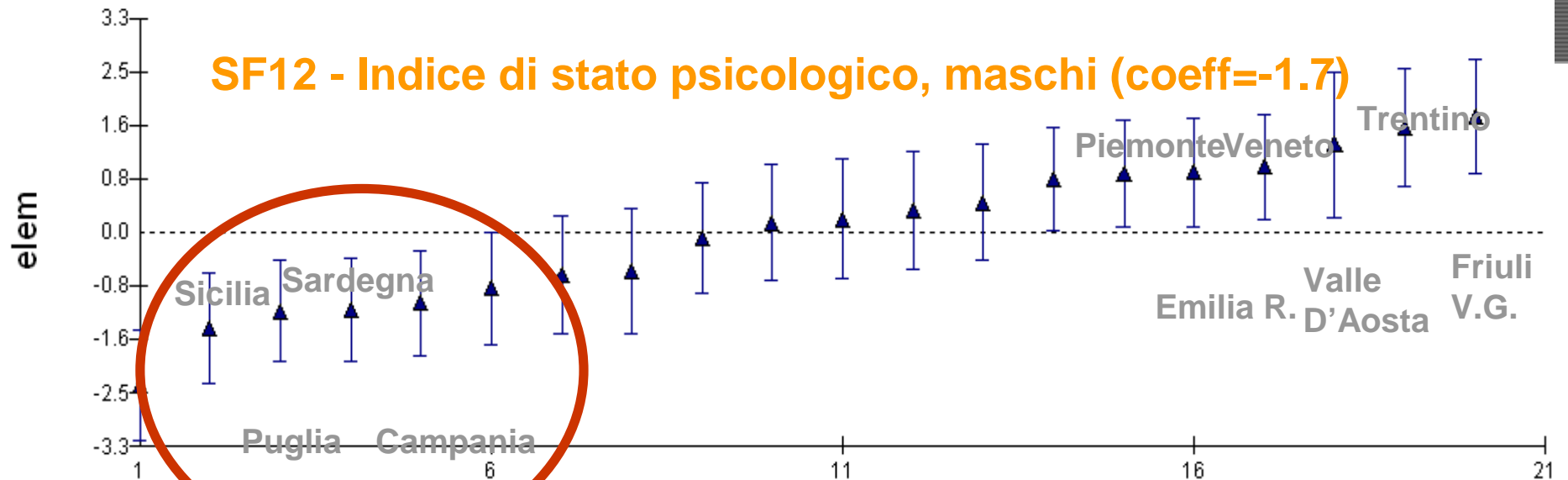
A parità di età e morbosità i pazienti del Sud che utilizzano procedure cardiocirurgiche in ospedali a distanze superiori a 3 ore hanno **esiti** (una mortalità a 30 giorni) **più favorevoli**

- circa il 45% in meno per by pass aortocoronarico isolato
- circa il 40% in meno per valvuloplastica isolata

- La salute è stata capace di unire l'Italia più di ogni altra dimensione del benessere
- È ancora vero ai tempi della crisi?
- Emerge un nuovo divario Nord/Sud
  - Nei fattori di rischio
  - Nella salute
  - Nelle cure
- **Un divario di salute che corrisponde al divario sociale**
- I cui meccanismi di generazione sono noti e affrontabili con idonee politiche
- La cui importanza relativa potrebbe permettere di stabilire delle priorità e target?
- In coerenza con le raccomandazioni WHO-EU sulla solidarietà nella salute e l'iniziativa delle Regioni



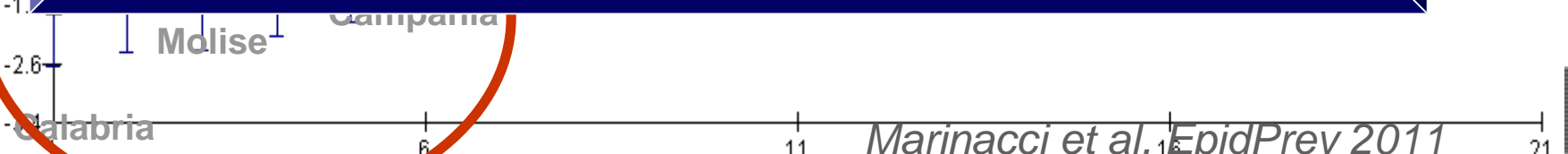
# Eterogeneità regionale significativa nelle differenze di salute 2005 per istruzione: elementare vs. laurea



Calabria

***Il gradiente Nord-Sud nella salute ,  
è spiegato sia dalla differente distribuzione geografica  
della povertà, sia dalla minore capacità  
del contesto meridionale di moderare l'effetto  
sfavorevole sulla salute della povertà individuale***

elem



**Mortalità in Italia 2000-2007 per titolo di studio (RR aggiustati per età, area geografica), 25-74 anni**

**Uomini**

	<b>RR</b>	<b>IC 95%</b>
Laurea	<b>1</b>	
Maturità	<b>1,16</b>	0.88 1.54
Media	<b>1,46</b>	1.12 1.91
Elementare o meno	<b>1,79</b>	1.39 2.32

*linear trend p=0.01*

**Donne**

Laurea	<b>1</b>	
Maturità	<b>1,12</b>	0.70 1.80
Media	<b>1,22</b>	0.77 1.94
Elementare o meno	<b>1,63</b>	1.05 2.54

*linear trend p=0.06*

## Differenze sociali<sup>5</sup> nella salute a Torino tra gli uomini negli anni 2000

Titolo di studio	Incidenza infarto <sup>1</sup>	Prevalenza diabete <sup>2</sup>	Letalità in malati di tumore colon <sup>3</sup>	Mortalità <sup>4</sup>
Alto	1	1	1	1
Medio	1.18	1.22	1.21	1.18
Basso	1.24	1.54	1.33	1.34

<sup>1</sup> aggiustato per età, area di nascita, reddito, status, area (*Petrelli, 2006*)

<sup>2</sup> aggiustato per età e reddito (*Gnavi, 2007*)

<sup>3</sup> aggiustato per età e area di nascita (*Spadea, 2005*)

<sup>4</sup> aggiustato per età, qualità della casa, area di nascita, periodo di calendario (*Marinacci, 2004*)

<sup>5</sup> tutte le differenze sono statisticamente significative ( $p < 0,005$ )

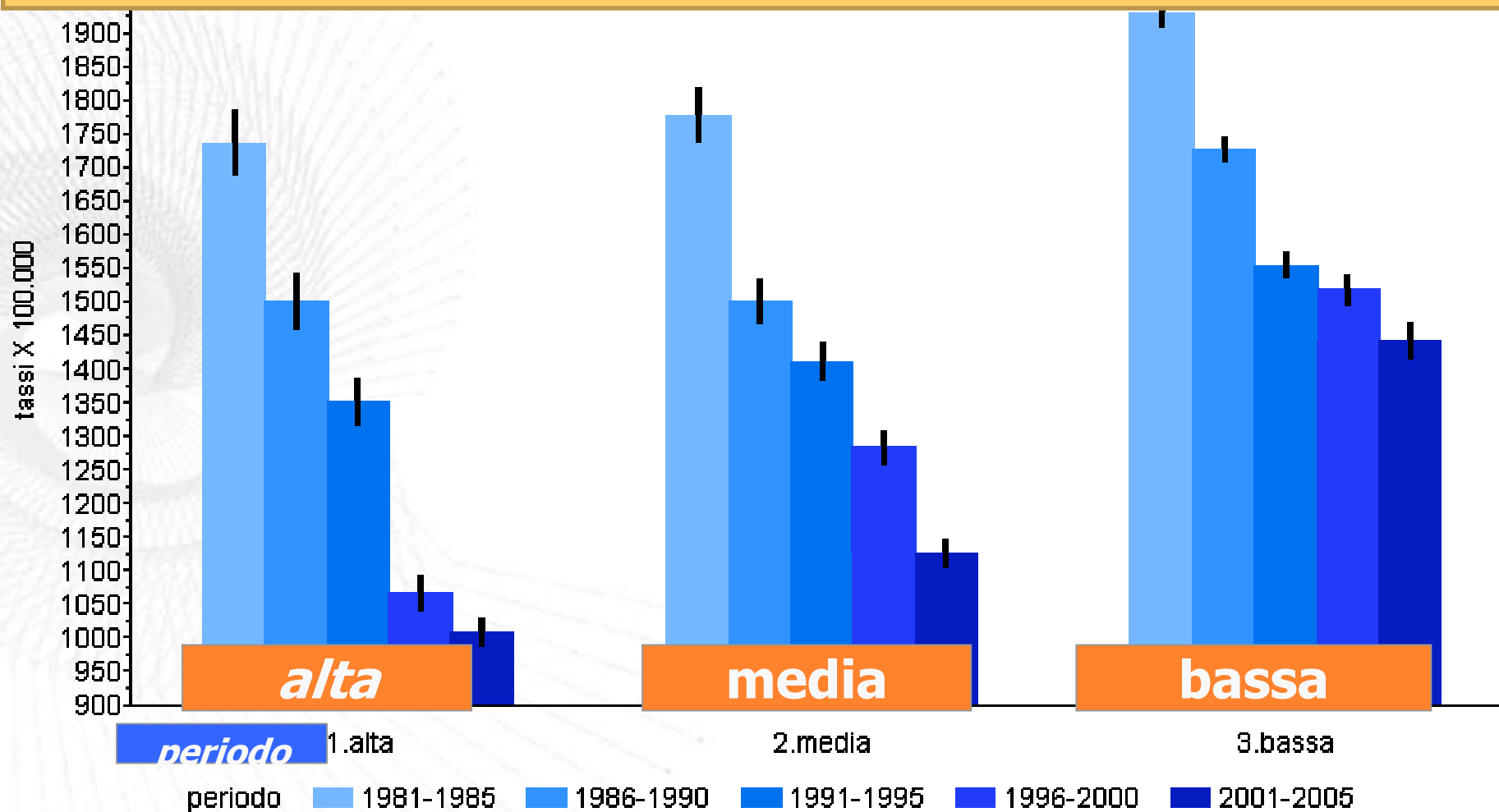
## Diseguaglianze di mortalità a Torino, 2000-2004, in relazione a diversi indicatori sociali

RR	Istruzione	Condizione professionale	Classe sociale	Reddito	Qualità abitazione
<b>I</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
<b>II</b>	<b>1.25</b>	<b>1.37</b>	<b>1.06</b>	<b>1.10</b>	<b>1.10</b>
<b>III</b>	<b>1.40</b>	<b>1.54</b>	<b>1.28</b>	<b>1.22</b>	<b>1.34</b>
<b>IV</b>	<b>1.50</b>	<b>2.05</b>	<b>1.37</b>	<b>1.39</b>	<b>1.50</b>

**I= più avvantaggiato**

**IV = meno avvantaggiato**

## Tassi di mortalità per istruzione e periodo tra gli adulti 30 anni e più a Torino (tassi stand. per età e sesso)

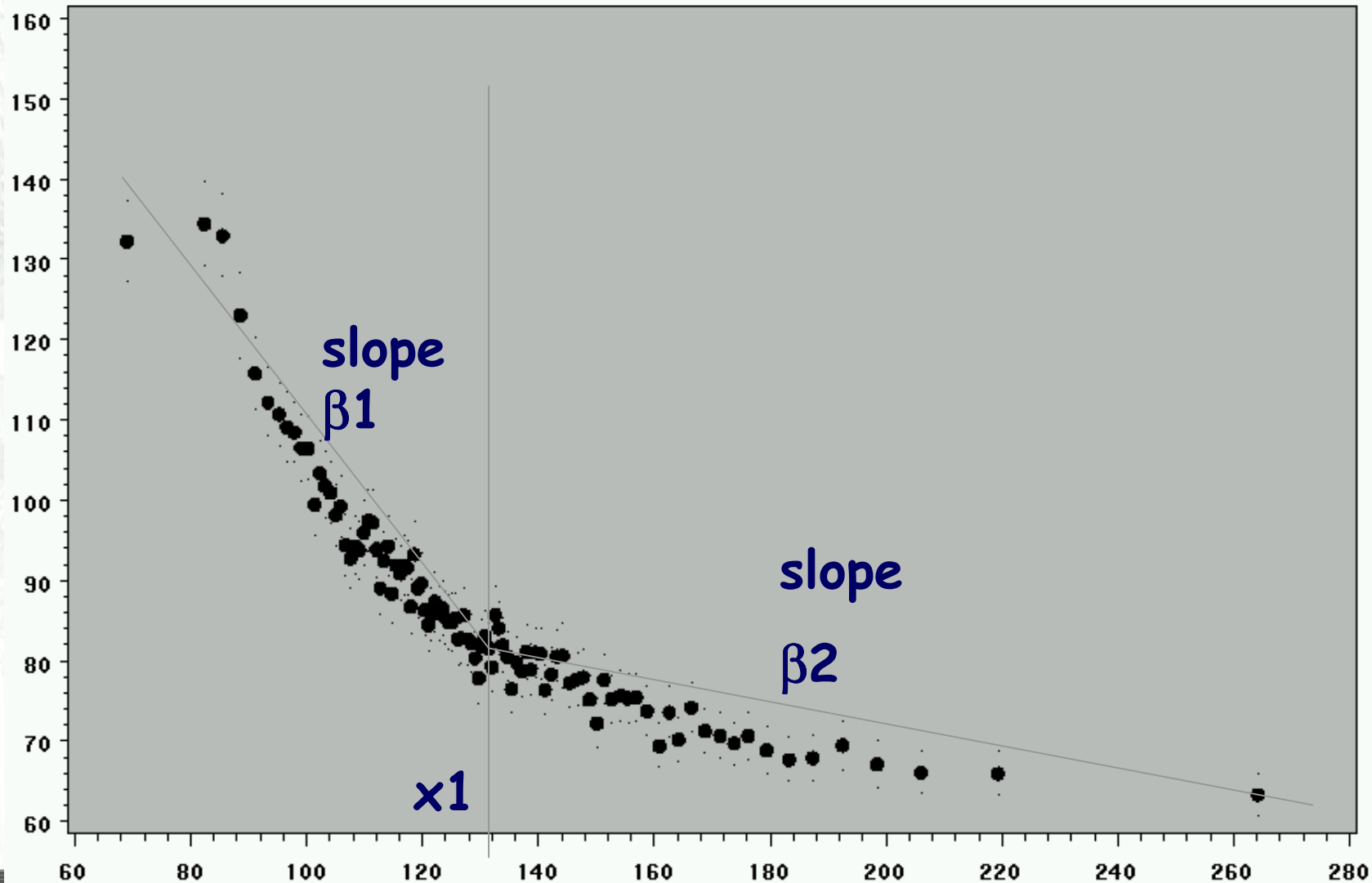


**Vantaggio in anni di speranza di vita tra chi viveva in isolato ricco e chi viveva in isolato povero**

	<b>Uomini</b>	<b>Donne</b>
<b>Anni Ottanta</b>	<b>+ 3,2</b>	<b>+ 1,4</b>
<b>Anni Duemila</b>	<b>+ 4,0</b>	<b>+ 2,0</b>

Posto  $\beta_1=b_1$ ,  $\beta_2=\beta_1+b_2$

Tassi std. di ricovero per  
centile di reddito x 1,000



valore mediano (per 100€) del CTMI in ogni centile

Marinacci, 2006

# Caratteristiche costitutive delle disparità di salute

- **Natura**
  - Tutte dimensioni salute (incidenza, prevalenza, letalità)
  - Tutte dimensioni posizione sociale (relazionale, distributiva)
  - Su base individuale e di contesto
- **Direzione**
  - A svantaggio più sfavoriti
  - Eccezioni di malattie influenzate da comportamenti "ricchi" (e genetica?)
- **Intensità variabile**
  - Nel tempo
    - Relativa e assoluta crescente
    - Casi attribuibili calanti?
  - Nello spazio: crescente sud < nord < est
- **Forma**
  - Sia a soglia (vulnerabilità)
  - Sia a gradiente
    - Interazioni: diversa intensità in donne e anziani (minore intensità) e per origine etnica (variabile)

**rilevanza**

**responsabilità politiche**

**ingiustizia**

**evitabilità**

**selettivo vs universalismo proporzionale**



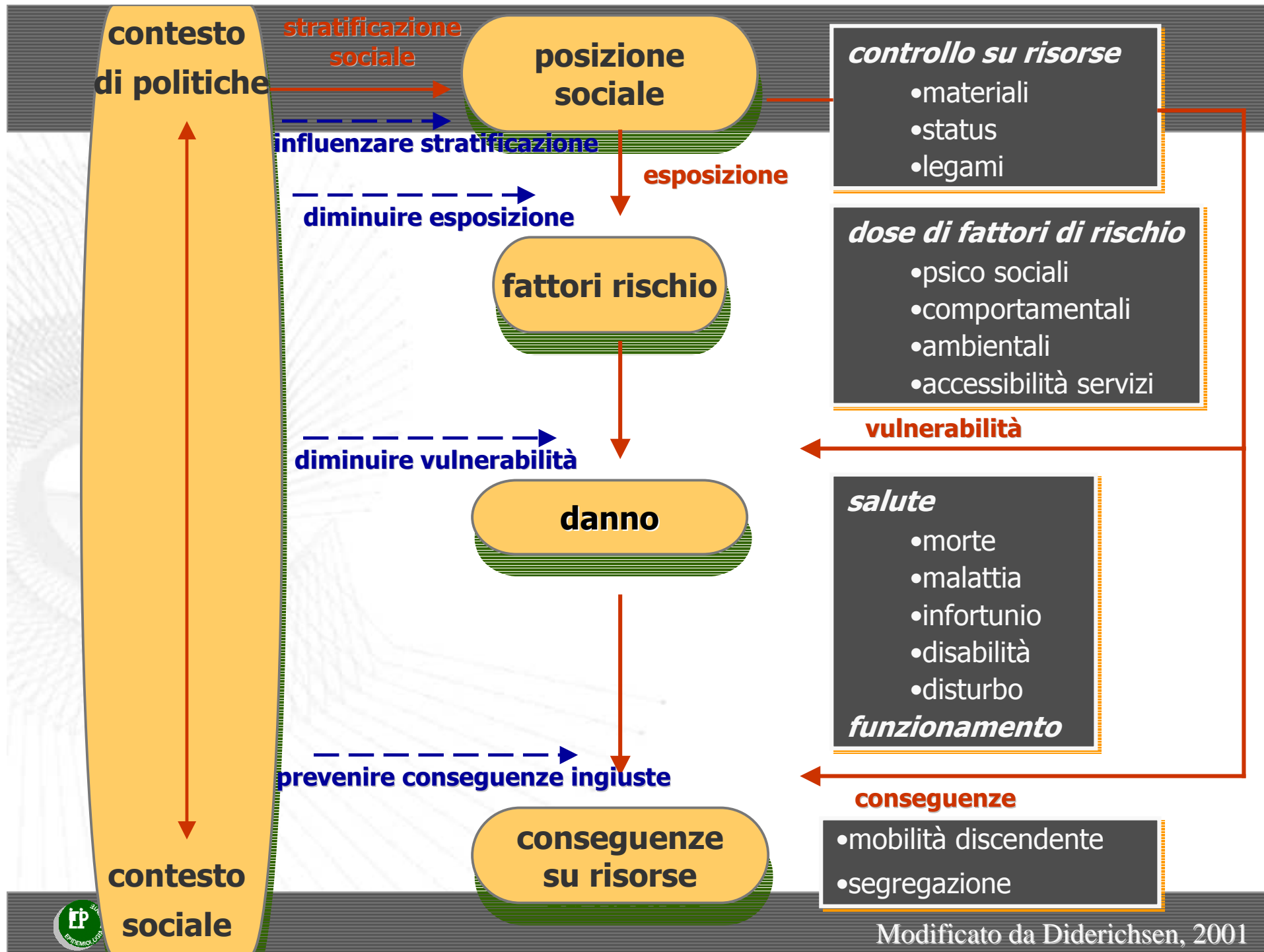
# Caratteristiche costitutive delle disparità di salute

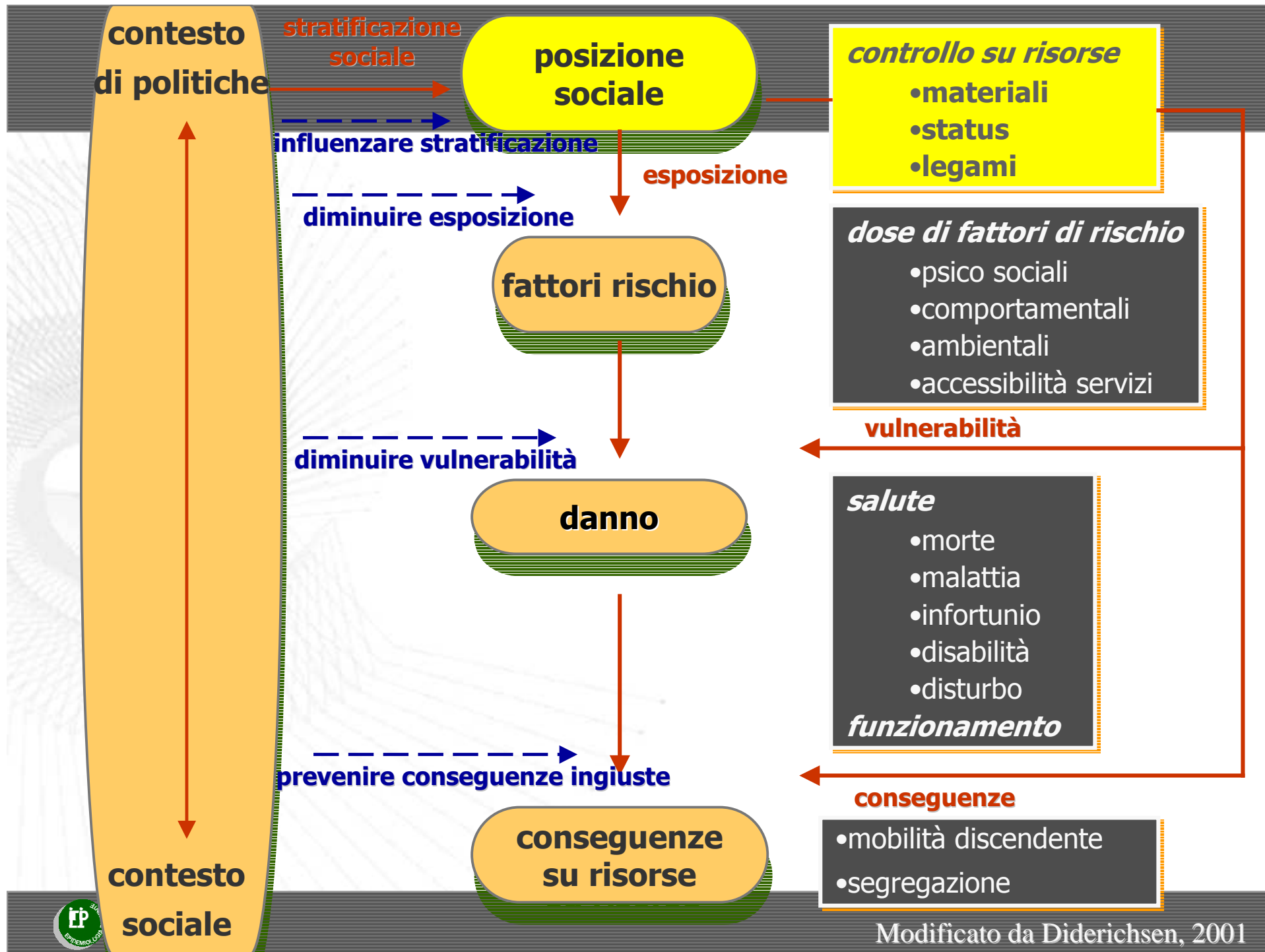
- **Natura**
  - Tutte dimensioni salute (incidenza, prevalenza, letalità)
  - Tutte dimensioni posizione sociale (relazionale, distributiva)
  - Su base individuale e di contesto
- **Direzione**
  - A svantaggio più sfavoriti
  - Eccezioni di malattie influenzate da comportamenti “ricchi” (e genetica?)
- **Intensità variabile**
  - Nel...

**Una questione di equità di salute?  
Come cercare riconoscere e correggere i meccanismi?  
EQUITY AUDIT?**

- **Sia a grado**
  - Interazioni: diversa intensità in donne e anziani (minore intensità) e per origine etnica (variabile)

- La salute è stata capace di unire l'Italia più di ogni altra dimensione del benessere
- È ancora vero ai tempi della crisi?
- Emerge un nuovo divario Nord/Sud
  - Nei fattori di rischio
  - Nella salute
  - Nelle cure
- Un divario di salute che corrisponde al divario sociale
- **I cui meccanismi di generazione sono noti e affrontabili con idonee politiche**
- La cui importanza relativa potrebbe permettere di stabilire delle priorità e target?
- In coerenza con le raccomandazioni WHO-EU sulla solidarietà nella salute e l'iniziativa delle Regioni



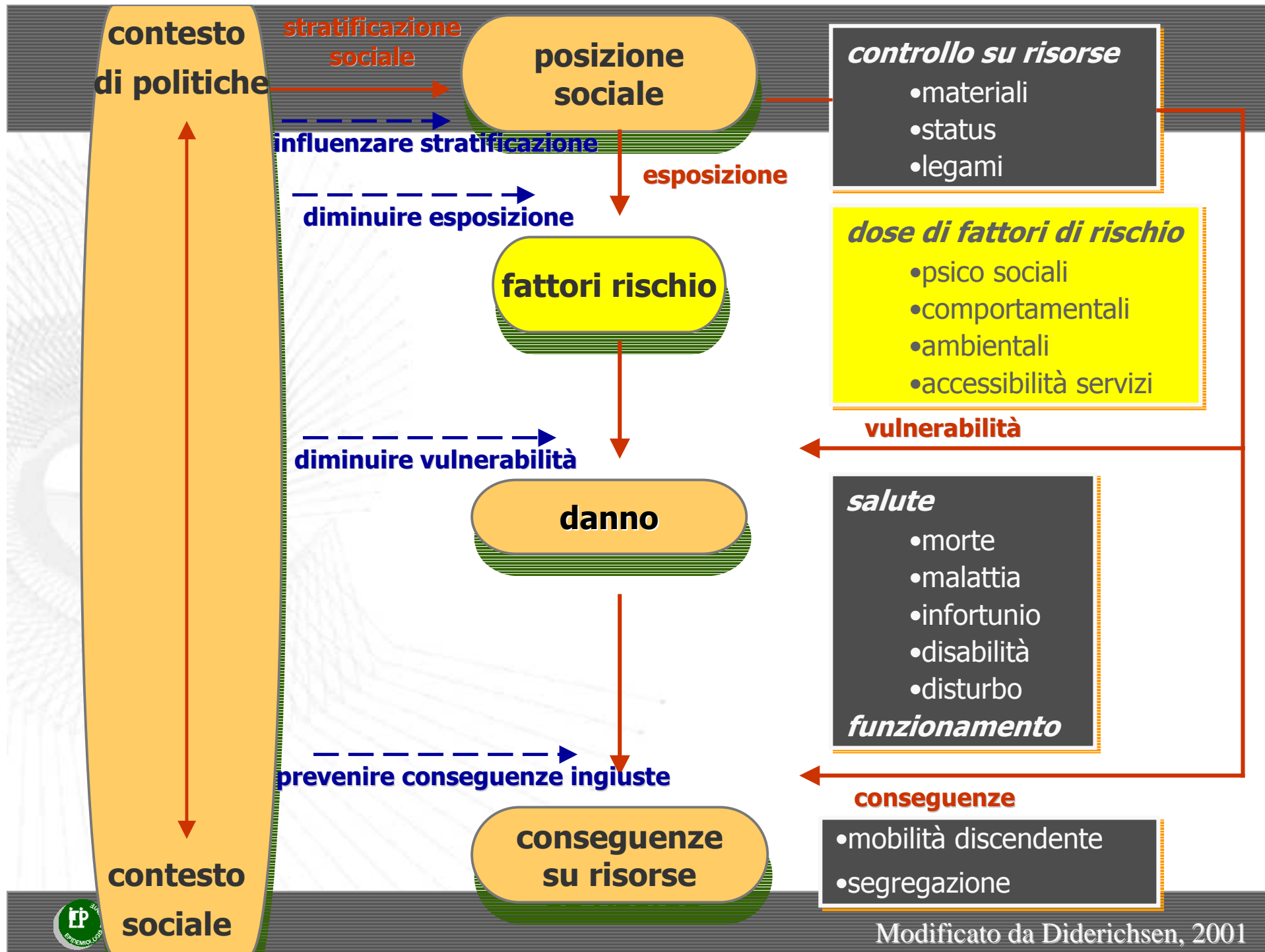


Variazione% della mortalità 1991-2005 tra gli uomini adulti (30-59 anni) che hanno migliorato il livello di istruzione tra il 1981 e il 1991

### Titolo al 1981

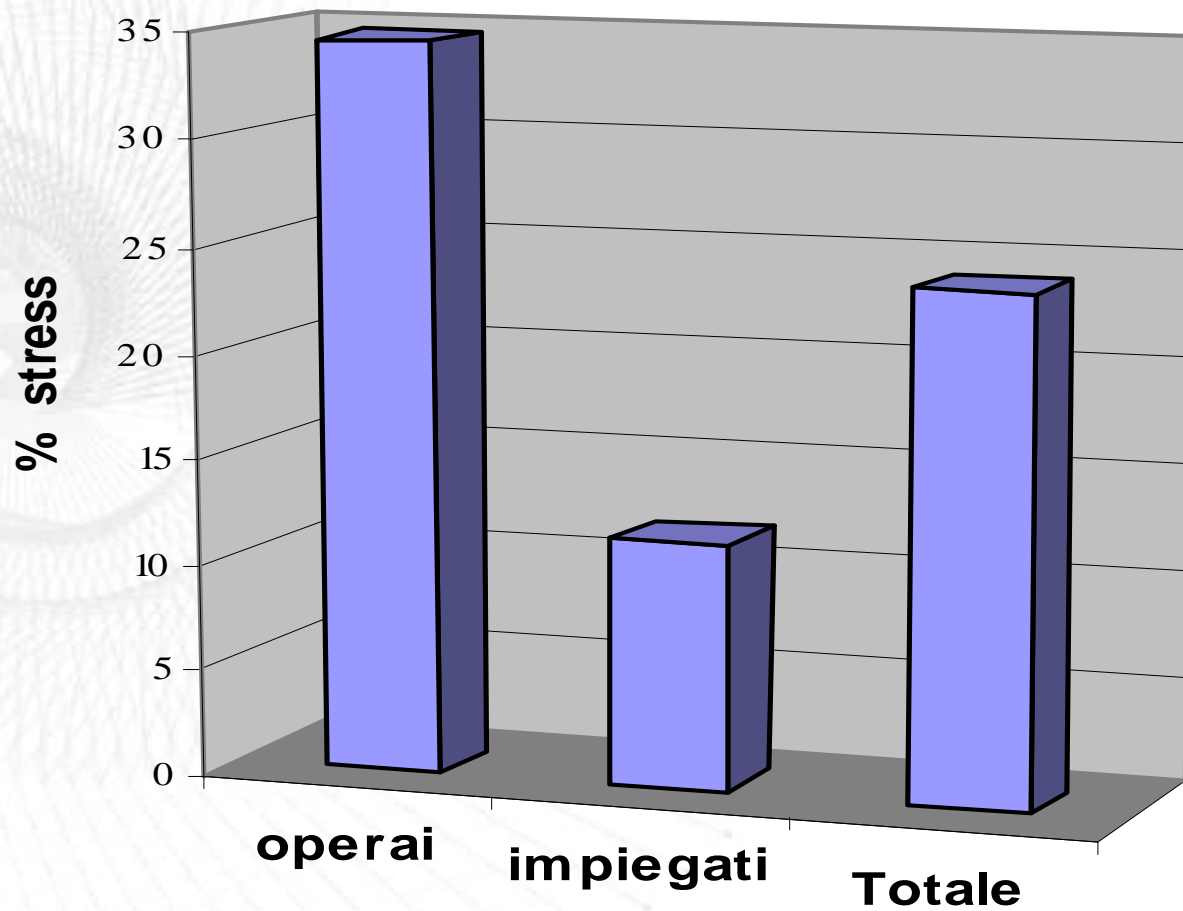
	nessuno	elementare	media	maturità
uomini	-24.5	-8.6	-15.6	-10.6

Elaborazioni SLT, 2006



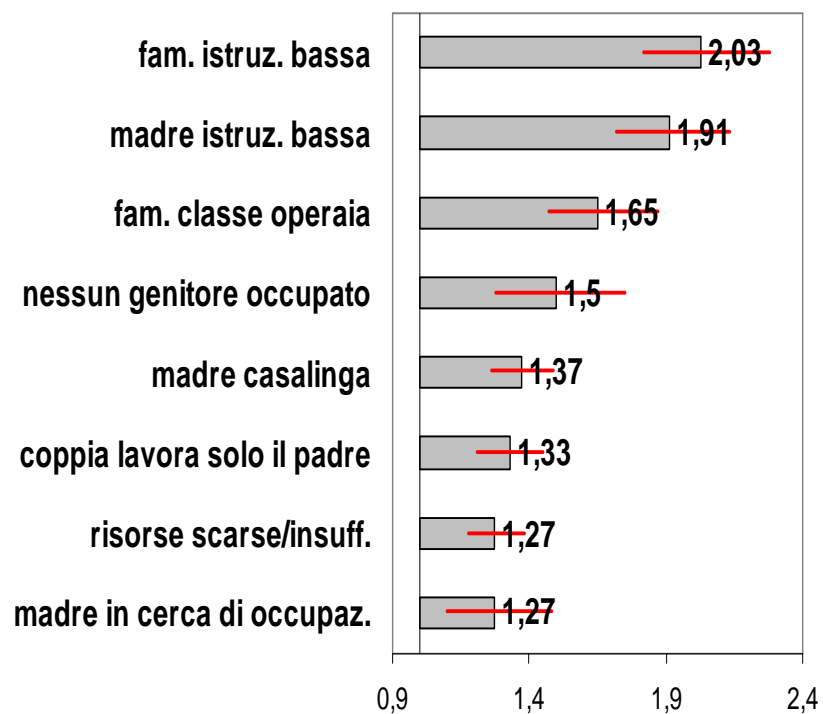
## Proporzione di soggetti esposti ad elevato stress sul lavoro (Job Strain) all'inizio degli anni 2000

Campione di 1479 soggetti a Torino  
(797 operai e 682 impiegati)

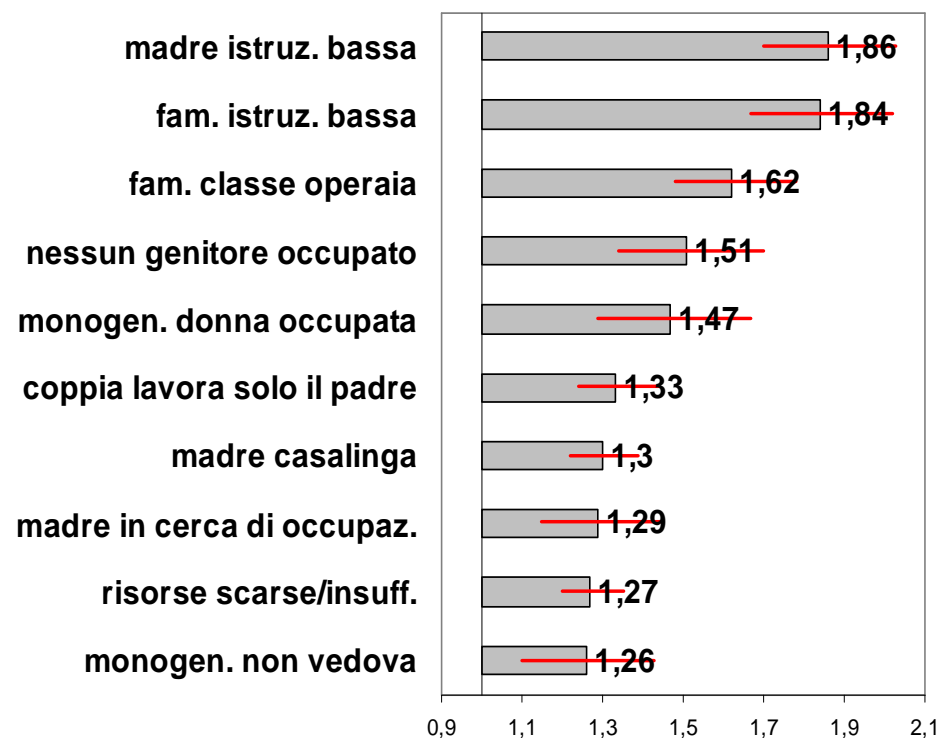


# No esercizio fisico intensivo/regolare

**FIGLI < 18 ANNI**



**FIGLIE < 18 ANNI**



\*PRR aggiustati per età

*Dati: Indagine ISTAT Salute 2000*



**Esposizione a traffico di tipo pesante: passaggio frequente nella strada di residenza, per istruzione dei genitori (Studio Sidria2)**

<b>Istruzione genitori</b>	<b>% bambini esposti (IC 95%)</b>
Università	<b>18 (16-20)</b>
Scuola secondaria superiore	<b>19 (17-21)</b>
Scuola media	<b>22 (20-24)</b>
Scuola elementare	<b>27 (23-30)</b>

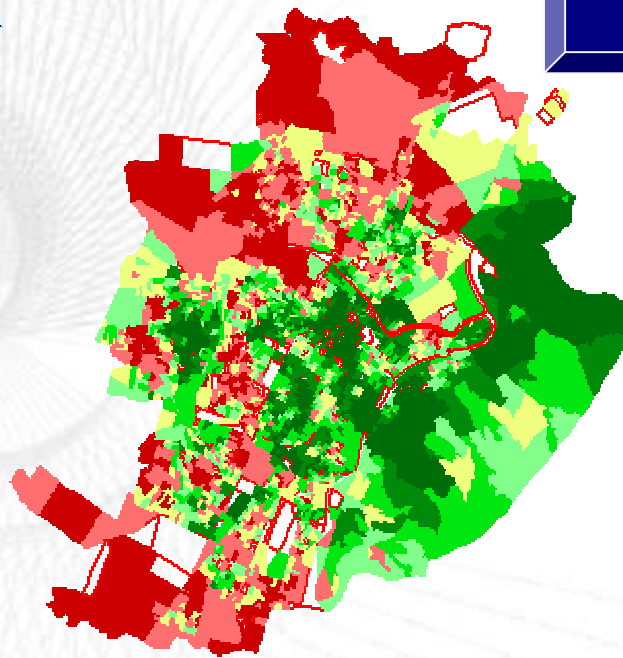
# Ricoveri per Sindrome Coronarica Acuta a Torino (RR bayesiani) 2009

# Procedure di rivascolarizzazione

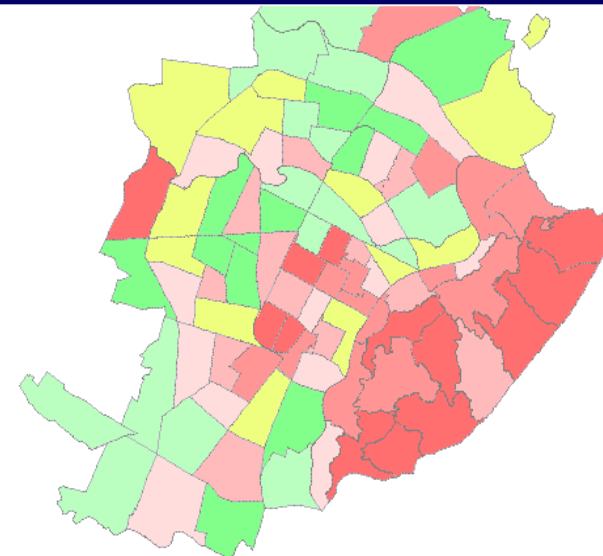
Inverse care law

- 0.52 -< 0.73
- 0.73 -< 0.81
- 0.81 -< 0.89
- 0.89 -< 0.96
- 0.96 -< 1.05
- 1.05 -< 1.19
- 1.19 - 2.24

RR bayesiani



- < 0.90
- 0.90 :< 0.95
- 0.95 :< 1.02
- 1.02 :< 1.10
- 1.10 :< 1.20
- 1.20 :< 1.29
- >= 1.29



pattern continuo

prob. RR>1

## Fattori di rischio per l'interruzione dei percorsi a parità di salute

### Interruzione di almeno un percorso per costi – pazienti fragili (860)

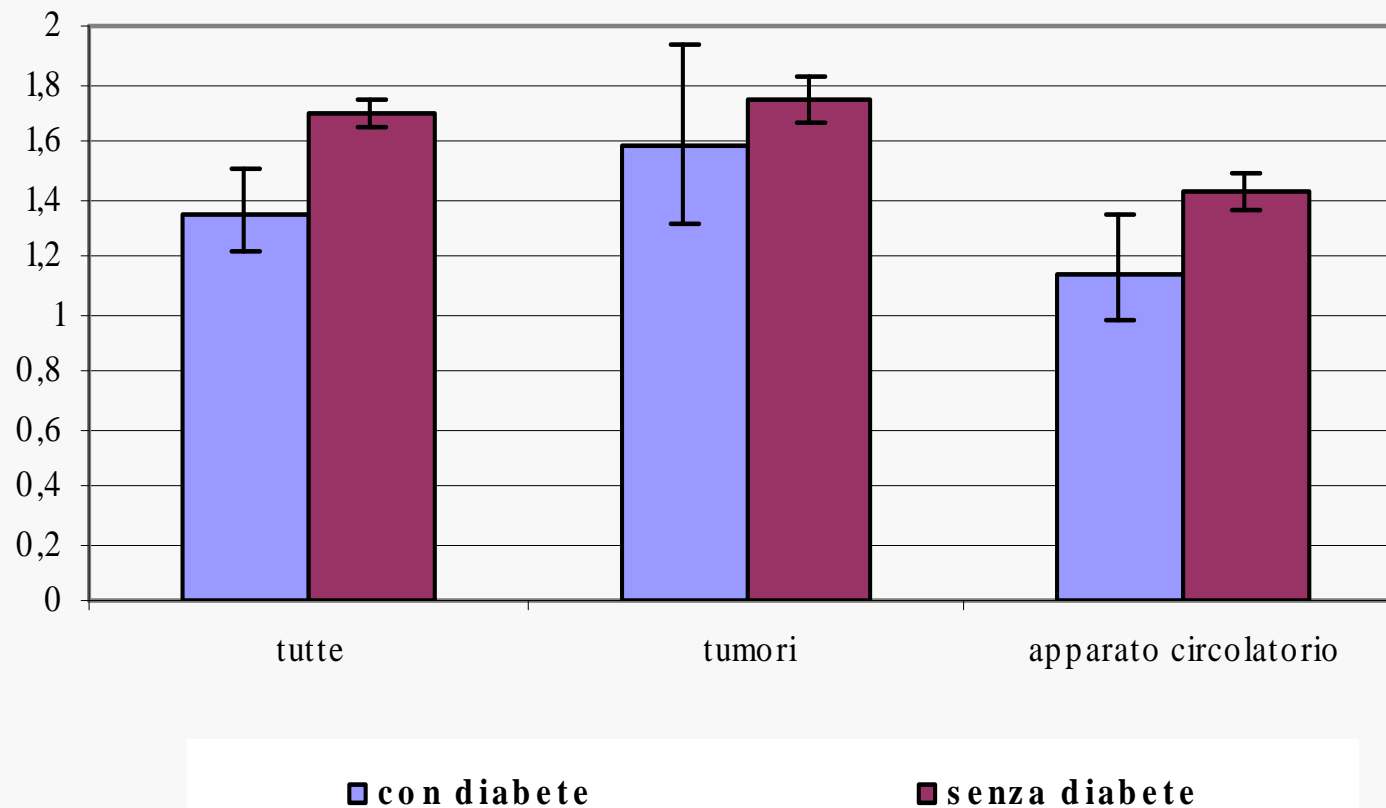
<b>Uomini (n. 225)</b>		
	<b>OR</b>	<b>IC (95%)</b>
<b>Basso reddito</b>	<b>4.8</b>	<b>1.9 – 11.7</b>
<b>Bassa posizione occupazionale</b>	<b>2.1</b>	<b>1.1 – 4.0</b>

<b>Donne (n. 486)</b>		
	<b>OR</b>	<b>IC (95%)</b>
<b>Basso reddito</b>	<b>5.8</b>	<b>3.1 – 11.1</b>
<b>Povertà di aiuto</b>	<b>3.4</b>	<b>2.2 – 5.3</b>
<b>Bassa istruzione</b>	<b>2.0</b>	<b>1.2 – 3.3</b>
<b>Alta densità abitativa</b>	<b>1.8</b>	<b>1.1 – 2.8</b>

Aggiustati per età, stato di salute, frequenza visite dal MMG

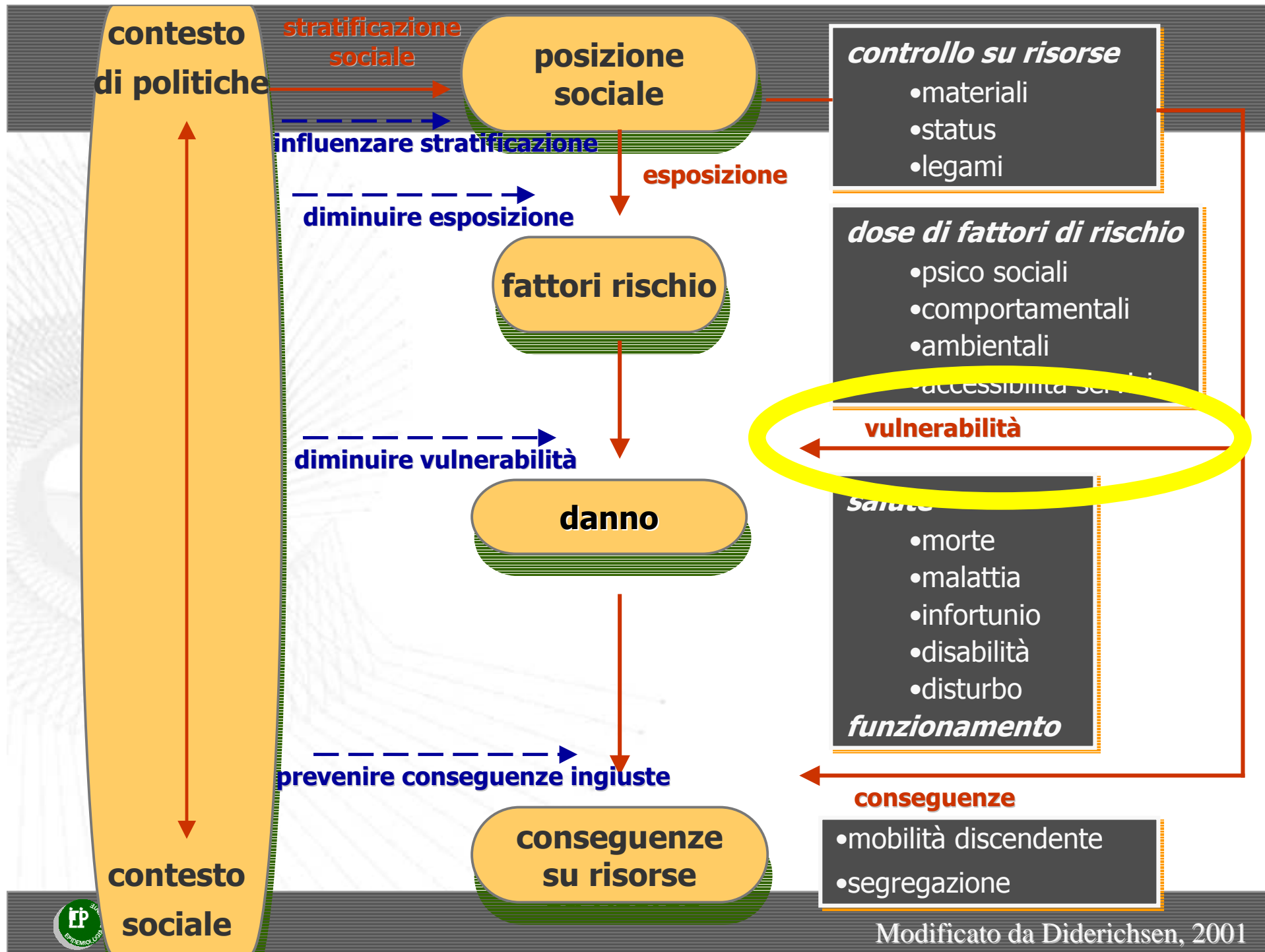
# Rischio di morte per titolo di studio (bassa scolarità vs. alta scolarità) in persone con diabete e senza diabete a Torino negli anni '90. Uomini.



**Proporzione di casi con tumore del retto sottoposti a trattamenti di radioterapia pre-operatoria\* per livello di istruzione.  
Torino, 2000-2007**

	<b>2000 (pre LG)</b>	<b>2007 (post LG)</b>
	<b>7%</b>	<b>15%</b>
<b>Alta istruz.</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
<b>Media istruz.</b>	<b>Lavori in corso</b>	<b>1.35</b>
<b>Bassa istruz.</b>	<b>Lavori in corso</b>	<b>1.41</b>

**\* raccomandata negli stadi T3 e T4 dalle linee guida (LG) regionali del 2001**

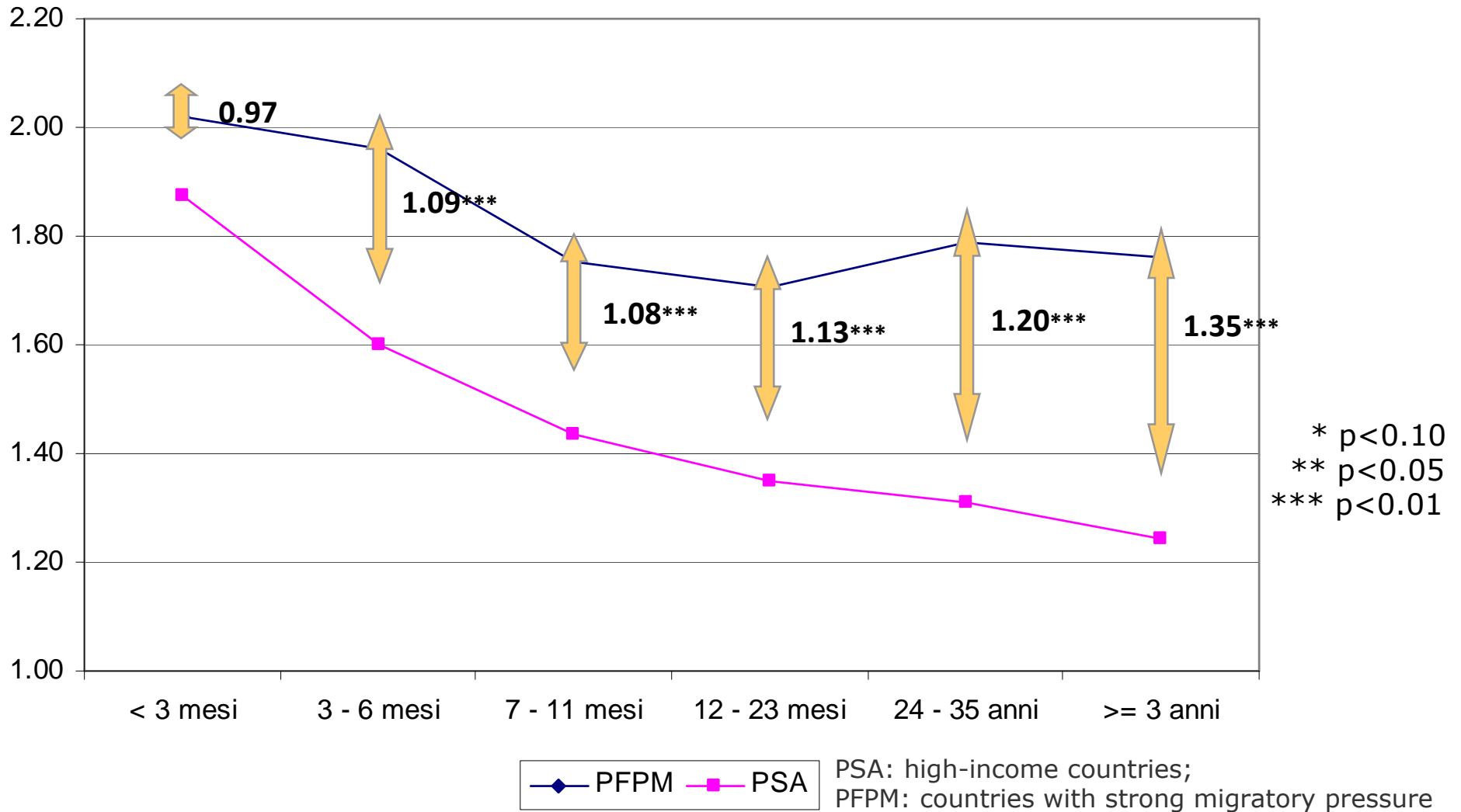


# Decessi nel trimestre estivo nella popolazione torinese femminile, di età $\geq 75$ anni, clinicamente suscettibile

		2003 vs. 2002
		Ors adj x età(IC 95%)
<b>Non sole</b>	non deprivate	1.36 (0.98;1.89)
	deprivate	1.53 (1.03;2.25)
<b>Coppie</b>	non deprivate	0.92 (0.58;1.45)
	deprivate	2.01* (0.98;4.07)
<b>Soli con figli a Torino</b>	non deprivate	1.27 (0.88;1.82)
	deprivate	1.28 (0.80;2.04)
<b>Soli senza figli a Torino</b>	non deprivate	1.24 (0.97;1.59)
	deprivate	1.50 (1.09;2.08)
<b>Istituzionalizzate</b>	non deprivate	2.44 (1.40;4.27)
	deprivate	3.51 (2.26;5.46)

\*modificazione d'effetto  $p < 0.06$

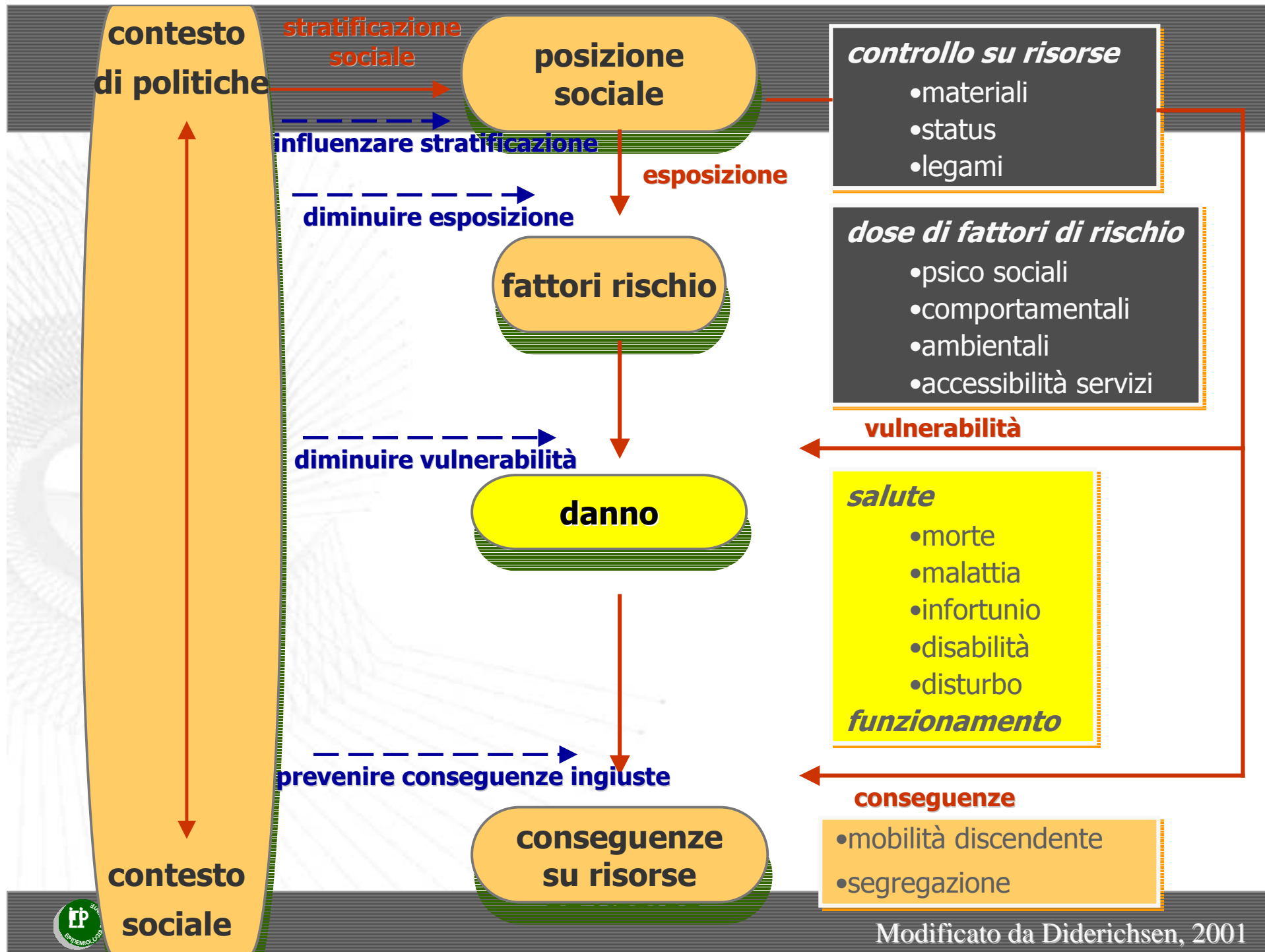
# Durata dell'impiego e rischio di infortunio tra lavoratori italiani e stranieri



§ All events that led to death, permanent incapacity or temporary disability with more than 29 days of prognosis

*Bena A, 2012*

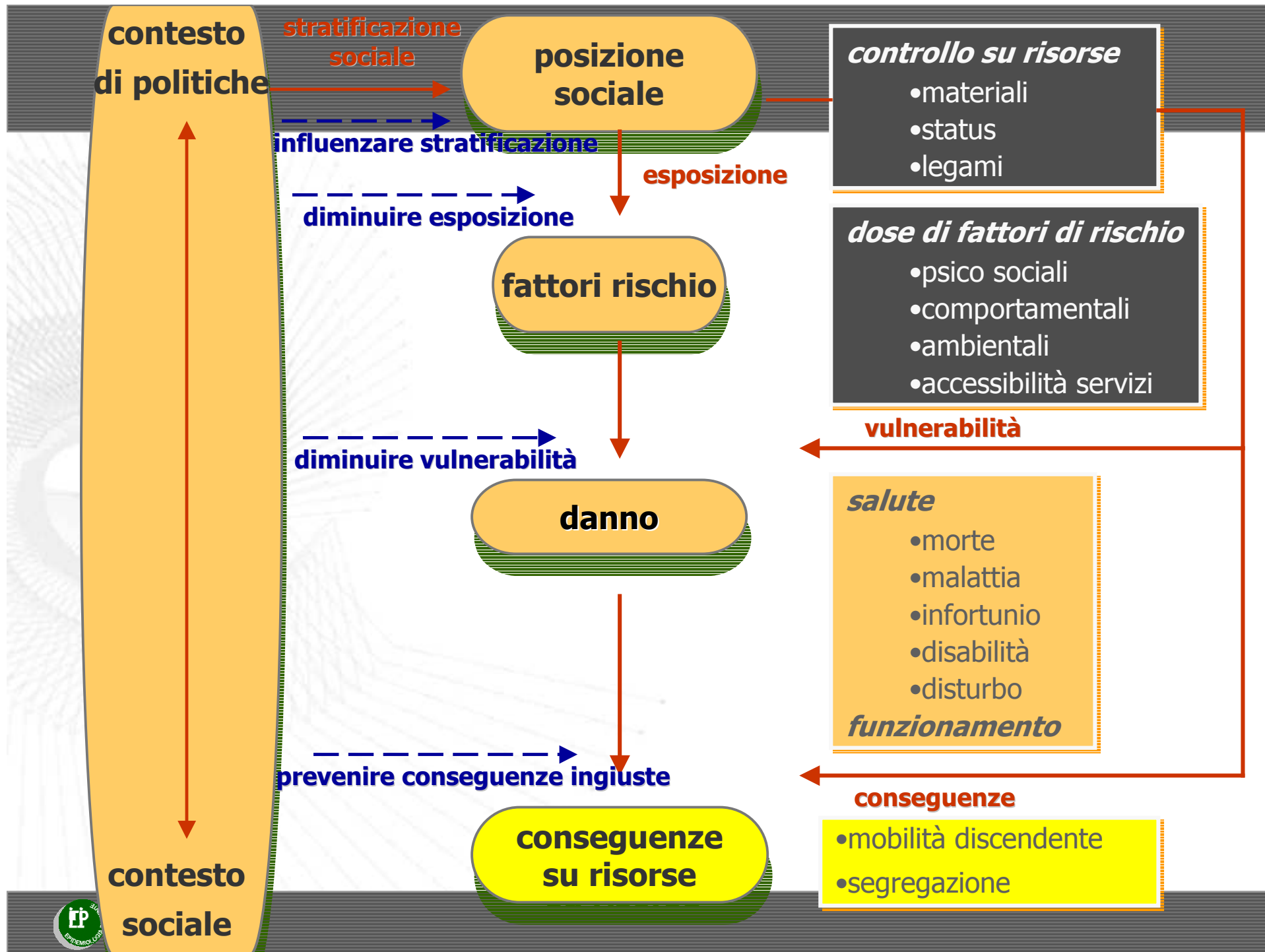




## Differenze sociali<sup>5</sup> nella salute a Torino tra gli uomini negli anni 2000

Titolo di studio	Incidenza infarto <sup>1</sup>	Prevalenza diabete <sup>2</sup>	Letalità in malati di tumore colon <sup>3</sup>	Mortalità <sup>4</sup>
Alto	1	1	1	1
Medio	1.18	1.22	1.21	1.18
Basso	1.24	1.54	1.33	1.34

**Impatto stimato: valore economico  
del numero di DALYs persi  
per le differenze sociali:  
1.4-9.5 %PIL  
(Mackenbach et al, 2007)**



## Fattori di rischio per le limitazioni della spesa familiare per alimentazione a causa dei costi sostenuti per la cura

### Limitazioni alimentari – pazienti fragili

<b>Uomini (n. 246)</b>		
	<b>OR</b>	<b>IC (95%)</b>
<b>Basso reddito</b>	<b>2.5</b>	<b>1.2 – 5.6</b>
<b>Bassa istruzione</b>	<b>2.9</b>	<b>1.2 – 7.2</b>
<b>Scarsa qualità abitazione</b>	<b>2.1</b>	<b>1.0 – 4.6</b>

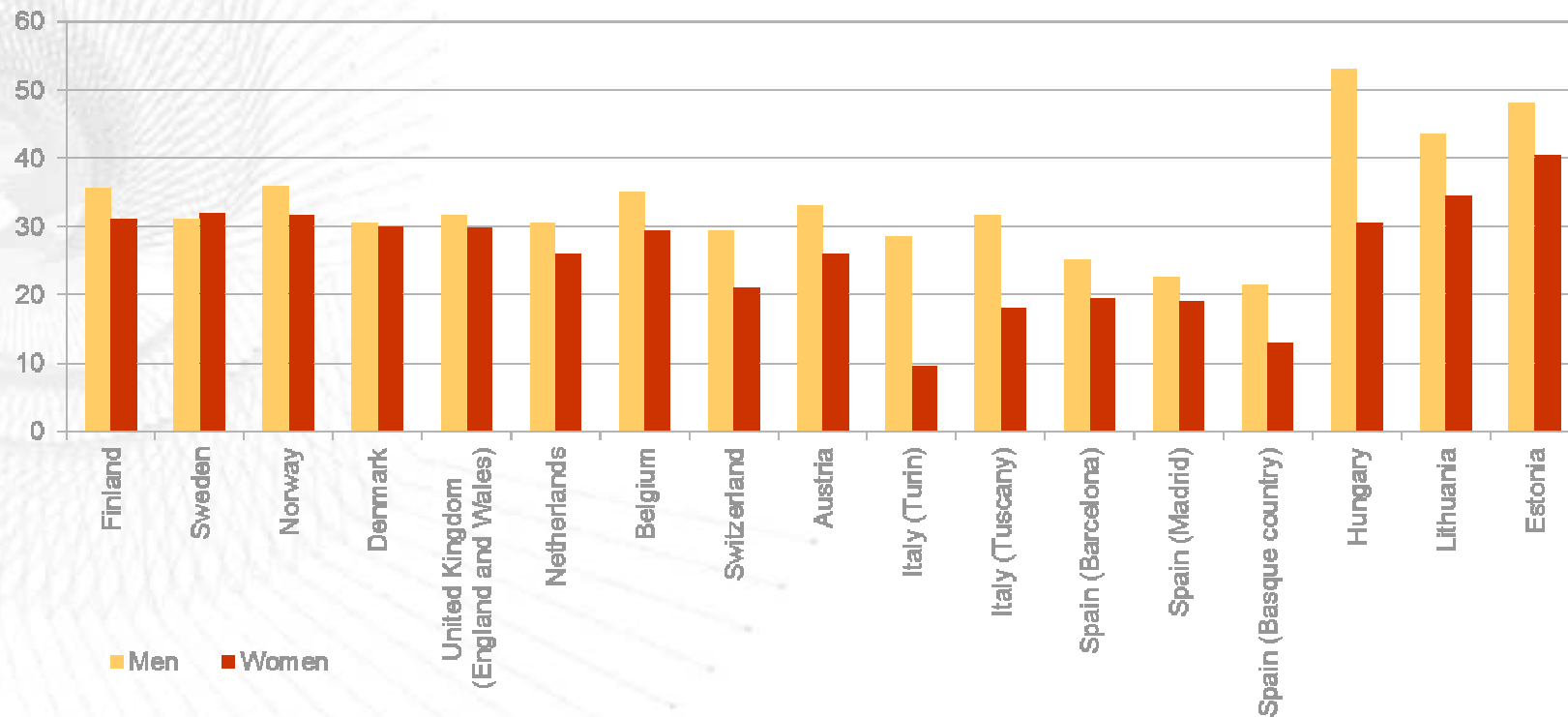
  

<b>Donne (n. 517)</b>		
	<b>OR</b>	<b>IC (95%)</b>
<b>Basso reddito</b>	<b>4.1</b>	<b>2.3 – 7.2</b>
<b>Scarsa qualità abitazione</b>	<b>1.6</b>	<b>0.8 – 3.1</b>
	<b>3.9</b>	<b>2.2 – 7.0</b>
<b>Scarso supporto familiare</b>	<b>1.9</b>	<b>1.1 – 3.3</b>

Aggiustati per età e stato di salute

- La salute è stata capace di unire l'Italia più di ogni altra dimensione del benessere
- È ancora vero ai tempi della crisi?
- Emerge un nuovo divario Nord/Sud
  - Nei fattori di rischio
  - Nella salute
  - Nelle cure
- Un divario di salute che corrisponde al divario sociale
- I cui meccanismi di generazione sono noti e affrontabili con idonee politiche
- **La cui importanza relativa potrebbe permettere di stabilire delle priorità e target?**
- In coerenza con le raccomandazioni WHO-EU sulla solidarietà nella salute e l'iniziativa delle Regioni

## Circa il 30% della mortalità in Europa sarebbe “evitabile” se tutti avessero la stessa mortalità dei più istruiti

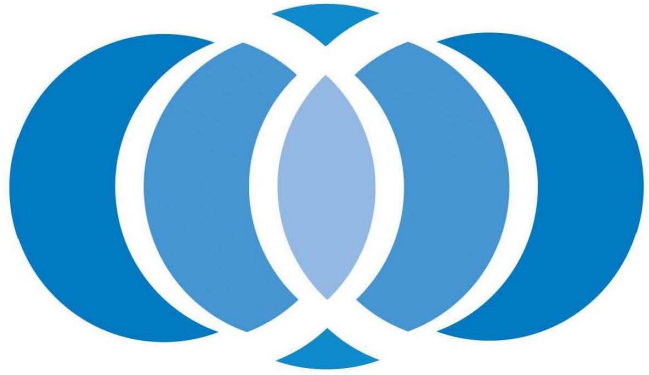


**Quota di mortalità evitabile se tutti avessero la stessa distribuzione per istruzione dei seguenti fattori di rischio**

Meccanismi d'azione	Torino		Firenze	
	M	F	M	F
Fumo	5%	2%	5%	1%
Sovrappeso - BMI	9%	39%	8%	27%
Esercizio Fisico	3%	14%	3%	10%
Diabete	4%	29%	4%	20%
Frutta e Vegetali	2%	8%	2%	4%
Reti Sociali	10%	11%	9%	7%
Reddito	na	na	na	na
Condizione Occupazionale	16%	50%	na	na
Occupazione	11%	na	na	na

- La salute è stata capace di unire l'Italia più di ogni altra dimensione del benessere
- È ancora vero ai tempi della crisi?
- Emerge un nuovo divario Nord/Sud
  - Nei fattori di rischio
  - Nella salute
  - Nelle cure
- Un divario di salute che corrisponde al divario sociale
- I cui meccanismi di generazione sono noti e affrontabili con idonee politiche
- La cui importanza relativa potrebbe permettere di stabilire delle priorità e target?
- **In coerenza con le raccomandazioni WHO-EU sulla solidarietà nella salute e l'iniziativa delle Regioni**





# Closing the gap in a generation

## Comunicazione di Commissione Europea su Solidarietà nella salute (2009)

Justice is  
taken  
seriously



[www.who.int/social\\_determinants/en](http://www.who.int/social_determinants/en)

# Measurement

Recognition

**Austria •  
Czech Republic •  
France • Poland •  
Portugal**

Awareness raising

Denial/Indifference

Concern

**Estonia • Hungary •  
Italy • Latvia •  
Lithuania**

Mental block

Will to take action

Isolated initiatives **Belgium • Denmark**

**Germany • Spain  
Netherlands • Scotland**

More structured developments

Comprehensive program

**England • Finland  
Ireland • Norway  
Sweden • Wales**



# Un *equity audit* dell'impatto di politiche, strategie, programmi, azioni è alla portata



Agenas, Veneto, Piemonte, Emilia Romagna, Toscana,  
Puglia, Sicilia

**Gruppo di lavoro interregionale  
su Equità in Salute e Sanità:  
Iniziativa Ministero? (PSN)**

**Rete i centri di riferimento tecnici  
(nazionali e regionali)  
(CCM)**

## Esperienze di *equity audit*

**Definito e formalizzato per la prima volta nel “NHS Planning and Priorities Framework 2003-2006” per opera dell’Health Development Agency, e applicato in seguito nei piani operativi locali del sistema sanitario britannico:**

*“Health equity audit is a process by which partners systematically review inequities in the causes of ill health, and access to effective services and their outcomes, for a defined population and ensure that further action is agreed and incorporated into policy, plans and practice. Finally, actions taken are reviewed to assess whether inequities have been reduced”*

*(Hamer L, Jacobson B, Flowers J et al. Health Equity audit made simple. Working document. NHS HAD 2003)*

# Equity audit

Indicatore di disparità	frequenza di esposizione al determinante sociale	esposizione a fattore rischio dell'incidenza (%)	esposizione a fattore rischio della prevalenza in	vulnerabilità specifico x livello sociale ai fattori di	esiti di malattia e valore percepito dal gruppo sociale	probabilità di discesa sociale da malattia
Istruzione						e per
Occupazi						
Classe						e per
Reddito/k						
Rete sup						
Deprivazi materiale contesto						
Deprivazi sociale c						
Età						
Migrazion						
		abilità limitate		taking	disabilità	

**montare lenti di equità (EQUITY AUDIT)  
a tutte le montature che utilizziamo  
quotidianamente per governare le azioni:**

**HIA per le politiche  
Analisi fabbisogno  
Monitoraggio LEA  
Valutazione esiti (+/-)  
Governare clinico...**

## Come operationalizzare le *equity lens* con ogni montatura che si sta indossando in un particolare momento?

**questa stessa tabella a doppia entrata andrebbe fatta girare più volte nel processo di *equity audit* per compilare le relative celle rispondendo alle cinque seguenti domande:**

una **prima volta** per identificare ex ante i meccanismi di generazione delle disuguaglianze che hanno un impatto potenziale sulle disuguaglianze di salute

una **seconda volta** per provare a raccogliere le informazioni epidemiologiche (fattuali, di letteratura, e degli esperti tecnici e “grezzi”) per dare un’evidenza ai nessi causali; e, se non ci sono informazioni disponibili, per costruire una agenda di lavoro sulle lacune conoscitive

una **terza volta** per interrogarsi  
se ci siano delle soluzioni efficaci  
per contrastare i meccanismi di maggiore impatto

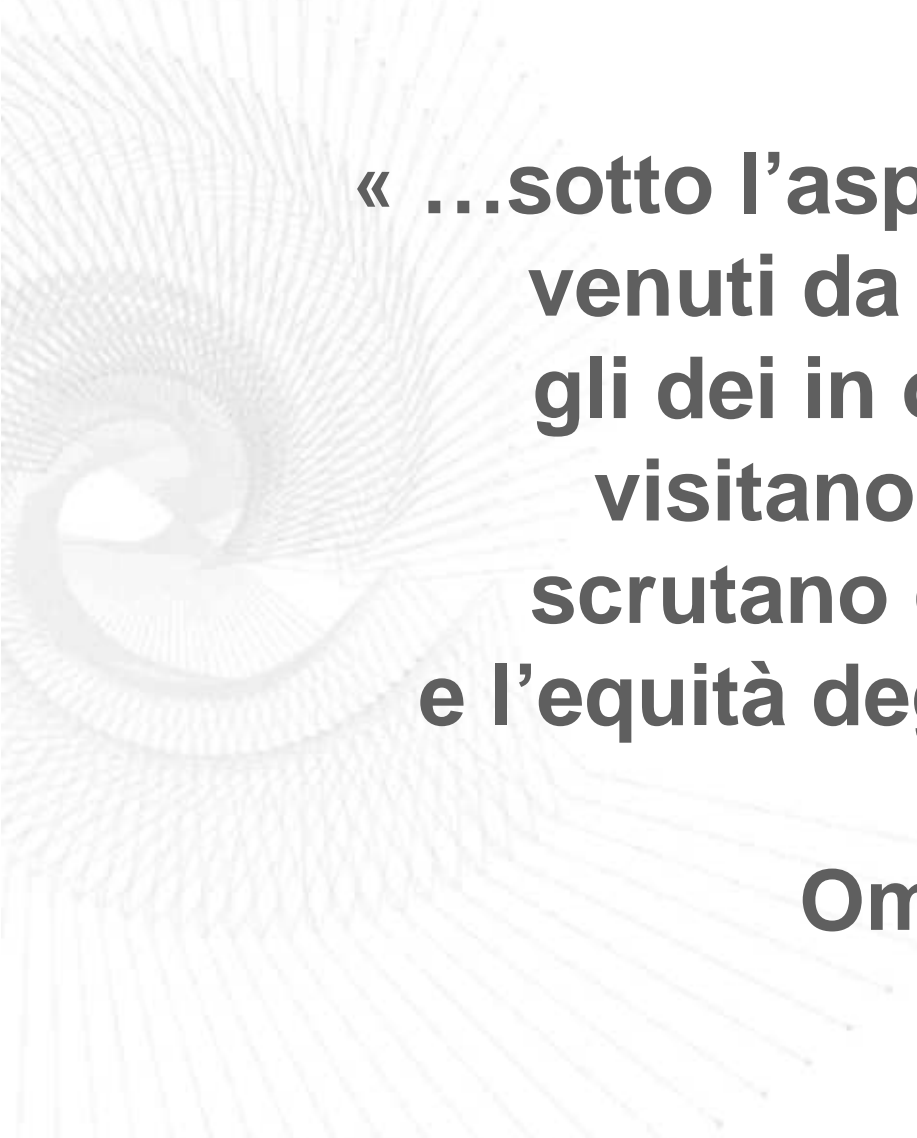
una **quarta volta** per una analisi  
del livello di condivisione delle conoscenze,  
atteggiamenti, comportamenti dei portatori di interesse  
sui diversi snodi della griglia  
ai fini del governo del processo di *equity audit*

una **quinta volta** per riflettere sulle celle vuote:  
esse riflettono riguarda una categoria  
di azione differente da quella esaminata  
ma con cui l'*audit* dovrebbe coordinarsi

## E' tempo di agire in questo senso...

- mandato? (Comunicazione EU 2009, **PSN 2012?**)
- un metodo nuovo o integrazione con altri metodi strutturati (***Equity lens* su diverse montature**)?
- disponibilità di dati? (**PSN 2012**)
- disponibilità di competenze? (**CCM 2012**)
- disponibilità di partner? (**HPHs nuovo partner?...**)
- povertà di conoscenze su efficacia e costo-efficacia interventi? (**nuova ricerca finalizzata?**)





**« ...sotto l'aspetto di stranieri  
venuti da altri paesi,  
gli dei in ogni forma  
visitano le città e  
scrutano gli eccessi  
e l'equità degli uomini... »**

**Omero**