

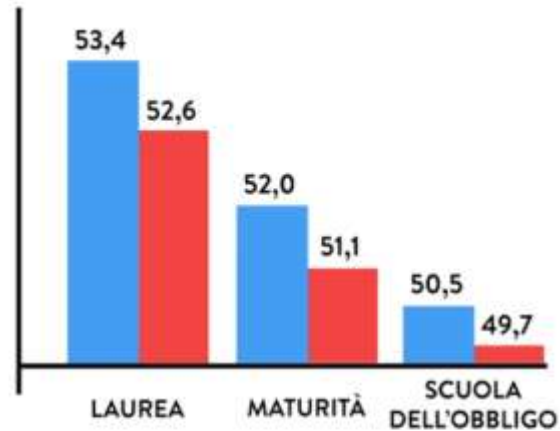
Perché valutare il programma Microaree di Trieste nel quadro dell'equità per la salute?

Giuseppe Costa,

Osservatorio epidemiologico Regione Piemonte

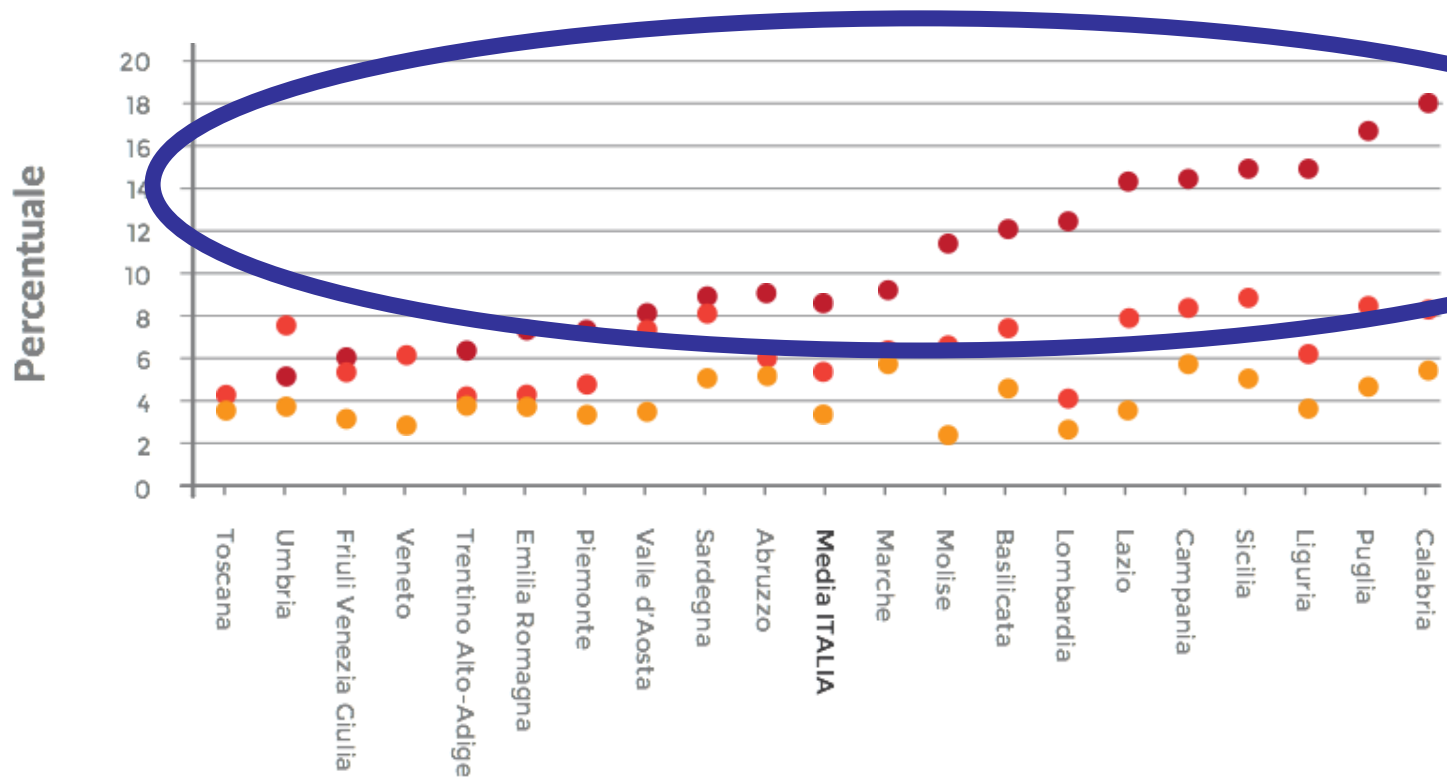
Università di Torino

Disuguaglianze per livello istruzione inspettativa di vita in Italia



Speranza di vita a 30 anni per livello di istruzione, uomini, per ripartizione geografica. ISTAT, 2012-2014

Salute percepita (male/molto male) UOMINI 25-84 ANNI



Bassa Istruzione

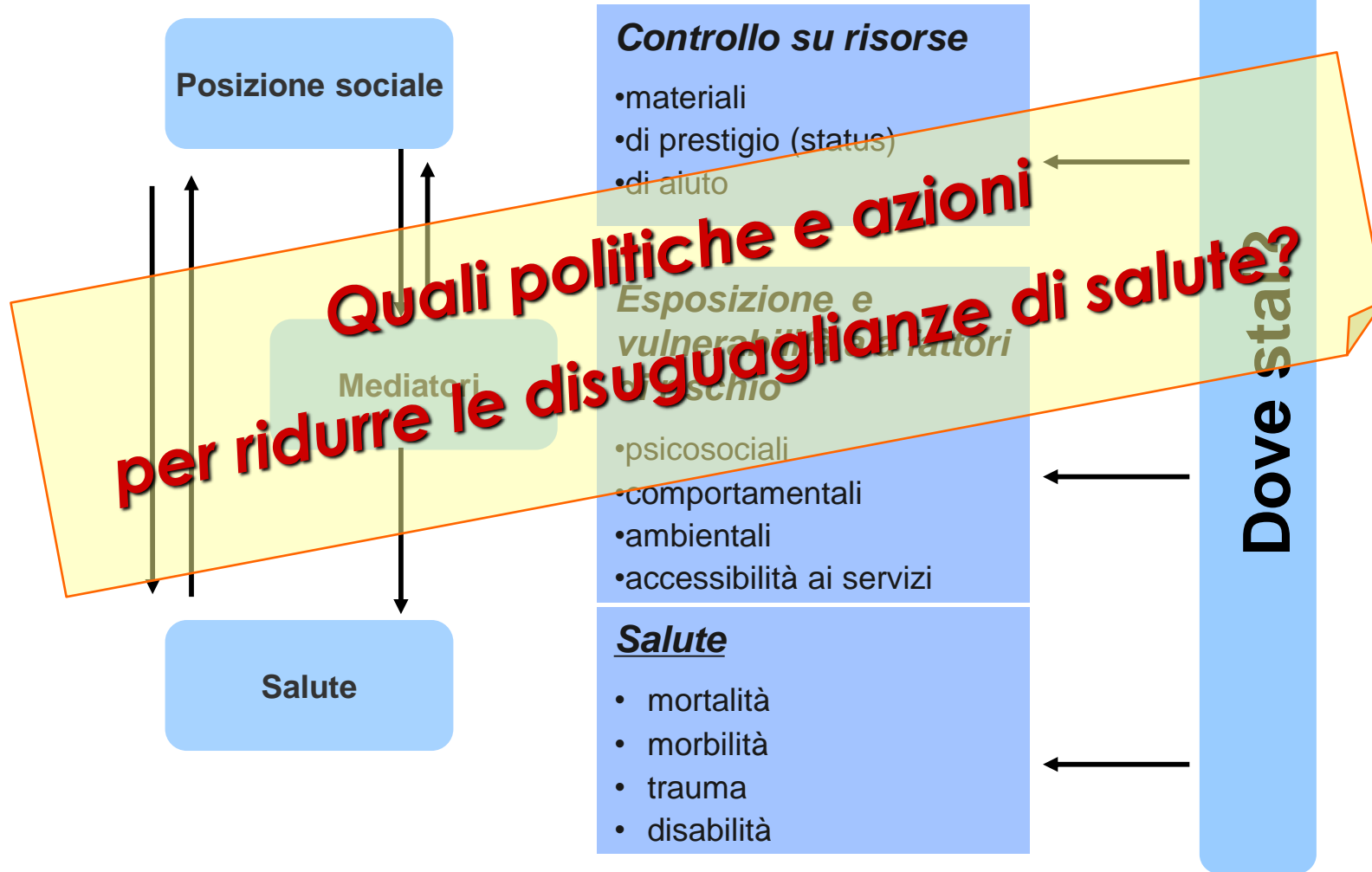


Media Istruzione



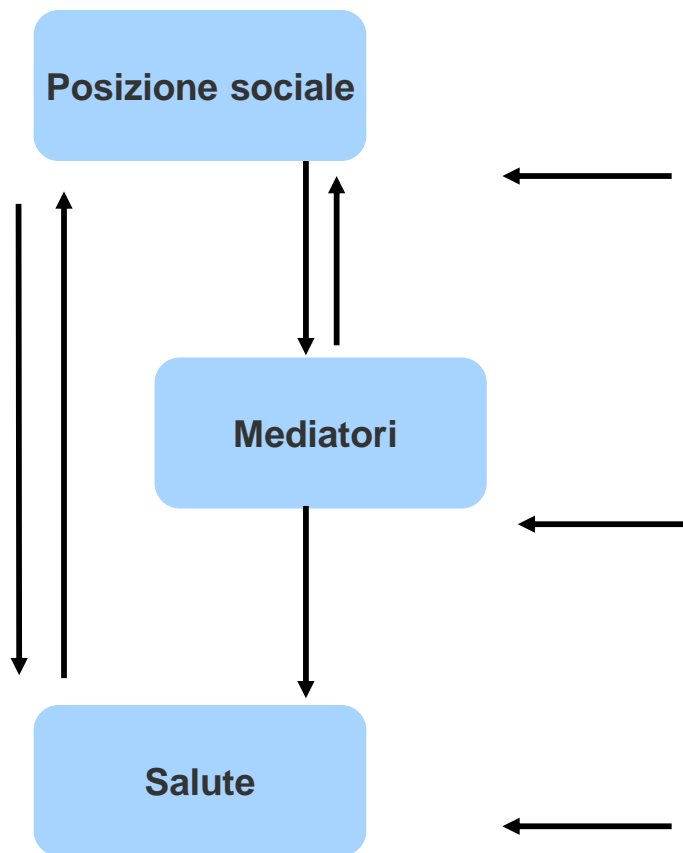
Alta Istruzione

Chi sei?



Chi sei?

**Pre/Redistribuzione
di risorse**

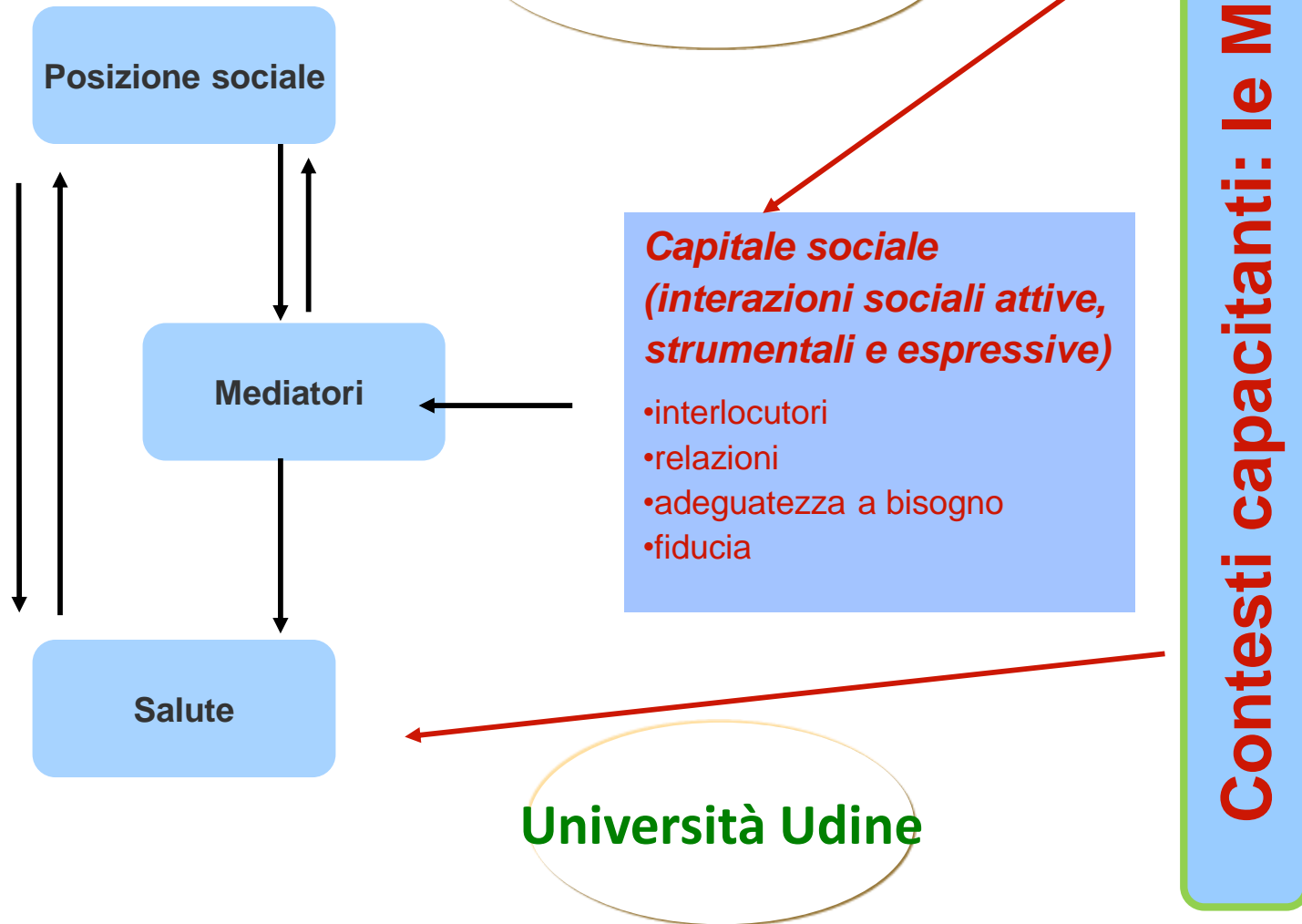


Dove stai?

Contesti capacitanti

**Su abilità individuali
e su possibilità di scelta**

Funzionano le MA?



Cosa si impara dalla valutazione del programma Microaree di Trieste?

Giuseppe Costa,

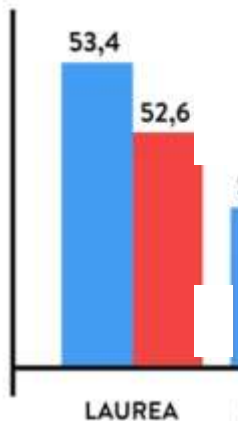
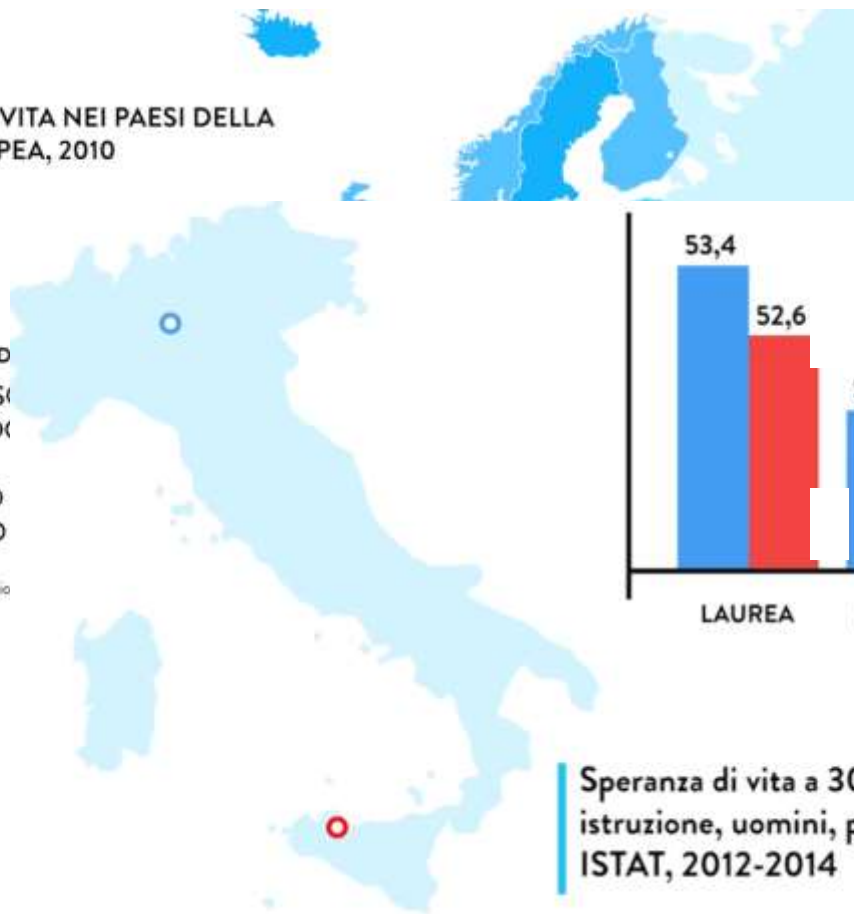
Osservatorio epidemiologico Regione Piemonte

Università di Torino

ASPETTATIVA DI VITA NEI PAESI DELLA REGIONE EUROPEA, 2010

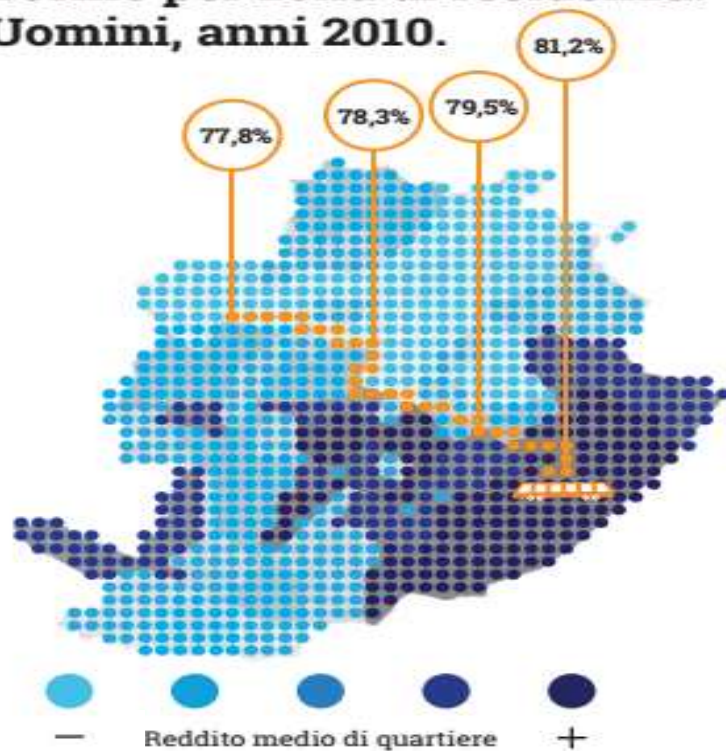
- ASPETTATIVA DI VITA
- PIÙ BASSI
 - SECONDI
 - TERZO
 - QUARTO
 - PIÙ ALTO

Dati: Who Report

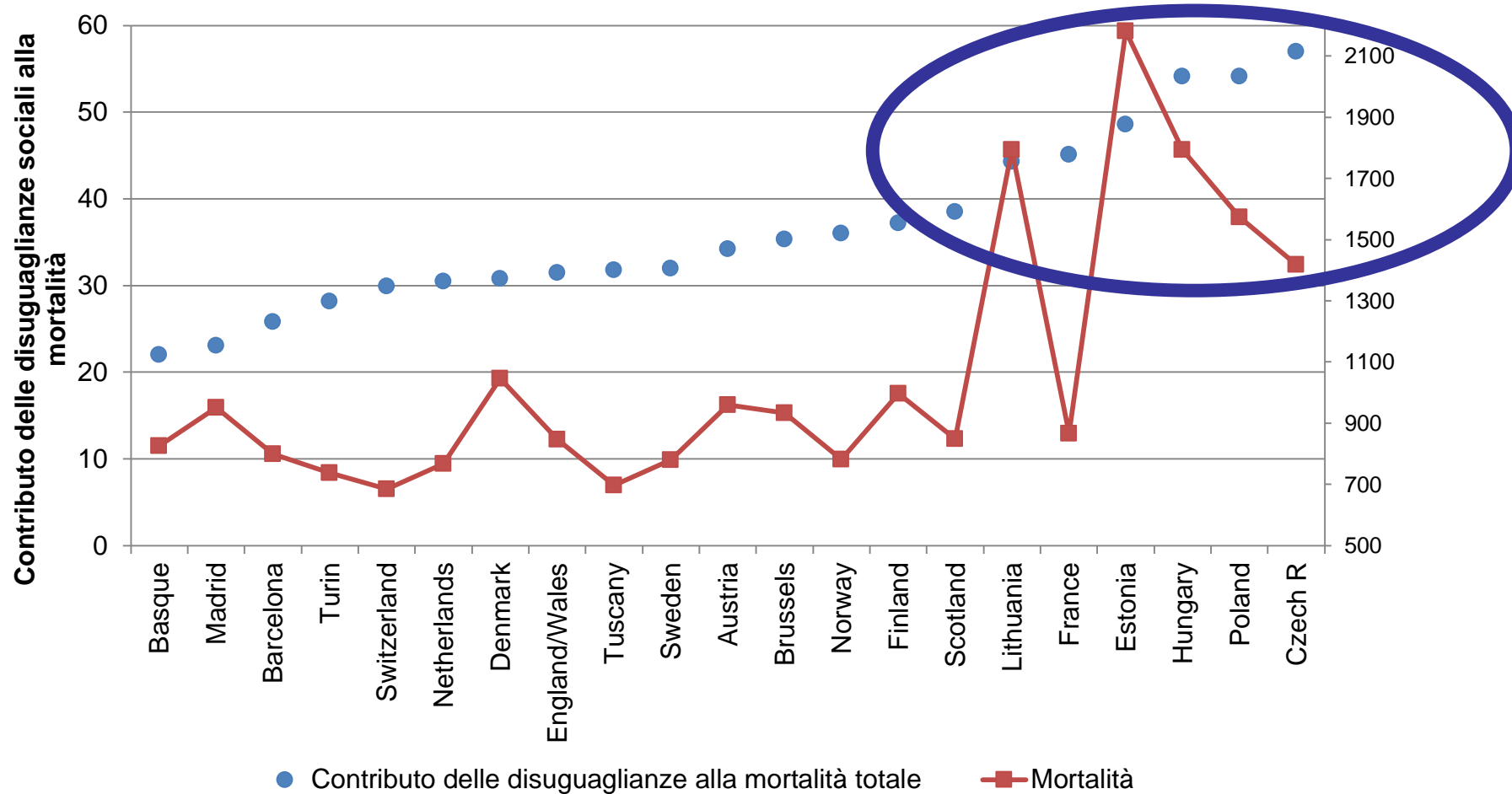


Speranza di vita a 30 anni per uomini con laurea e senza laurea, per zona di residenza, ISTAT, 2012-2014

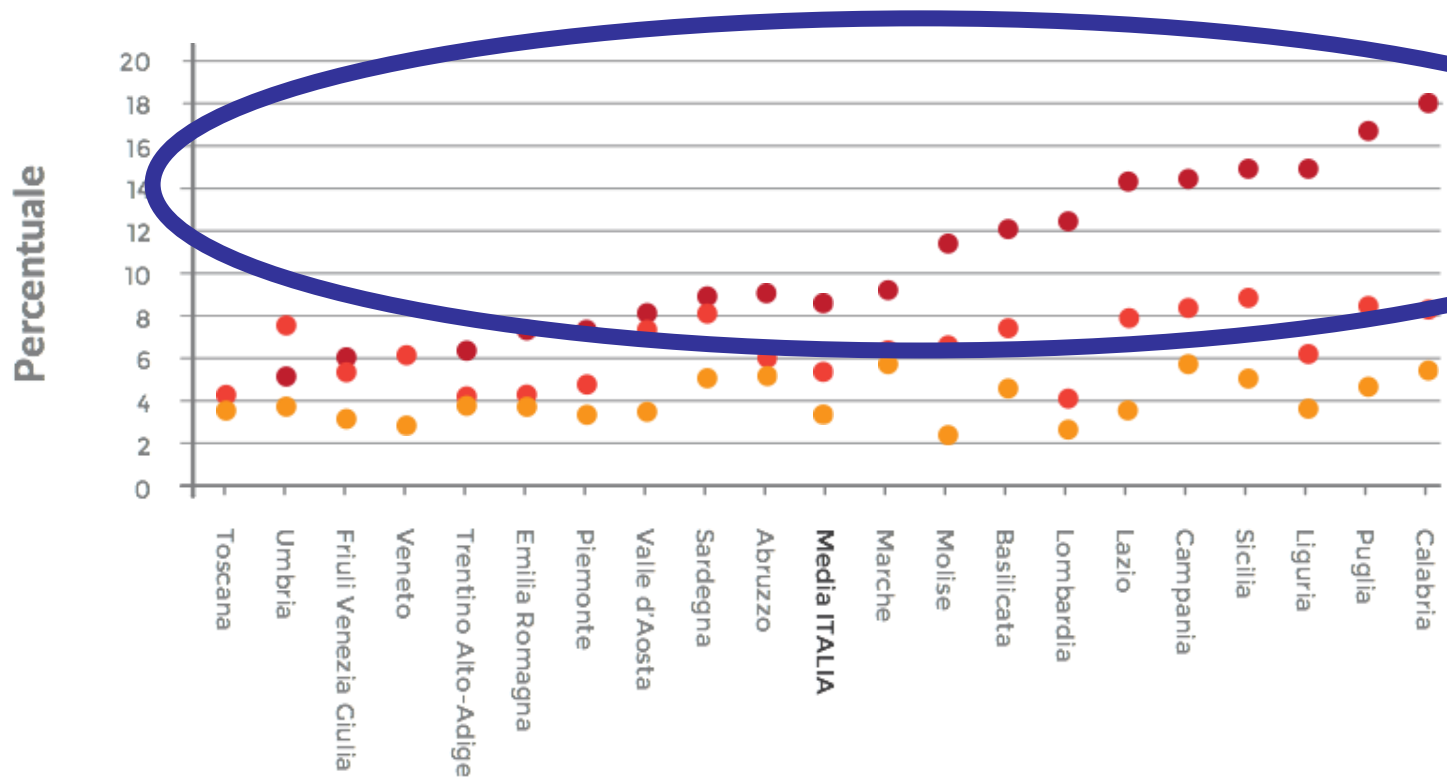
Figura 1. Speranza di vita alla nascita a Torino per zona di residenza. Uomini, anni 2010.



Mortalità dovuta alle disuguaglianze per livello di istruzione (blue) a confronto con la mortalità totale (rosso) in 21 popolazioni europee negli anni 2000



Salute percepita (male/molto male) UOMINI 25-84 ANNI



Bassa Istruzione



Media Istruzione



Alta Istruzione

Comunità che fanno salute

- OMS Salute 2020
- ONU 2015 SDG
- Piano Nazionale Prevenzione 2014-2018
- Piano Nazionale Cronicità

- Linee Guida NICE 2016
- <http://www.disuguaglianzedisalute.it/3054/>

Tre casi di studio sulle politiche per conciliare equità e sostenibilità: gli attori coinvolti e I risultati attesi

100 attori nazionali coinvolti per un horizon scanning



Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region: final report

40

anni di salute a Torino

Spunti per leggere i bisogni e i risultati delle politiche

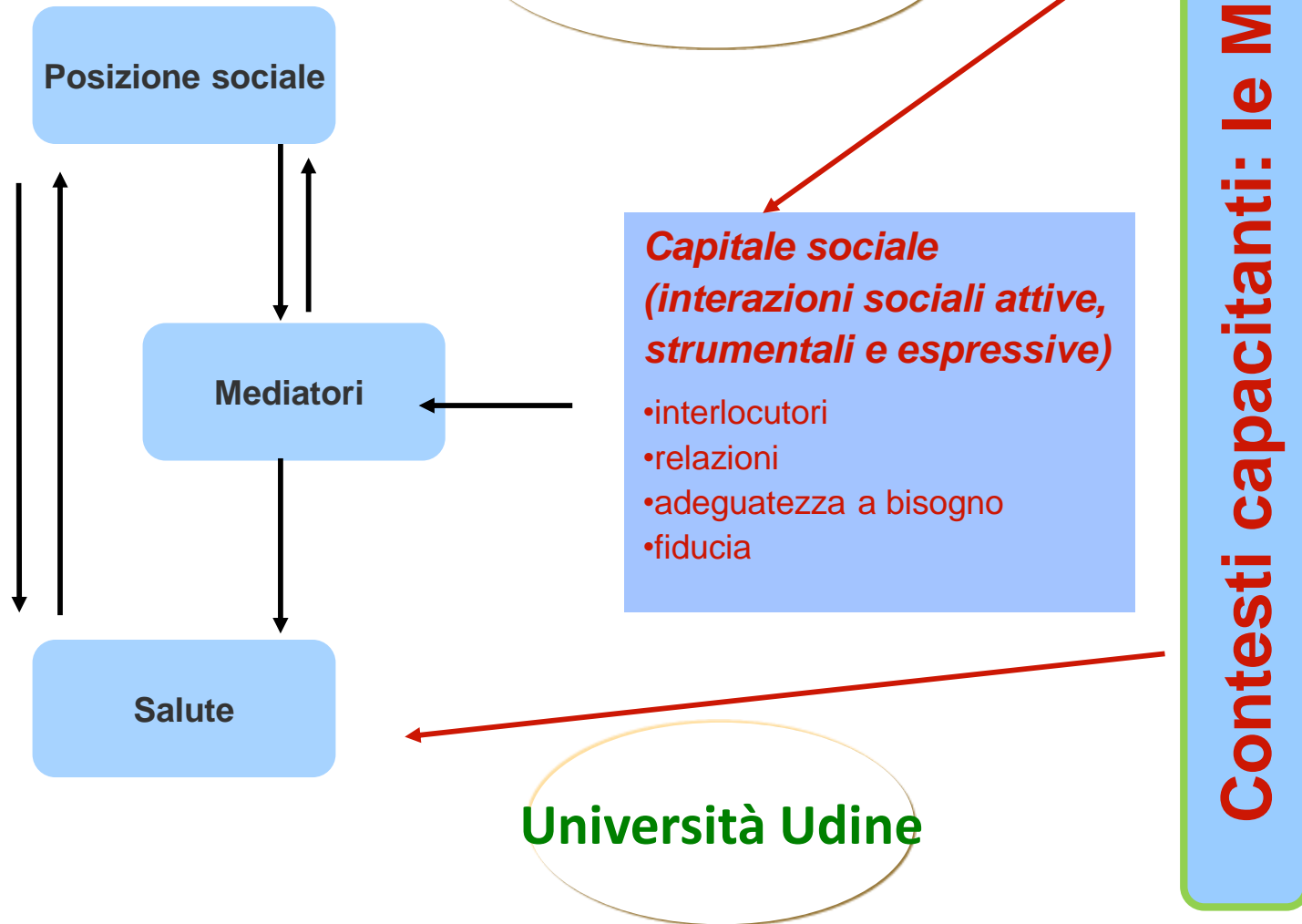
50 attori locali coinvolti nella scelta delle priorità



Rappresentanti di MdS di 25 paesi membri Partecipanti a Joint Action europea su disuguaglianze di salute



Funzionano le MA?



Risultati attesi e implicazioni

	Trattamento: Microaree	Controllo: Non Microaree	Implicazioni per politiche
Esiti indesiderati 2008-2017	Meno ricoveri inappropriati	Più ricoveri inappropriati	EFFICACIA SU ESITO SALUTE
Capitale sociale 2017	Più	Meno	EFFICACIA SU ESITO INTERMEDIO
Problemi 2017	Più	Meno	ALLOCAZIONE

Risultati osservati su salute (Uni. Udine)

- Migliore capacità di prendere in carico malati cronici e di evitare eventi indesiderati (ricoveri inappropriati)
- Su anziani:
 - + controllo salute genitourinaria
 - + controllo scompensi?
 - traumatologia
- Su salute mentale
 - ricoveri urgenti

Risultati osservati su capitale sociale (Uni. Torino)

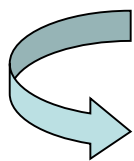
- Disuguaglianze sociali in salute
- Disuguaglianze sociali in (27) problemi (salute, vita quotidiana, casa, relazioni)
- Allocazione trattamento in proporzione a problemi
- Migliore controllo problemi grazie a capitale sociale
- Più capitale sociale utile per la salute
- Beneficio atteso in salute mentale stimabile

Implicazioni per politiche

- Un nuovo modo di articolare un Livello Essenziale di Assistenza? Un contributo sostanziale all'Italia per l'equità nella salute
- Iniziale stima di ritorno sociale dall'investimento: formule alternative di finanziamento esterne alla spesa pubblica? Social impact bond...
- Nuove conoscenze scientifiche sui meccanismi di azione e sull'efficacia degli interventi sui contesti capacitanti

.....i livelli di tutela: i nuovi LEA

- Diritti dei pazienti e nuove prestazioni per tutti
 - ❑ Estensione **Salute orale per i vulnerabili?**
 - ❑ Allineamento tra le Regioni (superamento erogazione extra-LEA)
 - ❑ Chiarezza descrittiva delle prestazioni
- Meccanismi di aggiornamento periodico e continuo
 - ❑ Commissione permanente LEA



Incorporare i principi di equità e di giustizia sociale come criterio fondamentale sia nella scelta e definizione di nuovi LEA su cui investire o di LEA su cui disinvestire

Choosing Wisely[®]

An initiative of the ABIM Foundation



**Creare capitale sociale fa bene
alla (equità nella) salute**

TOO MUCH
MEDICINE

LESS
IS MORE
- = +

MEDICINE

 The **JAMA** Network



Tre casi di studio sulle politiche per conciliare equità e sostenibilità: gli attori coinvolti e I risultati attesi

100 attori nazionali coinvolti per un horizon scanning



Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region: final report

40

anni di salute a Torino

Spunti per leggere i bisogni e i risultati delle politiche

50 attori locali coinvolti nella scelta delle priorità



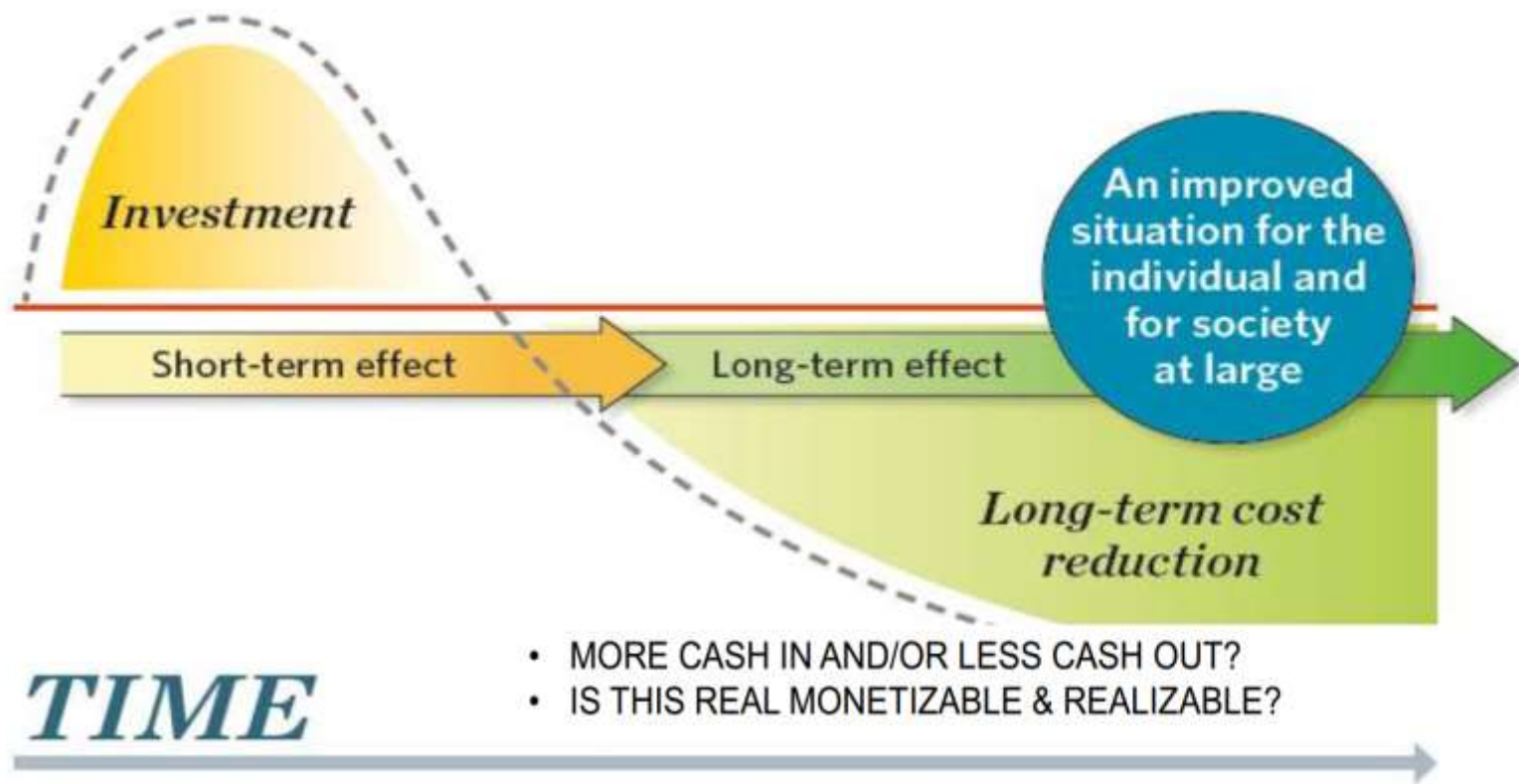
Rappresentanti di MdS di 25 paesi membri Partecipanti a Joint Action europea su disuguaglianze di salute



Implicazioni per politiche

- Un nuovo modo di articolare un Livello Essenziale di Assistenza? Un contributo sostanziale all'Italia per l'equità nella salute
- **Iniziale stima di ritorno sociale dall'investimento: formule alternative di finanziamento esterne alla spesa pubblica? Social impact bond...**
- Nuove conoscenze scientifiche sui meccanismi di azione e sull'efficacia degli interventi sui contesti capacitanti

The invest to save principle



Functions in a social investment system

Challenge

Clearly defined with measurable social and economic outcomes

Service that improves outcomes

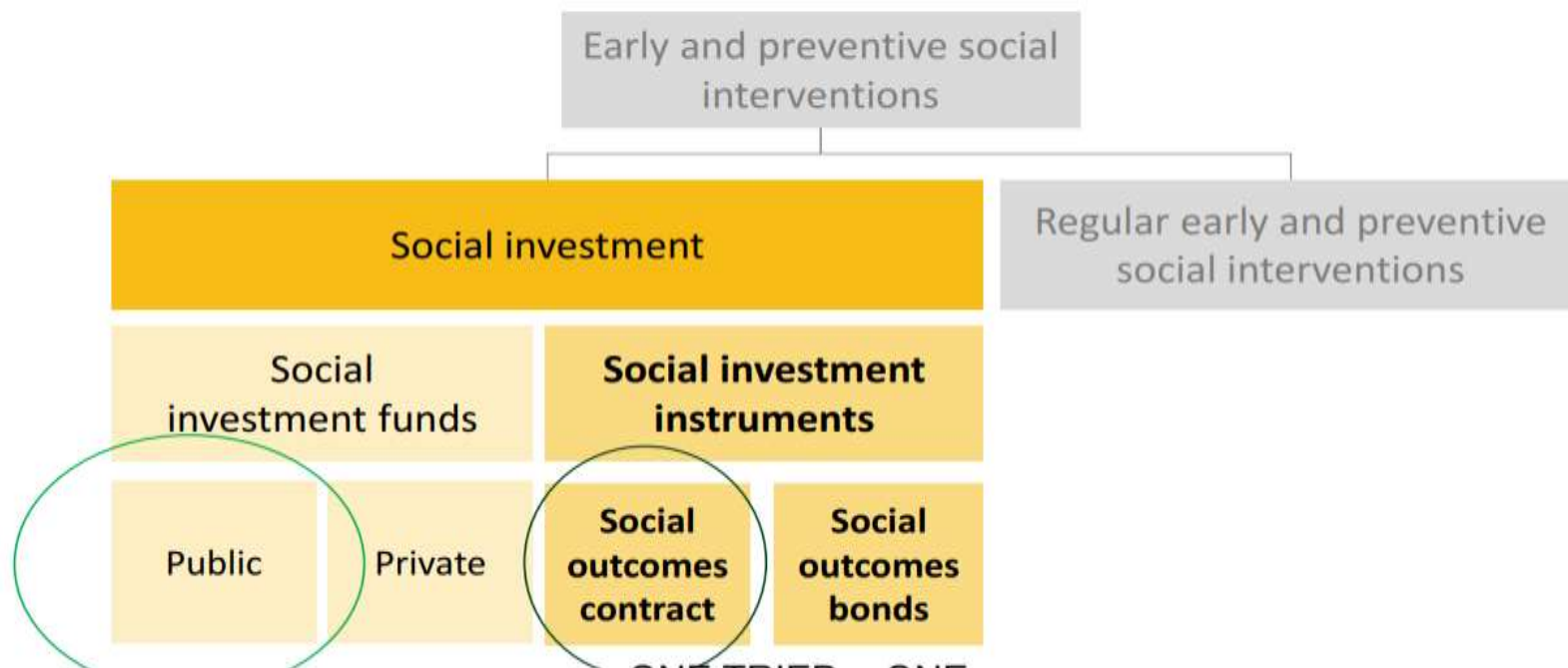
Clearly defined set of services that can improve outcomes

Funding the extended service

How can the 3 strategic challenges be overcome?

- Invest to save
- Manage interdependence
- Monetizing effects

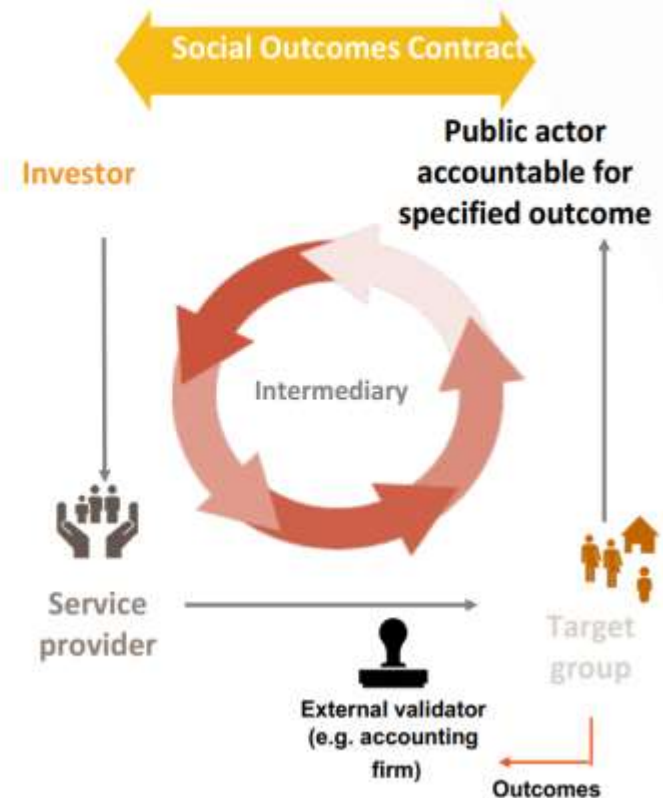
*A social investment is **an early or preventive intervention** that is expected to result **in better outcomes and lower costs** for the public sector (and society)*



Roles in a social investment system

ROLES:

- **Target group** – gets better outcomes, through the improved service
- **Investor** – provides the funds and takes most of the risk
- **Accountable for outcomes** – public actor accountable for the outcome – reimburses based on outcomes
- **Service provider** – provides the services to get the outcomes
- **Intermediary** – coordinates the investment system around the outcomes
- **Validator** – provides independent assessment of outcomes



Implicazioni per politiche

- Un nuovo modo di articolare un Livello Essenziale di Assistenza? Un contributo sostanziale all'Italia per l'equità nella salute
- Iniziale stima di ritorno sociale dall'investimento: formule alternative di finanziamento esterne alla spesa pubblica? Social impact bond...
- **Nuove conoscenze scientifiche sui meccanismi di azione e sull'efficacia degli interventi sui contesti capacitanti**

Chi sei?

Quali nessi di causalità sono dimostrati per spiegare le disuguaglianze di salute?

Prove sufficienti Prove insufficienti o controverse

Le Microaree possono far fare un passo avanti significativo alla ricerca:

- un esperimento naturale di politiche perfezionabile nel disegno
- meritevole di approfondimenti: ruolo del tempo come proxy di dose cumulativa...

Posizione sociale

Mediatori

Salute

Dove sai?



Disuguaglianze di salute

Ridurre le disuguaglianze con azioni
di contrasto sui determinanti sociali

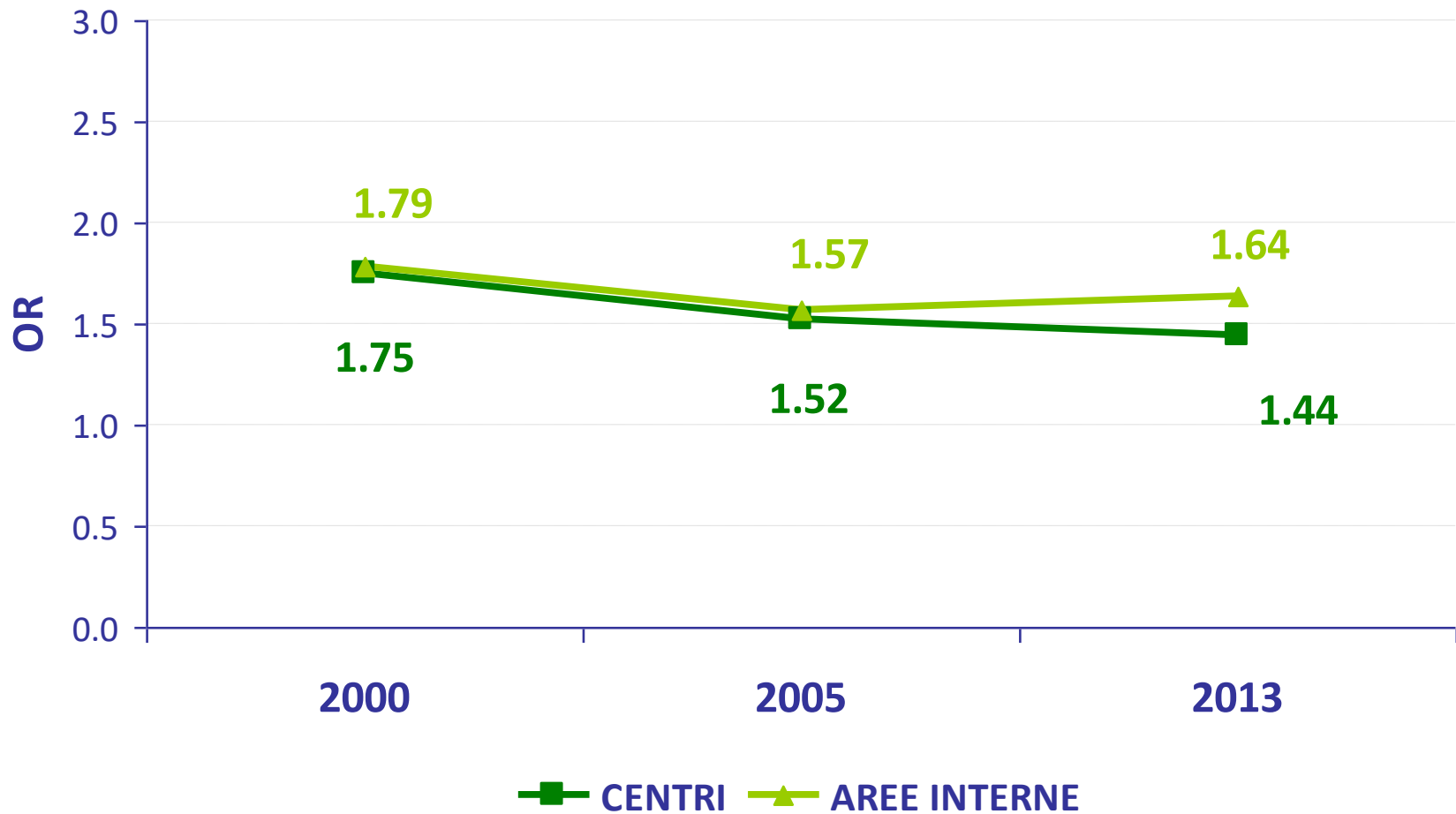
<http://www.disuguaglianzedisalute.it/>

giuseppe.costa@unito.it

Diapositive di riserva

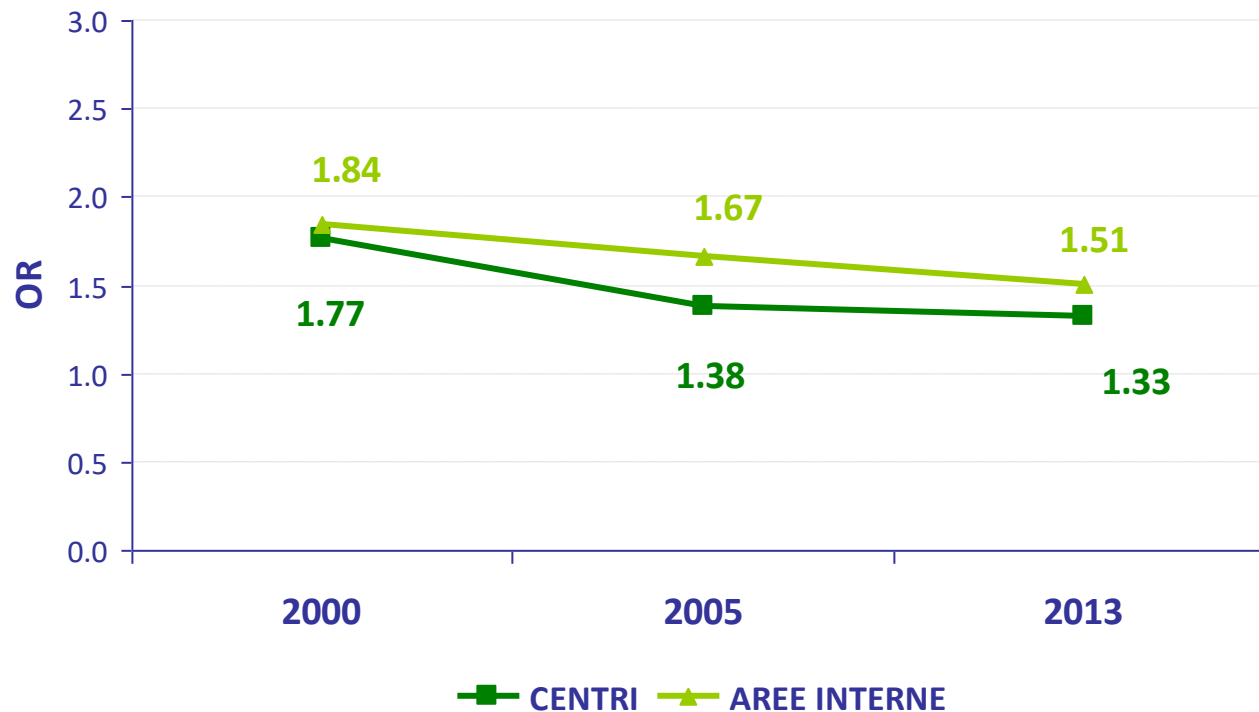
Indice di stato fisico: sotto il decimo percentile

Uomini, bassa istruzione

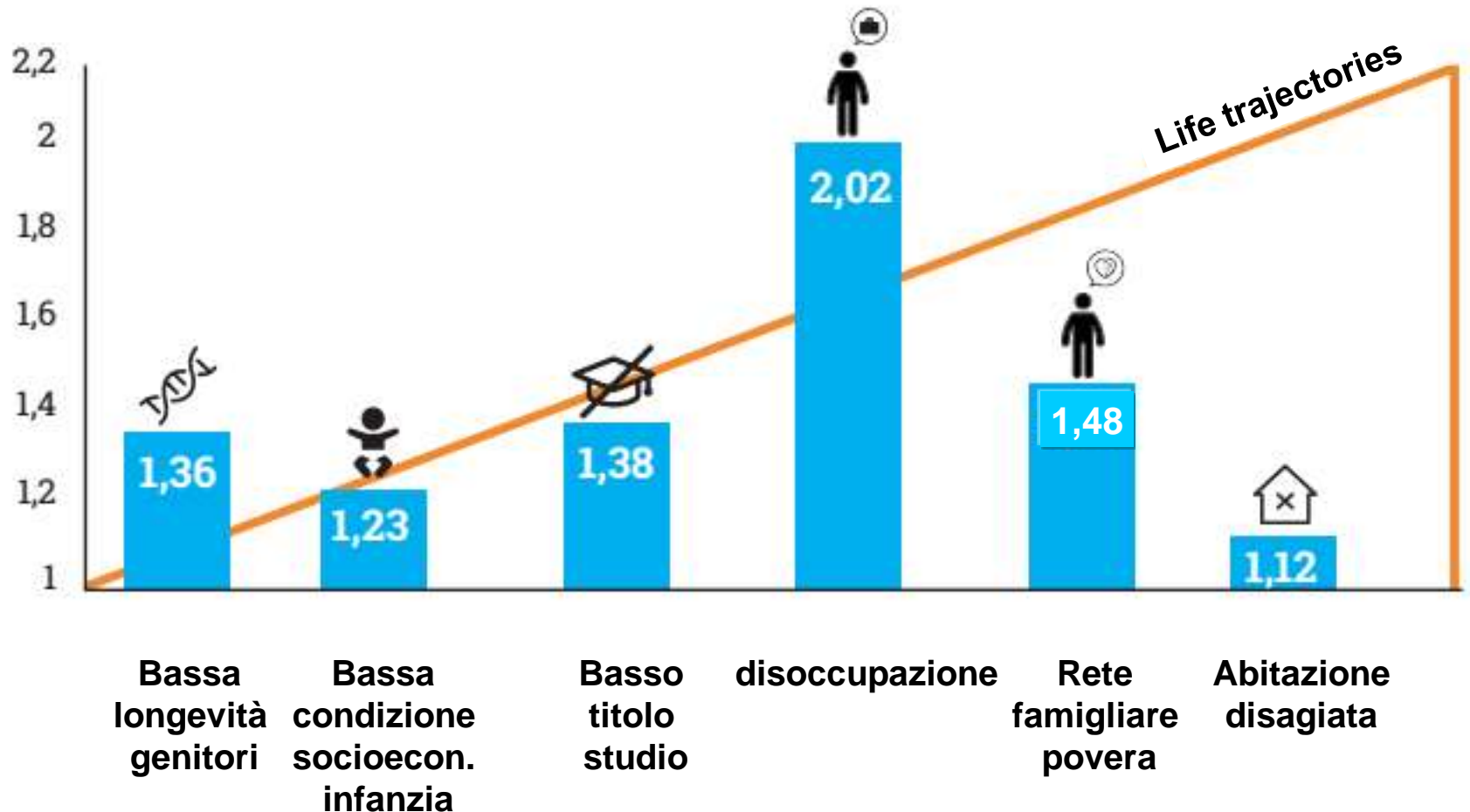


Indice di stato fisico: sotto il decimo percentile

Donne, bassa istruzione



**Traiettorie di salute nel corso della vita:
Indicatori di svantaggio socioeconomico in infanzia e in età
adulta e loro impatto (RR, mutuamente standardizzati) sulla
mortalità prematura prima dei 70 anni.
Torino, 1971-2007.**



Aderenza a linee guida e modelli integrati di assistenza nel caso DIABETE (a Torino)

minore
mortalità

< disuog
di mortalità

con costi
paragonabili

con margini di
applicabilità

Mortalità

Equità

Spesa

Copertura

Mortalità
(istr bassa vs alta)

RR

RR

RR

%

MMG + Diab + LG

1

1.11

1

40%

MMG + Diab

1.29

1.15

1.14

60%

MMG

1.72

1.30

1.03

Lo strumento dell'Health Equity



Audit

È un processo finalizzato a verificare sistematicamente la presenza di iniquità nell'accesso e negli esiti di prestazioni sanitarie, ad individuare le conseguenti azioni di contrasto e a verificarne il loro impatto

→ strumento di programmazione sanitaria

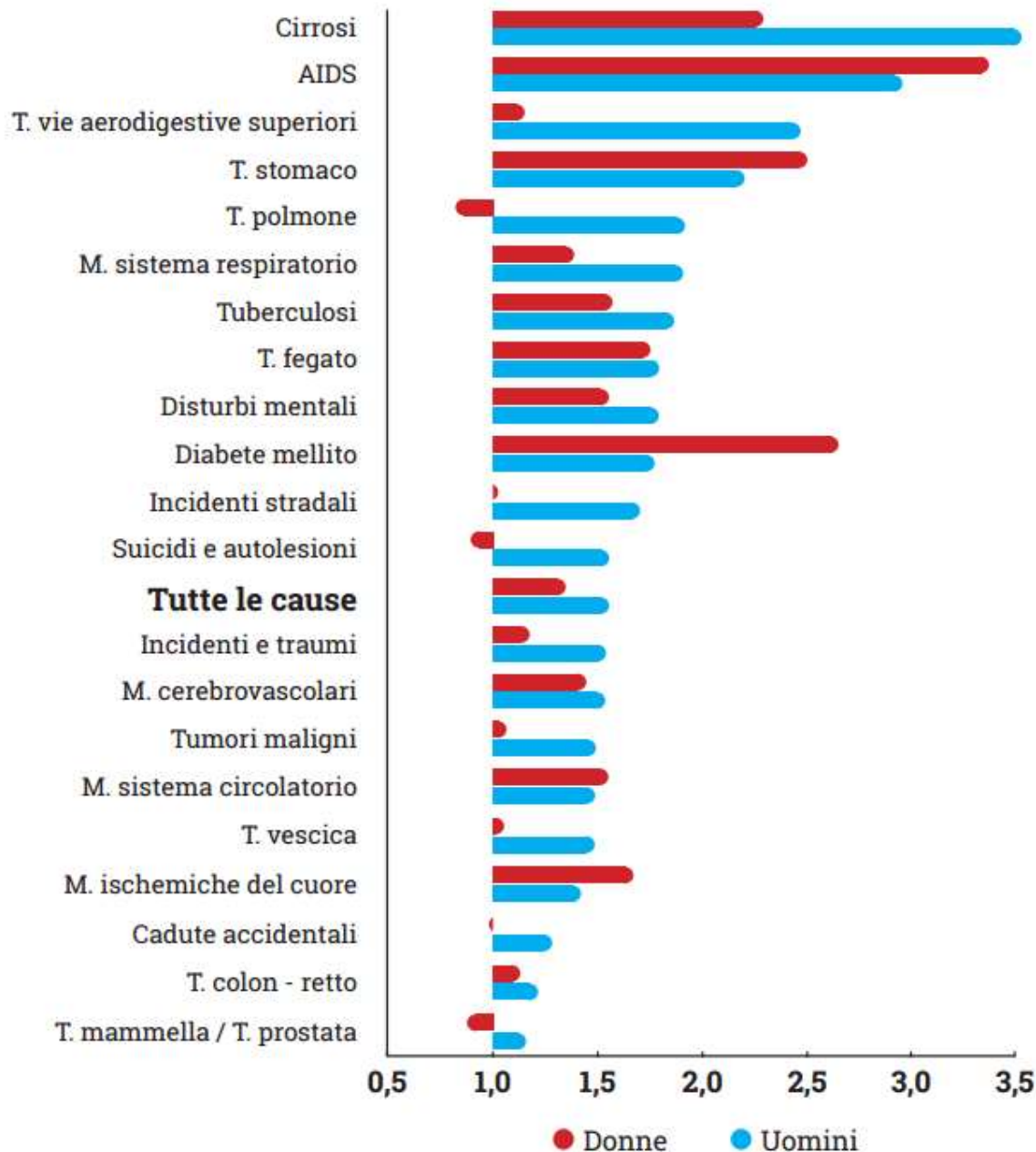
Le sei fasi dell'HEA



Le lenti dell'equità

Rischi di morte delle persone meno istruite rispetto ai laureati (rischio uguale a 1), per cause specifiche.

Uomini e donne, 25-89 anni. Italia, 2012-2014.



Tutte le malattie sono influenzate da queste differenze sociali (Italia 2012-2014), ma qualcuna di più... meccanismi differenti?

Rischio di ricoveri evitabili per i meno istruiti rispetto ai più istruiti

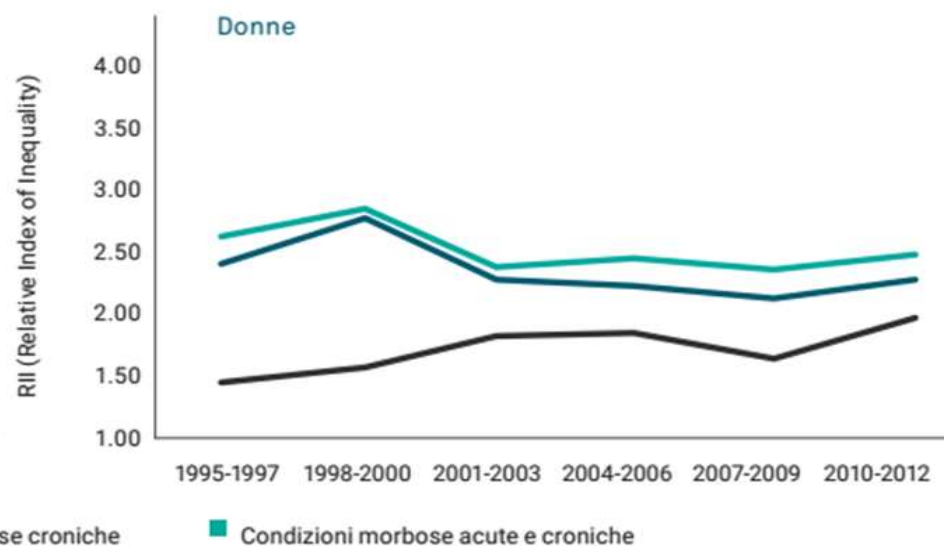
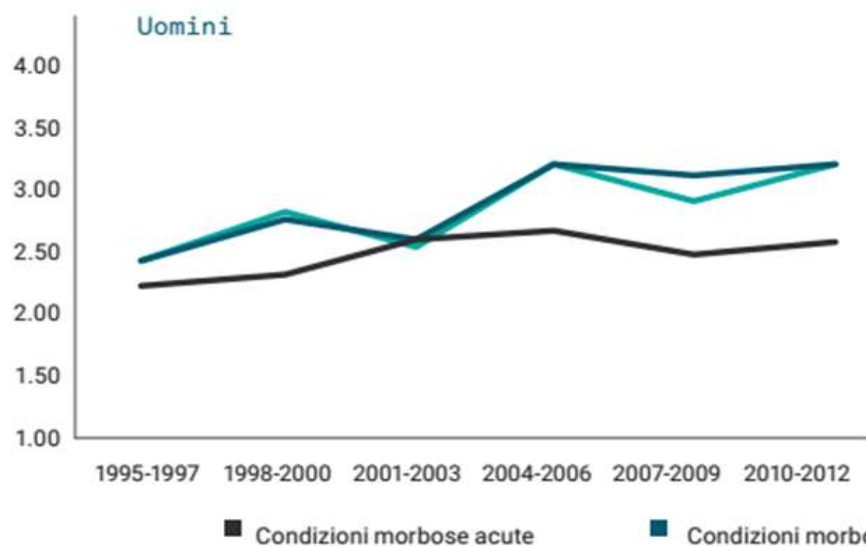
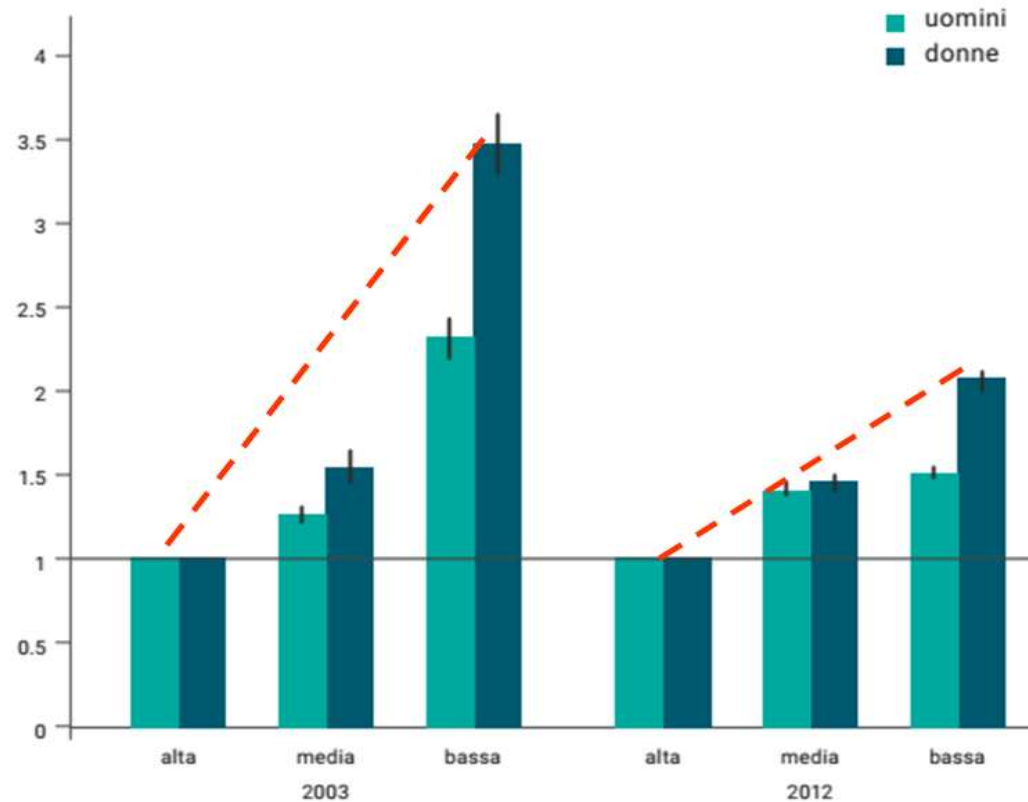


Figura 2. *Relative Index of Inequality* (RII) per titolo di studio nella ospedalizzazione per *Ambulatory Care Sensitive Conditions* (ACSC) secondo il sesso e il periodo di calendario. Torino, 1995-2012.

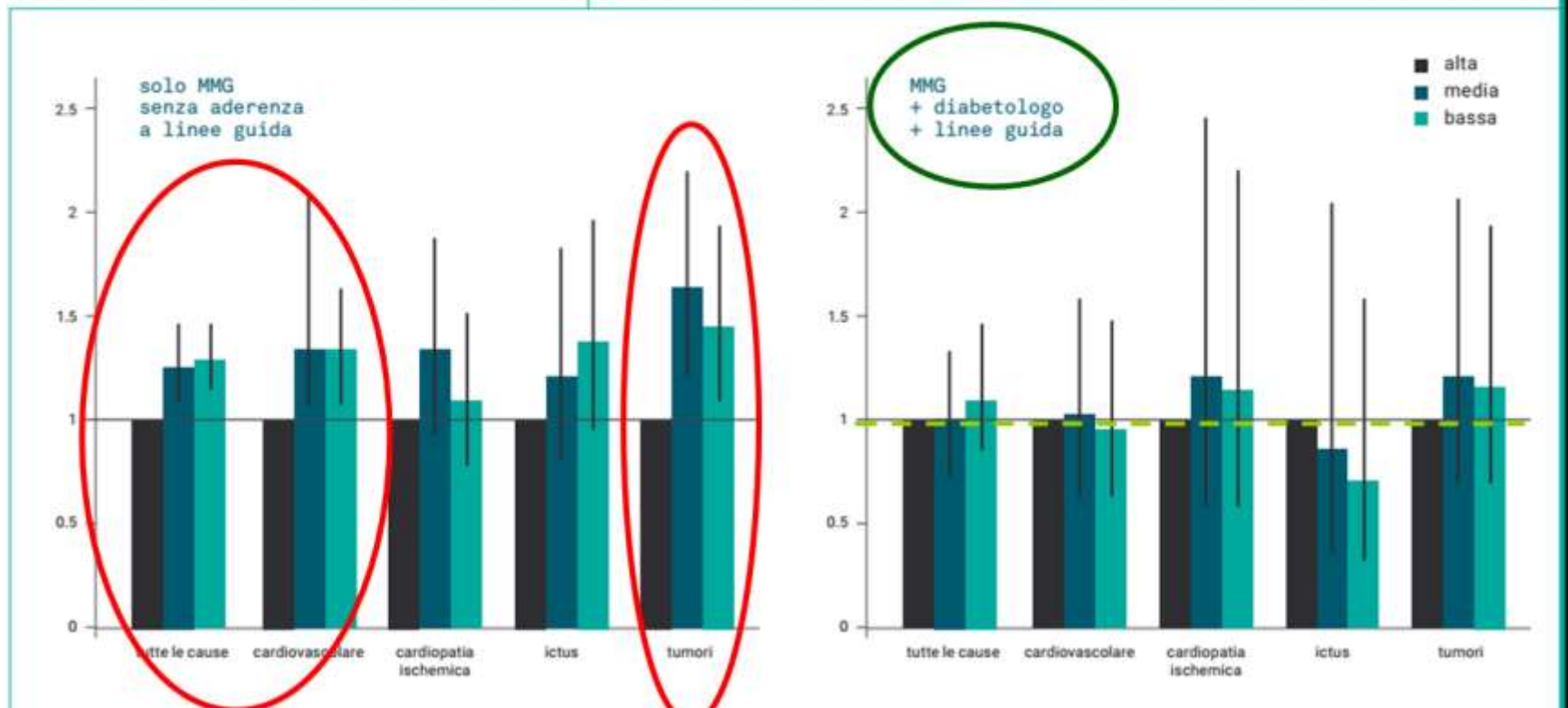
esiti dell'assistenza territoriale diabete

Figura 1. Rapporti di Prevalenza (PRR) e intervalli di confidenza al 95% di diabete per genere e livello di istruzione. Torino, 2003 e 2012. Uomini e donne, età > 20 anni.



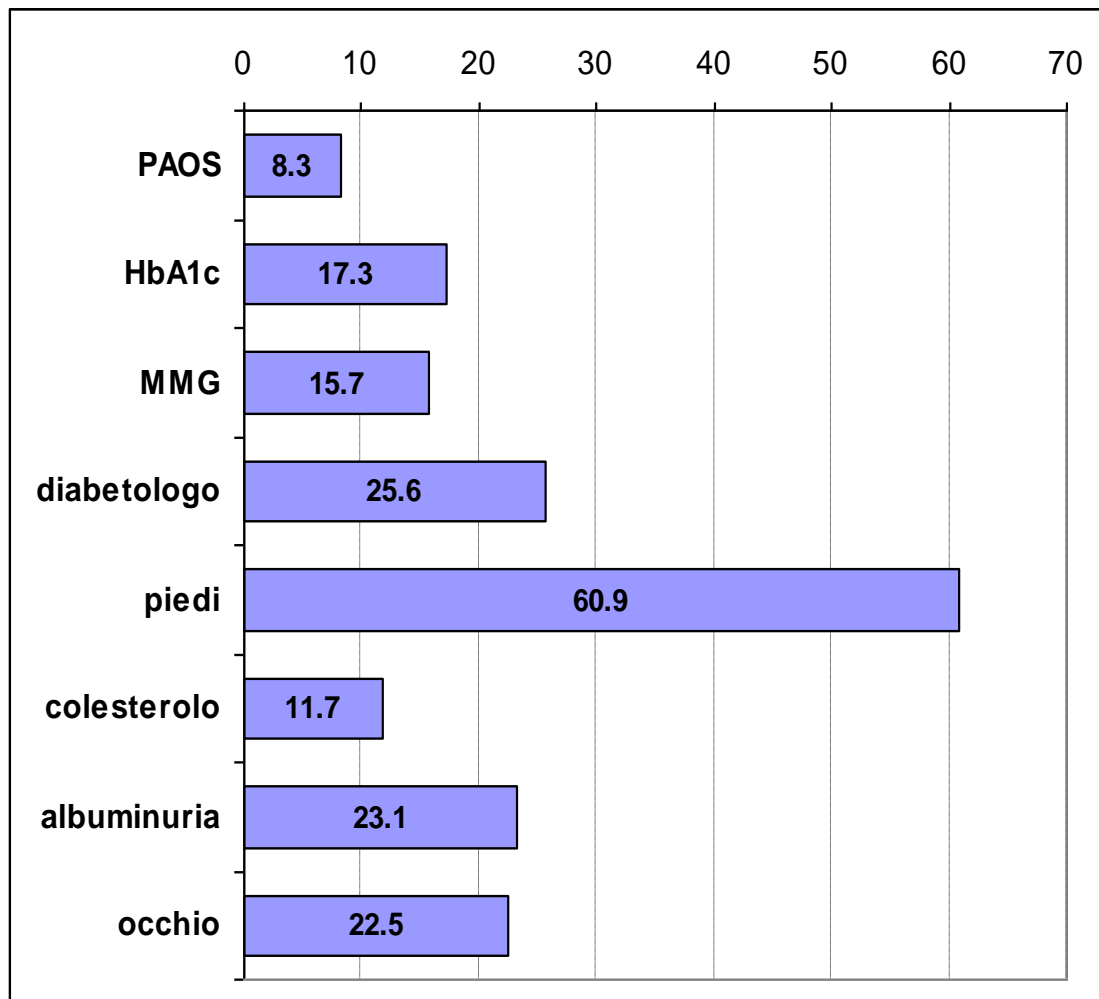
esiti dell'assistenza territoriale diabete

Figura 2. Rischio di morte (Rischi Relativi) per livello di istruzione in pazienti diabetici secondo la tipologia di assistenza. Torino, 2003-2006. Le linee sopra le barre indicano gli intervalli di confidenza al 95%.



Braccio aderenza – Linee guida (n=5009)

% di mancata aderenza alle linee guida



Negli ultimi 6 mesi

- ✗ Ha misurato la pressione arteriosa?
- ✗ Ha misurato l'emoglobina glicata?

Negli ultimi 12 mesi

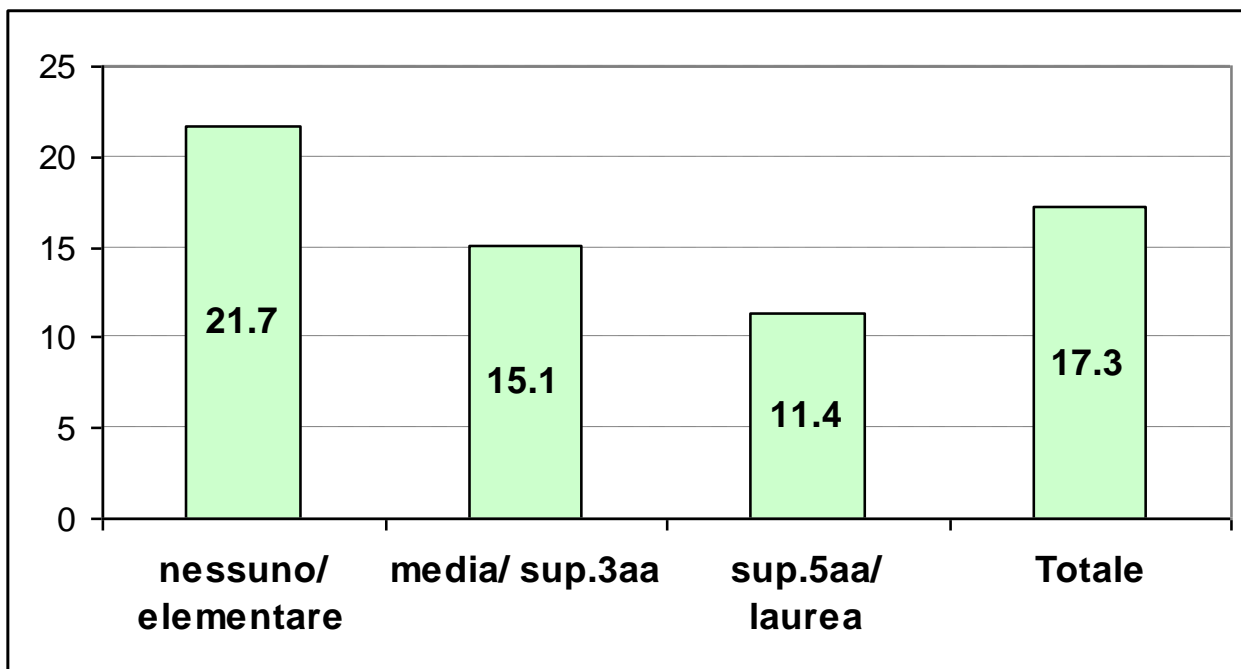
- ✗ E' andato dal Medico Medicina Generale?
- ✗ E' andato dal Diabetologo specialista?
- ✗ Ha fatto l'esame dei piedi?
- ✗ Ha controllato i valori di colesterolemia?
- ✗ Ha controllato l'albuminuria?

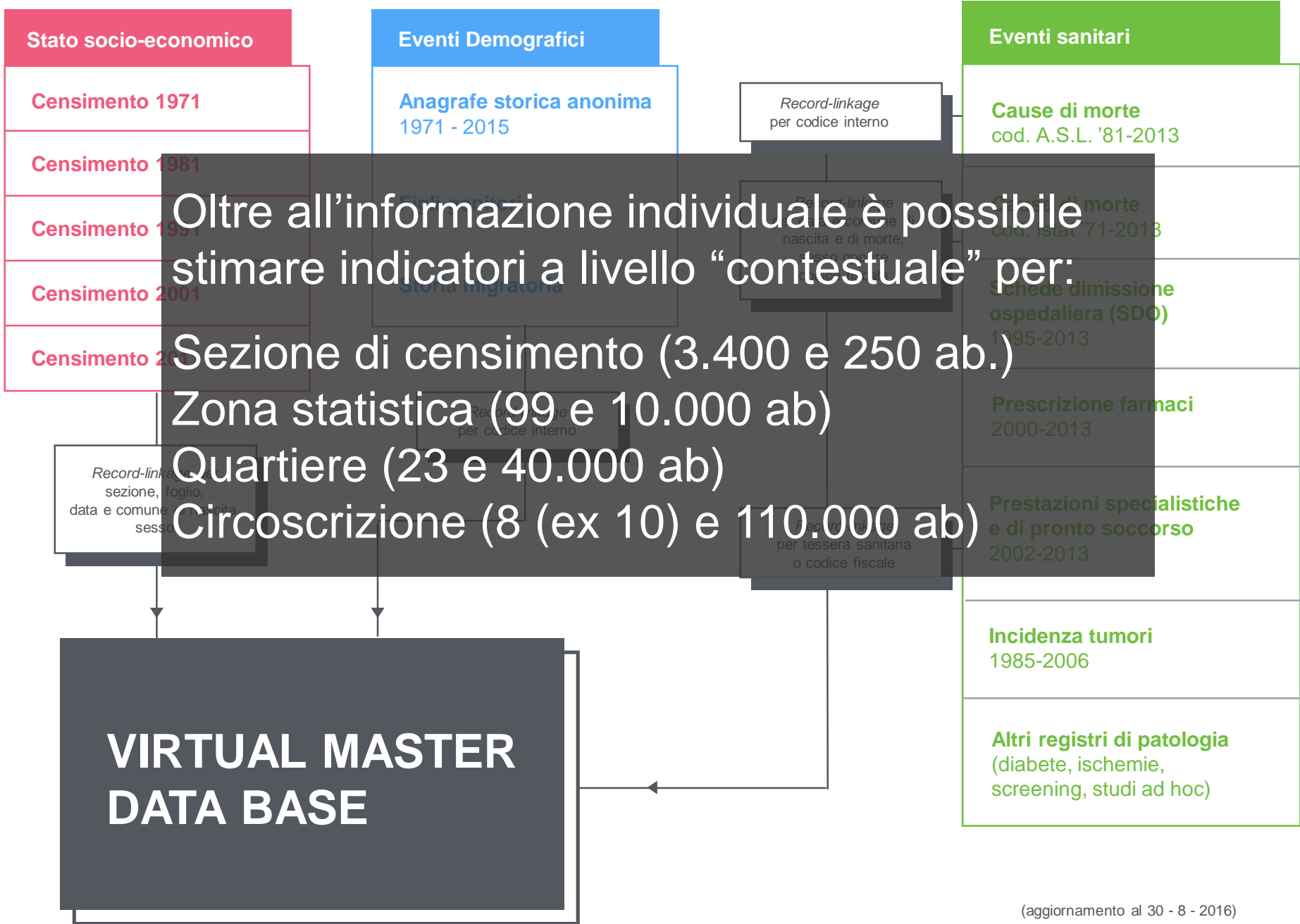
Negli ultimi 24 mesi

- ✗ Ha fatto l'esame del fondo dell'occhio?

Braccio aderenza II wave (n=1118) – Linee guida

% pazienti che non hanno misurato HbA1c negli ultimi 6 mesi per titolo di studio





Oltre all'informazione individuale è possibile stimare indicatori a livello "contestuale" per:

- Sezione di censimento (3.400 e 250 ab.)
- Zona statistica (99 e 10.000 ab)
- Quartiere (23 e 40.000 ab)
- Circoscrizione (8 (ex 10) e 110.000 ab)

Le raccomandazioni per i professionisti della salute

1. Formazione
2. Lavorare con le persone e le comunità
3. Essere presenti a tutti i livelli del SSN
4. Lavorare in partnership
5. Difendere e sostenere l'equità

RCP policy statement 2012

How doctors can close the gap

Tackling the social determinants of health through culture change, advocacy and education



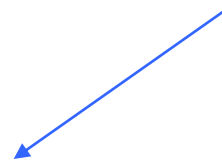
La FNOMCEO

FEDERAZIONE NAZIONALE DEGLI ORDINI DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI



CODICE DI DEONTOLOGIA MEDICA

(2014)



Art. 5

Promozione della salute, ambiente e salute globale

Il medico, nel considerare l'ambiente di vita e di lavoro e i livelli di istruzione e di equità sociale quali determinanti fondamentali della salute individuale e collettiva, collabora all'attuazione di idonee politiche educative, di prevenzione e di contrasto alle disuguaglianze alla salute e promuove l'adozione di stili di vita salubri, informando sui principali fattori di rischio.

Il medico, sulla base delle conoscenze disponibili, si adopera per una pertinente comunicazione sull'esposizione e sulla vulnerabilità a fattori di rischio ambientale e favorisce un utilizzo appropriato delle risorse naturali, per un ecosistema equilibrato e vivibile anche dalle future generazioni.

**Alla ricerca
di vulnerabilità/resilienza
tra i contesti**