

# Disuguaglianze di salute ed equity audit

**Giuseppe Costa**

Dip. Scienze Cliniche e Biologiche Università Torino

Servizio di Epidemiologia ASL TO3 Piemonte

Centro riferimento CCM e INMP

per i determinanti sociali di salute e salute in tutte le politiche

Palermo, 12 maggio 2011

- **Le caratteristiche costitutive delle disuguaglianze sociali di salute**
- **Meccanismi di generazione e politiche di contrasto delle disuguaglianze di salute**
- **Verso una politica di contenimento: *equity audit***
- **Come preparare le capacità**

- **Le caratteristiche costitutive delle disuguaglianze sociali di salute**
- **Meccanismi di generazione e politiche di contrasto delle disuguaglianze di salute**
- **Verso una politica di contenimento: *equity audit***
- **Come preparare le capacità**

# 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	1.54	1.54	1.22	1.34

**Disuguaglianze in tutte le dimensioni di salute**

<sup>1</sup> aggiustato per

<sup>2</sup> aggiustato per

<sup>3</sup> aggiustato per

<sup>4</sup> aggiustato per

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

(2004)

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

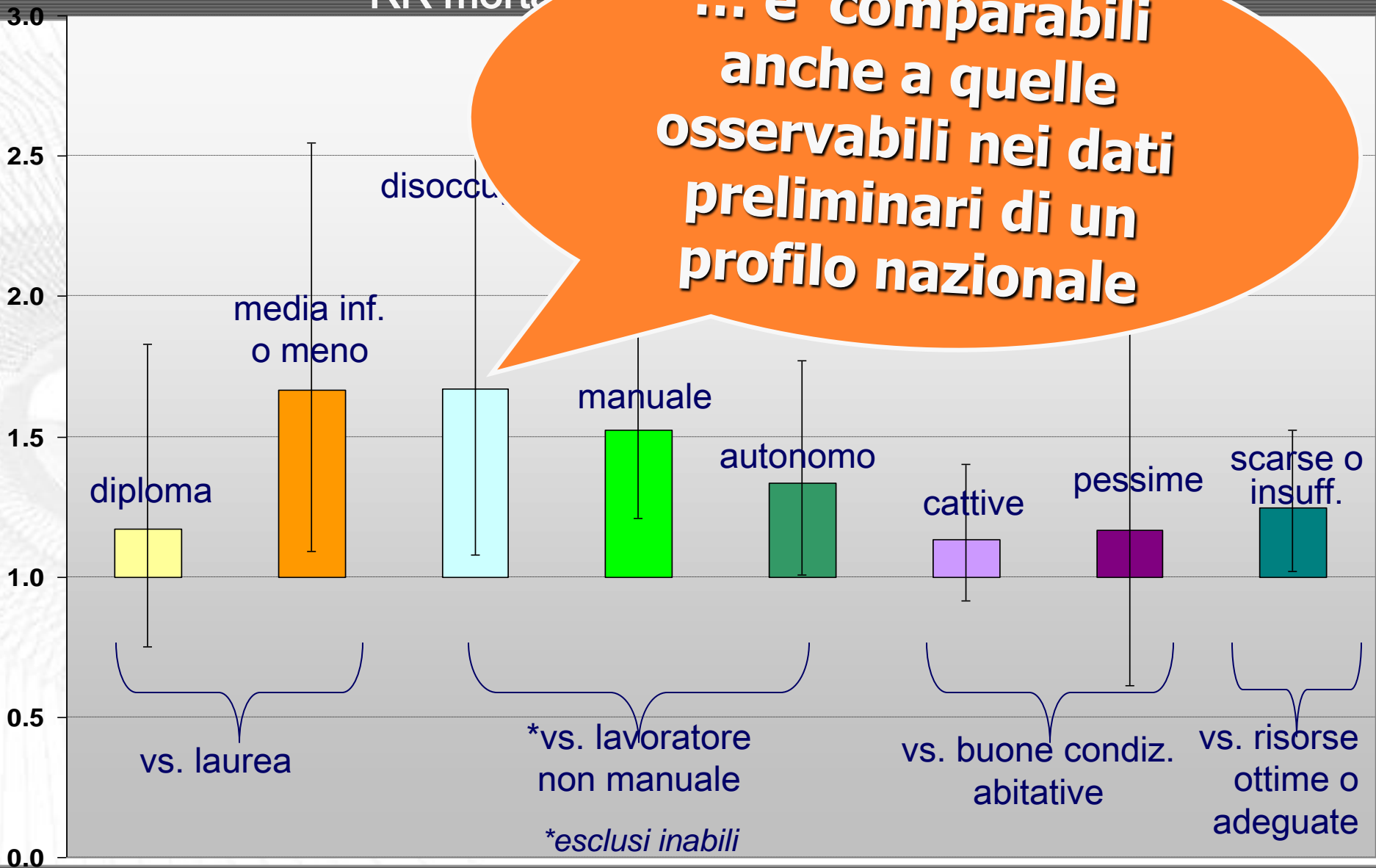
RR	Istruzione	Condizione professionale	Classe sociale	Reddito	Disuguaglianze di reddito in quartiere
<b>I</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
<b>II</b>	<b>1.25</b>	<b>1.37</b>	<b>1.06</b>	<b>1.10</b>	<b>1.02</b>
<b>III</b>	<b>1.40</b>	<b>1.54</b>	<b>1.28</b>	<b>1.22</b>	<b>1.05</b>
					<b>1.17</b>

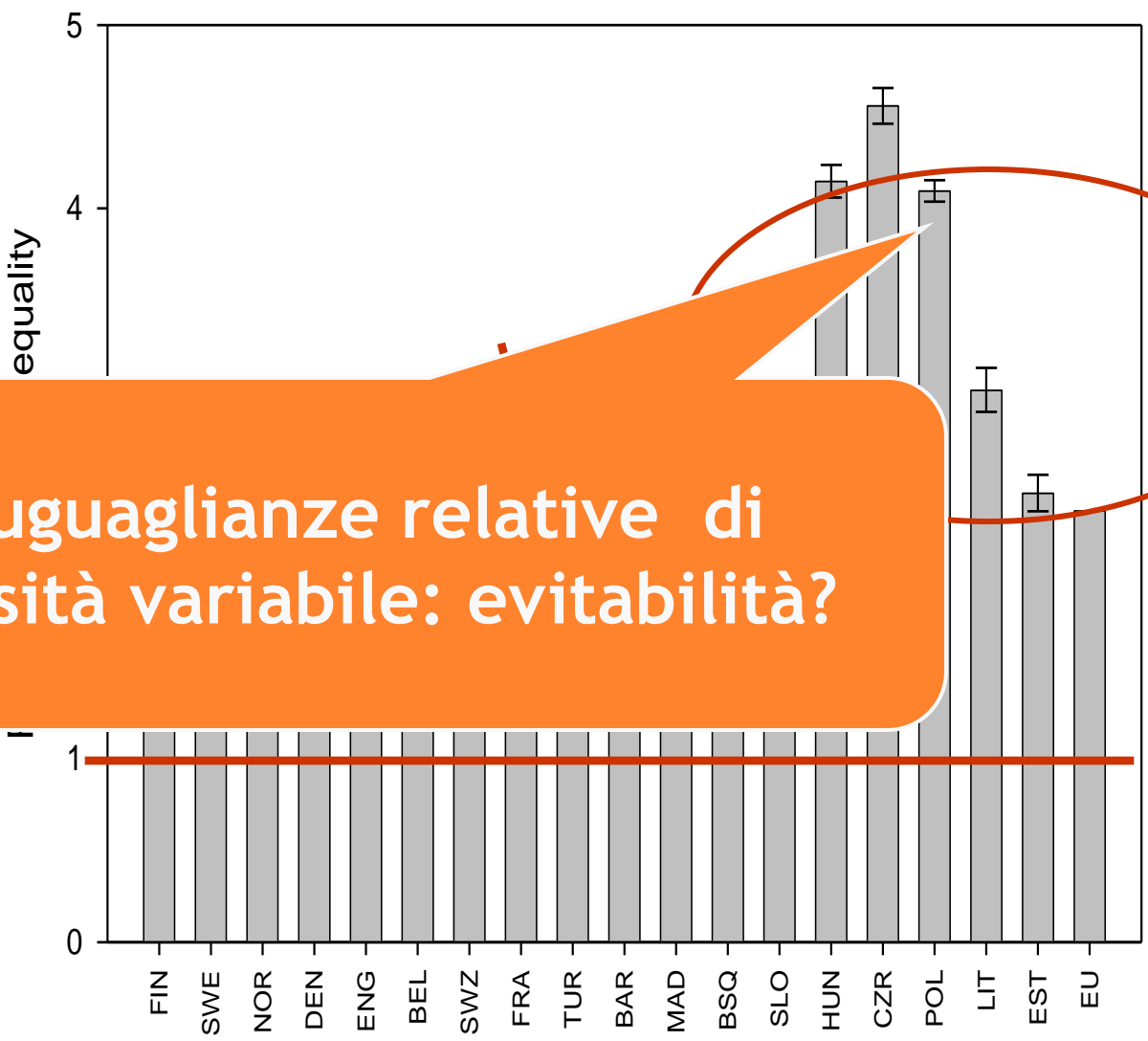
Disuguaglianze in tutte le dimensioni della posizione sociale individuale e di contesto

# Uomini 25-64 anni

RR mortalità

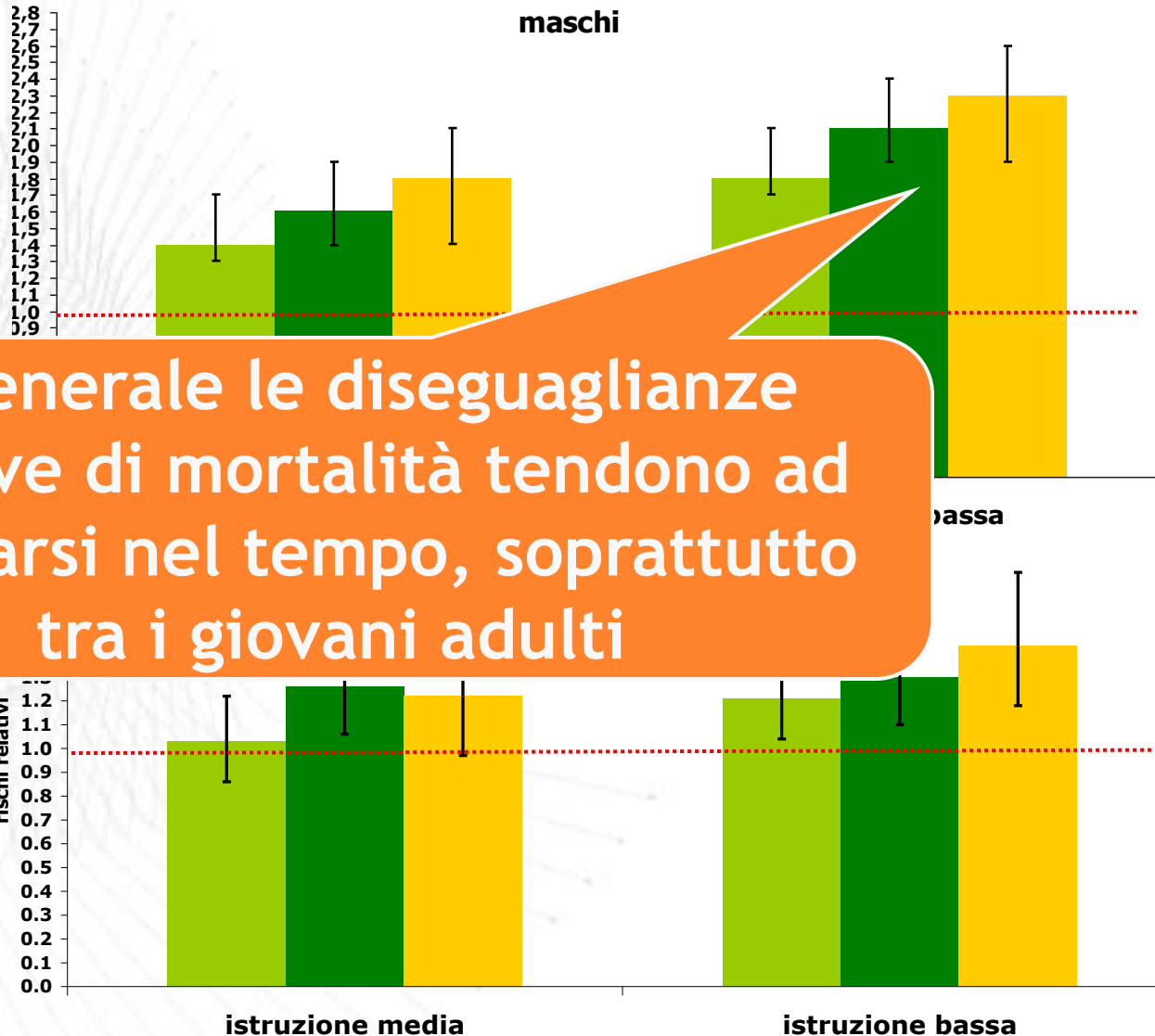
... e comparabili anche a quelle osservabili nei dati preliminari di un profilo nazionale





Disuguaglianze relative di intensità variabile: evitabilità?

# Mortalità (20-54 anni) per tutte le cause secondo il titolo di studio



In generale le diseguaglianze relative di mortalità tendono ad allargarsi nel tempo, soprattutto tra i giovani adulti



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

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



Il gradiente delle disuguaglianze di  
salute: senza soglia, lineare?

# 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 (evitabilità?)**
  - Relativa crescente
  - Assoluta calante
- **Forma**
  - Gradiente
  - Lineare?
- **Interazioni: minore intensità in donne, anziani (selezione)**
- **Che si sviluppano lungo il corso della vita**

- Le caratteristiche costitutive delle disuguaglianze sociali di salute
- **Meccanismi di generazione** e politiche di contrasto delle disuguaglianze di salute
- Verso una politica di contenimento: *equity audit*
- Come preparare le capacità

contesto di politiche

stratificazione sociale

posizione sociale

*controllo su risorse*

- materiali
- status
- legami

influenzare stratificazione

esposizione

diminuire esposizione

fattori rischio

*dose di fattori di rischio*

- psico sociali
- comportamentali
- ambientali
- accessibilità servizi

diminuire vulnerabilità

vulnerabilità

danno

*salute*

- morte
- malattia
- infortunio
- disabilità
- disturbo

*funzionamento*

prevenire conseguenze ingiuste

conseguenze

conseguenze su risorse

- mobilità discendente
- segregazione

contesto sociale



contesto di politiche

stratificazione sociale

posizione sociale

*controllo su risorse*

- materiali
- status
- legami

influenzare stratificazione

esposizione

diminuire esposizione

fattori rischio

*dose di fattori di rischio*

- psico sociali
- comportamentali
- ambientali
- accessibilità servizi

diminuire vulnerabilità

vulnerabilità

danno

*salute*

- morte
- malattia
- infortunio
- disabilità
- disturbo

*funzionamento*

prevenire conseguenze ingiuste

conseguenze

- mobilità discendente
- segregazione

conseguenze su risorse

contesto sociale

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	-19.6	-15.6	-10.6

**Il miglioramento nel livello di istruzione dell'adulto ("150 ore") è associato ad un miglioramento della mortalità**

contesto di politiche

stratificazione sociale

posizione sociale

*controllo su risorse*

- materiali
- status
- legami

influenzare stratificazione

esposizione

diminuire esposizione

fattori rischio

*dose di fattori di rischio*

- psico sociali
- comportamentali
- ambientali
- accessibilità servizi

diminuire vulnerabilità

vulnerabilità

danno

*salute*

- morte
- malattia
- infortunio
- disabilità
- disturbo

*funzionamento*

prevenire conseguenze ingiuste

conseguenze

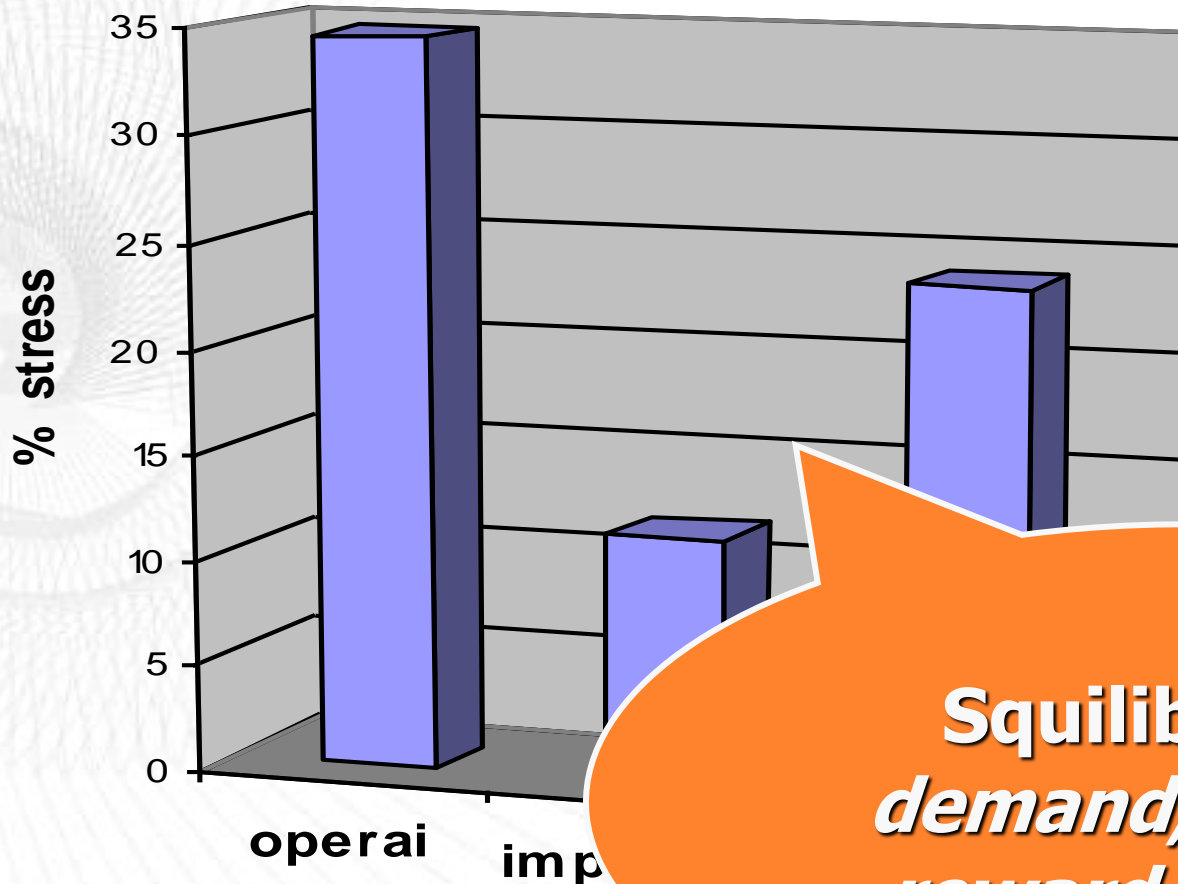
- mobilità discendente
- segregazione

conseguenze su risorse

contesto sociale

# 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)

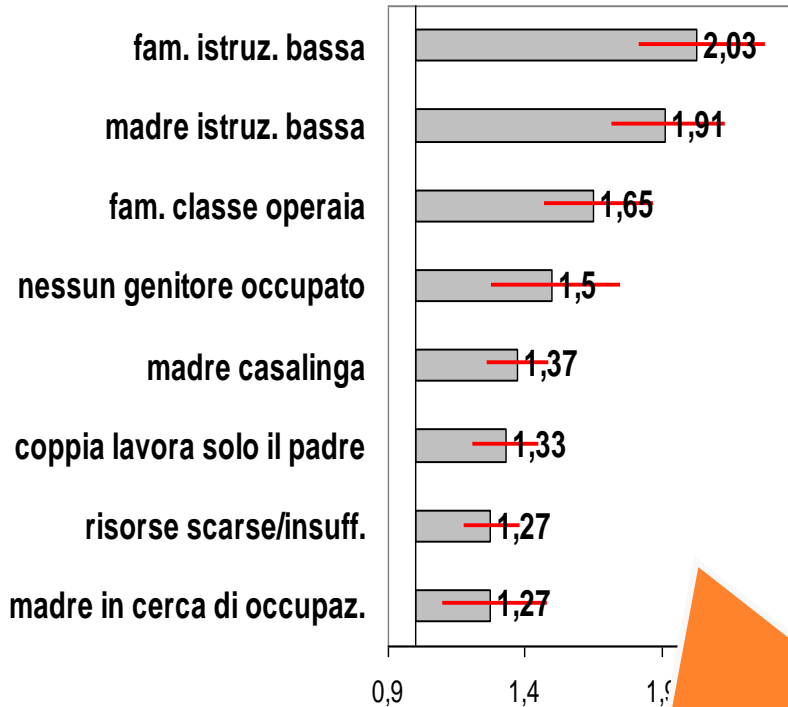


**Squilibrio tra  
*demand, control,  
reward, support***

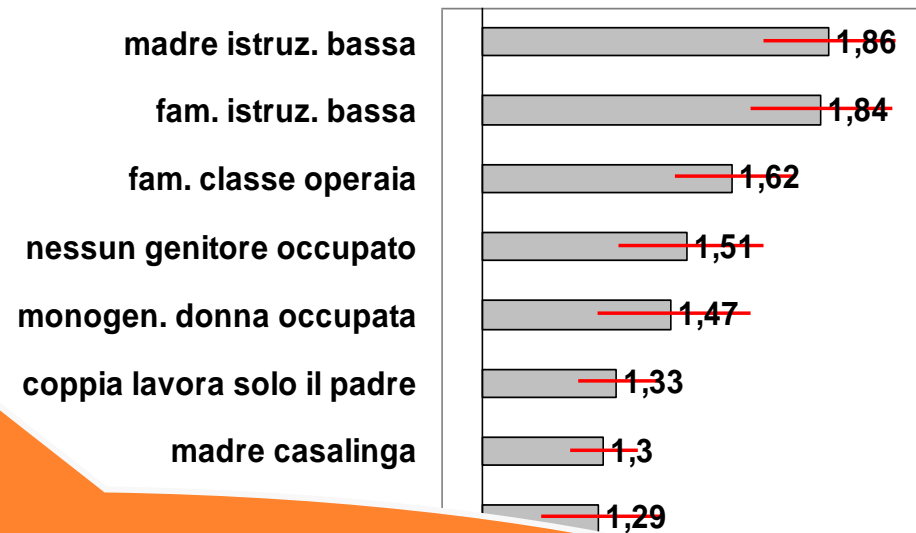


# No esercizio fisico intensivo/regolare

**FIGLI < 18 ANNI**



**FIGLIE < 18 ANNI**



**Buona parte degli stili di vita  
insalubri presentano una  
distribuzione sociale a sfavore dei  
ceti più svantaggiati**

\*PR

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

**Istruzione genitori**

**% bambini esposti  
(IC 95%)**

**Questioni di disparità  
anche nei rischi  
ambientali**

**18 (16-20)**

**19 (17-21)**

**22 (20-24)**

**Scuola elementare**

**27 (23-30)**

# Differenze per istruzione in diversi indicatori di qualità dell'assistenza sanitaria a Torino

Le persone meno istruite sono più vulnerabili all'inappropriatezza

in	lel	Coronarografia in infarto acuto	Rivascolarizzaz. In infarto acuto	Ricoveri a per condizioni trattabili a livello ambulatoriale
		1	1	1
		0.93	0.93 (0.85 – 1.02)	1.12 (1.03-1.22)
		0.83 (0.76 – 0.90)	0.83 (0.76 – 0.91)	1.19 (1.10-1.29)
	(1.16 - 1.51)			

# Differenze per istruzione in diversi indicatori di qualità dell'assistenza sanitaria a Torino

Le persone meno istruite incontrano limitazioni di accesso a procedure efficaci ed appropriate

in lel	Coronarografia in infarto acuto	Rivascolarizzaz. In infarto acuto	Ricoveri a per condizioni trattabili a livello ambulatoriale
	1	1	1
40)	<b>0.93</b> (0.86 – 1.02)	<b>0.93</b> (0.85 – 1.02)	<b>1.12</b> (1.03-1.22)
	<b>0.83</b> (0.76 – 0.90)	<b>0.83</b> (0.76 – 0.91)	<b>1.19</b> (1.10-1.29)

# Differenze per istruzione in diversi indicatori di qualità dell'assistenza sanitaria a Torino

Istruzione	Mortalità in cancro del colon	Coronarografia in infarto acuto	Rivascolarizzaz. In infarto acuto	Ricoveri a per condizioni trattabili a livello ambulatoriale
Alta	1	1	1	1
Media	<b>1.21</b> (1.05 - 1.40)	<b>0.93</b> (0.86 - 1.02)	<b>0.93</b> (0.85 - 1.02)	<b>1.12</b> (1.03-1.22)
Bassa	<b>1.33</b> (1.16 - 1.51)	<b>0.83</b> (0.75 - 0.91)	<b>0.83</b>	<b>1.19</b>

**Le persone meno istruite presentano esiti delle cure più sfavorevoli**



Ad esempio nelle aree metropolitane gli anziani poveri sarebbero più vulnerabili agli effetti sfavorevoli delle ondate di calore estive



contesto di politiche

stratificazione sociale

posizione sociale

*controllo su risorse*

- materiali
- status
- legami

influenzare stratificazione

esposizione

diminuire esposizione

fattori rischio

*dose di fattori di rischio*

- psico sociali
- comportamentali
- ambientali
- accessibilità servizi

diminuire vulnerabilità

vulnerabilità

danno

*salute*

- morte
- malattia
- infortunio
- disabilità
- disturbo

*funzionamento*

prevenire conseguenze ingiuste

conseguenze

- mobilità discendente
- segregazione

conseguenze su risorse

contesto sociale



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

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

			Letalità in malati di tumore colon <sup>3</sup>	Mortalità <sup>4</sup>
Medio	1.19	1.21	1	1
Basso	1.24	1.54	1.21	1.18
			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 ( $p < 0,005$ )



contesto di politiche

stratificazione sociale

posizione sociale

*controllo su risorse*

- materiali
- status
- legami

influenzare stratificazione

esposizione

diminuire esposizione

fattori rischio

*dose di fattori di rischio*

- psico sociali
- comportamentali
- ambientali
- accessibilità servizi

diminuire vulnerabilità

vulnerabilità

danno

*salute*

- morte
- malattia
- infortunio
- disabilità
- disturbo

*funzionamento*

prevenire conseguenze ingiuste

conseguenze

conseguenze su risorse

- mobilità discendente
- segregazione

contesto sociale



# 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>Situazione economica</b>	<b>2.5</b>	<b>1.2 – 5.6</b>
<b>Istruzione</b>	<b>2.9</b>	<b>1.2 – 7.2</b>
<b>Titolo di godimento abitazione</b>	<b>2.9</b>	<b>1.0 – 4.6</b>

<b>Donne (n. 517)</b>		
	<b>OR</b>	<b>IC (95%)</b>
<b>Situazione economica</b>	<b>2.3</b>	<b>2.3 – 7.2</b>
<b>Istruzione</b>	<b>0.8</b>	<b>0.8 – 3.1</b>
<b>Titolo di godimento abitazione</b>	<b>2.2</b>	<b>2.2 – 7.0</b>
<b>Altri fattori</b>	<b>1.1</b>	<b>1.1 – 3.3</b>

**Forte vulnerabilità sociale alle conseguenze sociali della malattia**

Aggiustati per età e stato di salute

- **Le caratteristiche costitutive delle disuguaglianze sociali di salute**
- **Meccanismi di generazione e politiche di contrasto delle disuguaglianze di salute**
- **Verso una politica di contenimento: *equity audit***
- **Come preparare le capacità**

contesto  
di politiche

stratificazione  
sociale

posizione  
sociale

*controllo su risorse*

- materiali
- status
- legami

influenzare stratificazione

esposizione

diminuire esposizione

fattori rischio

*dose di fattori di rischio*

- psico sociali
- comportamentali
- ambientali
- accessibilità servizi

diminuire vulnerabilità

vulnerabilità

danno

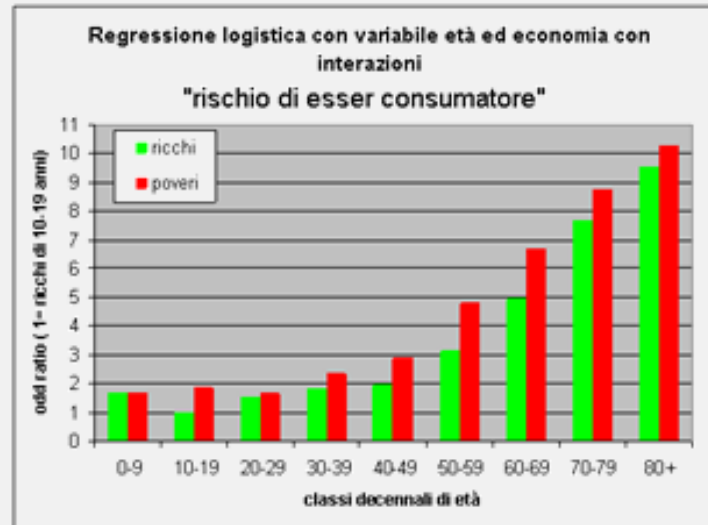
*salute*

- morte
- malattia

Contrastarle?

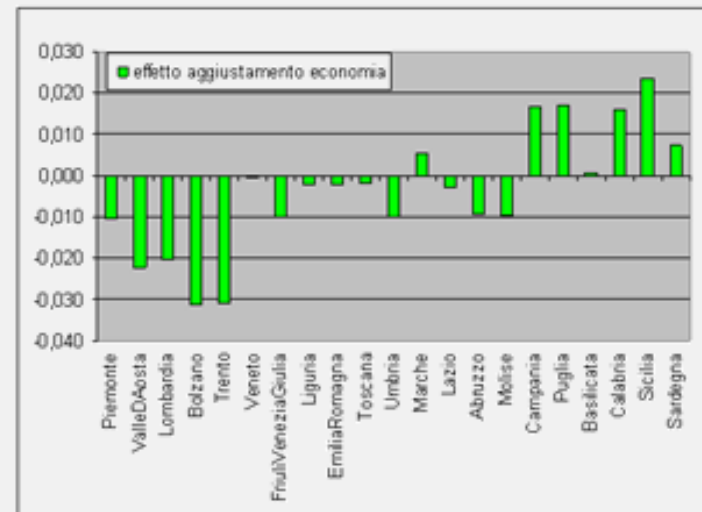
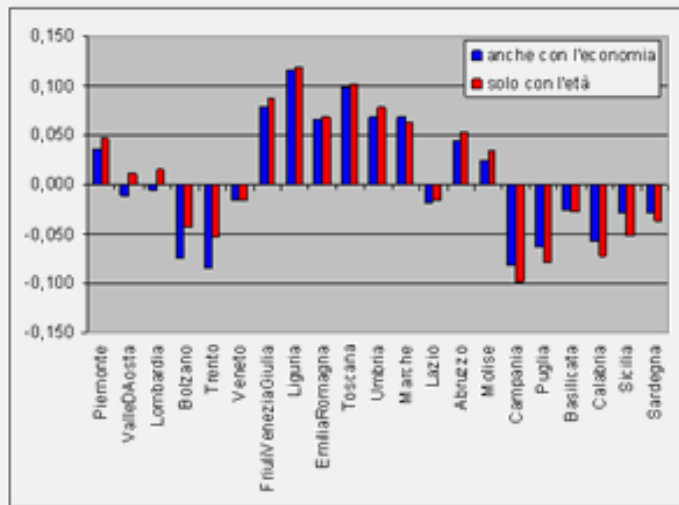
Ma nel mentre, prenderne atto, ad  
esempio nell'allocazione delle  
risorse?

# i determinanti del fabbisogno "standard"



*L'età introduce  
dei correttivi anche del  
+/- 10%*

*L'economia  
riaggiusta anche del  
+/- 3%*



contesto di politiche

stratificazione sociale

posizione sociale

*controllo su risorse*

- materiali
- status
- legami

influenzare stratificazione

esposizione

diminuire esposizione

fattori di rischio

*dose di fattori di rischio*

- psico sociali
- comportamentali
- ambientali

qualità servizi

“Health equity impact assessment”  
delle politiche non sanitarie

prevenire conseguenze ingiuste

capacità

- disturbo

*funzionamento*

conseguenze

- mobilità discendente
- segregazione

conseguenze su risorse

contesto sociale

# Differenze nella speranza di vita alla nascita a Torino secondo decili di reddito mediano familiare denunciato nel 1998 a livello di sezione di censimento: anni 2000-2005

uomini



Nell'età attiva quasi sei anni di speranza di vita separano i più ricchi dai più poveri: e la riforma dell'età pensionabile e dei coefficienti uguali per tutti?

contesto di politiche

stratificazione sociale

posizione sociale

controllo su risorse

- materiali
- status
- legami

influenzare stratificazione

esposizione

diminuire esposizione

fattori rischio

dose di fattori di rischio

- psico sociali
- comportamentali
- ambientali
- accessibilità servizi

diminuire vulnerabilità

abilità

Equity audit nel sistema sanitario: prevenzione

contesto sociale

su risorse

conseguenze

- mobilità discendente
- segregazione





# % donne asintomatiche 50-69 con almeno una mammografia

	mammografia		
	donne 50-69 anni		
	1999-2000	2004-2005	% aumento
<b>istruzione</b>			
maturità e laurea	70,0	79,3	13,3
media inf.	66,7	73,6	10,3
elementare	51,8	65,5	26,4
		71,0	22,2

**La medicina  
d'iniziativa è in grado  
di ridurre le  
diseguaglianze di  
accesso**

contesto di politiche

stratificazione sociale

posizione sociale

controllo su risorse

- materiali
- status
- legami

influenzare stratificazione

esposizione

diminuire esposizione

fattori rischio

dose di fattori di rischio

- psico sociali
- comportamentali
- ambientali
- accessibilità servizi

diminuire vulnerabilità

abilità

Equity audit nel sistema sanitario: assistenza sanitaria

contesto sociale

su risorse

conseguenze

- mobilità discendente
- segregazione



**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.**



**Esempio virtuoso:  
I soggetti diabetici più vulnerabili beneficiano di un modello di disease management pro-attivo e intensivo?**

contesto  
di politiche

stratificazione  
sociale

Patrocinare (misurare, dimostrare,  
comunicare...): come fare con  
sistemi informativi poveri di  
covariate sociali?

- rischio
- comportamentali
- ambientali
- accessibilità servizi

**vulnerabilità**

----->  
diminuire vulnerabilità

**danno**

- salute**
- morte
  - malattia
  - infortunio
  - disabilità
  - disturbo
- funzionamento**

----->  
prevenire conseguenze ingiuste

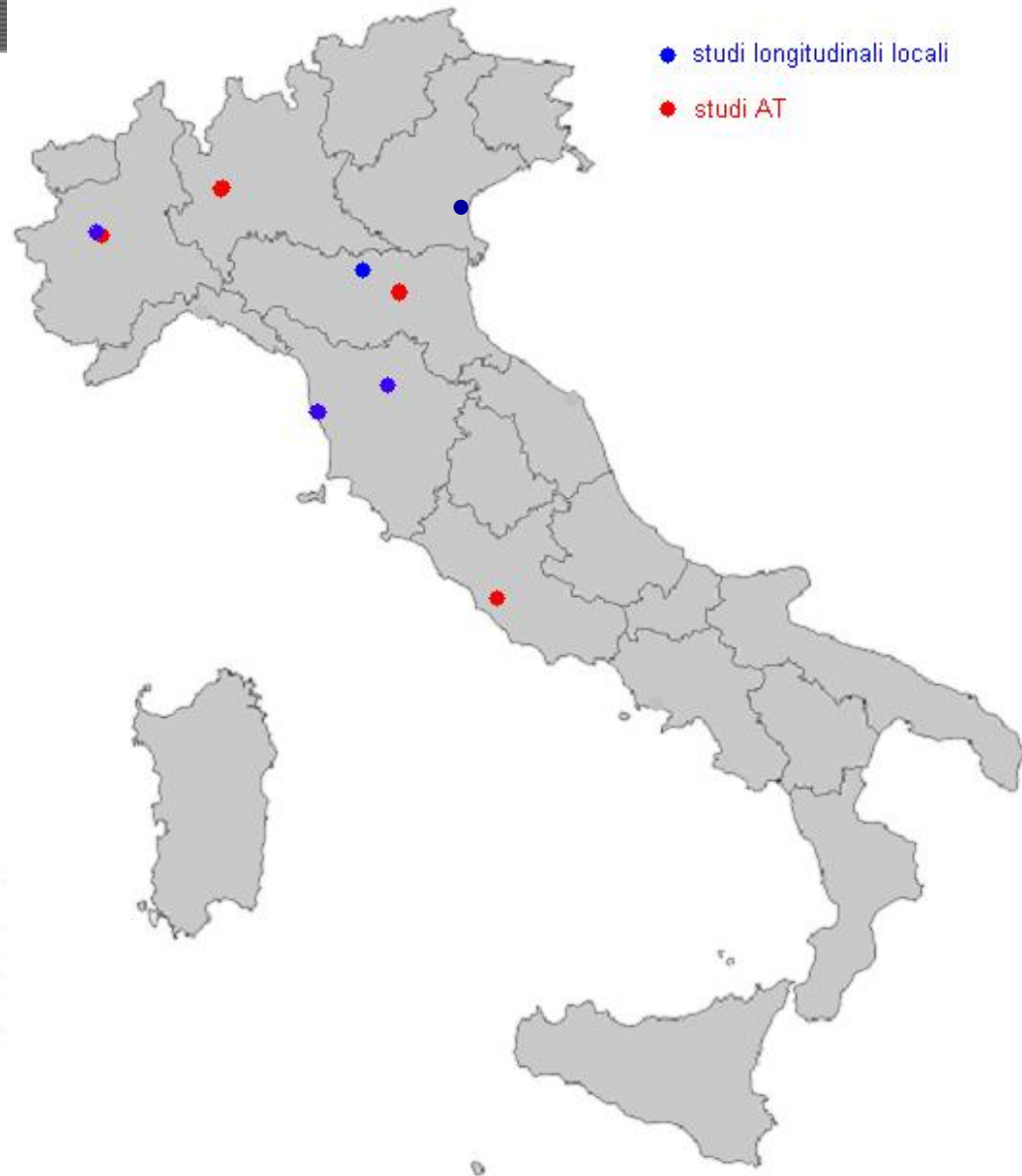
**conseguenze  
su risorse**

- conseguenze**
- mobilità discendente
  - segregazione

contesto  
sociale



**Comuni italiani in cui sono attivi studi a livello locale, basati sul *record-linkage* individuale o geografico tra fonti sanitarie e fonti di informazione socioeconomica**



contesto di politiche

stratificazione sociale

posizione

controllo su risorse

Prevenire le conseguenze sociali sfavorevoli del problema di salute

- fattori ambientali
- accessibilità servizi

vulnerabilità

diminuire vulnerabilità

danno

salute

- morte
- malattia
- infortunio
- disabilità
- disturbo

funzionamento

prevenire conseguenze ingiuste

conseguenze

- mobilità discendente
- segregazione

conseguenze su risorse

contesto sociale



# Fattori di rischio per le limitazioni della spesa familiare

## Limitazioni alimentari – pazienti fragili

Uomini (n. 246)		
	OR	IC (95%)
Situazione economica	2.5	1.2 – 5.6
Istruzione	2.9	1.2 – 7.2
Titolo di godimento abitazione	2.1	1.0 – 4.6

Donne (n. 517)		
	OR	IC (95%)
		2.3 – 7.2
		0.8 – 3.1
		2.2 – 7.0
		1.1 – 3.3

Esenzioni sono sufficienti a mitigare la vulnerabilità alle conseguenze sociali della malattia?

Aggiustati per età e stato di salute

- Le caratteristiche costitutive delle disuguaglianze sociali di salute
- Meccanismi di generazione e politiche di contrasto delle disuguaglianze di salute
- **Verso una politica di contenimento: *equity audit***
- Come preparare le capacità



# Perché l'*equity audit* nei percorsi

Piattaforma preferita:

**percorsi assistenziali** che riassumono intorno ad una specifica categoria di pazienti in uno specifico contesto locale tutti i **punti critici di generazione delle disuguaglianze di salute** (livello di assistenza garantito, tecnologie adottate, luogo di erogazione, tempi di erogazione, linee guida per comportamenti professionali, sicurezza...)

# Perché l'*equity audit* nei percorsi

- ❖ In linea di principio i percorsi assistenziali sono un mezzo per affrontare le disuguaglianze e assicurare un equo accesso alle cure, perché si tratta di regole e procedure di comportamento organizzativo e clinico guidate solo dal bisogno e non dalla posizione sociale...
- ❖ In effetti pochi percorsi assistenziali hanno incorporato la posizione sociale nei relativi strumenti di sviluppo
- ❖ Tuttavia se il percorso assistenziale è guidato da prove scientifiche e da analisi organizzative che mascherano l'impatto della posizione sociale, allora le disuguaglianze esistenti possono anche essere rinforzate

# *Le domande da farsi*

- ❖ Nella scelta del percorso si sono considerate le situazioni nelle quali le basse posizioni sociali sono più vulnerabili?
- ❖ C'è qualche ragione per prevedere un effetto differente degli interventi disciplinati dal percorso tra le basse posizioni sociali (per ragioni biologiche, di adesione, di rischio di base) ?
- ❖ I risultati attesi dagli interventi del percorso sono valutati in modo differente dalle basse posizioni sociali (dal punto di vista dello scambio tra rischi e benefici)?
- ❖ Viene data specifica attenzione a minimizzare le barriere all'applicazione del percorso per le basse posizioni sociali (accesso, sensibilità da parte dei professionisti, attitudini dell'organizzazione)?
- ❖ I meccanismi di valutazione dell'impatto del percorso includono l'attenzione alle disuguaglianze sociali?

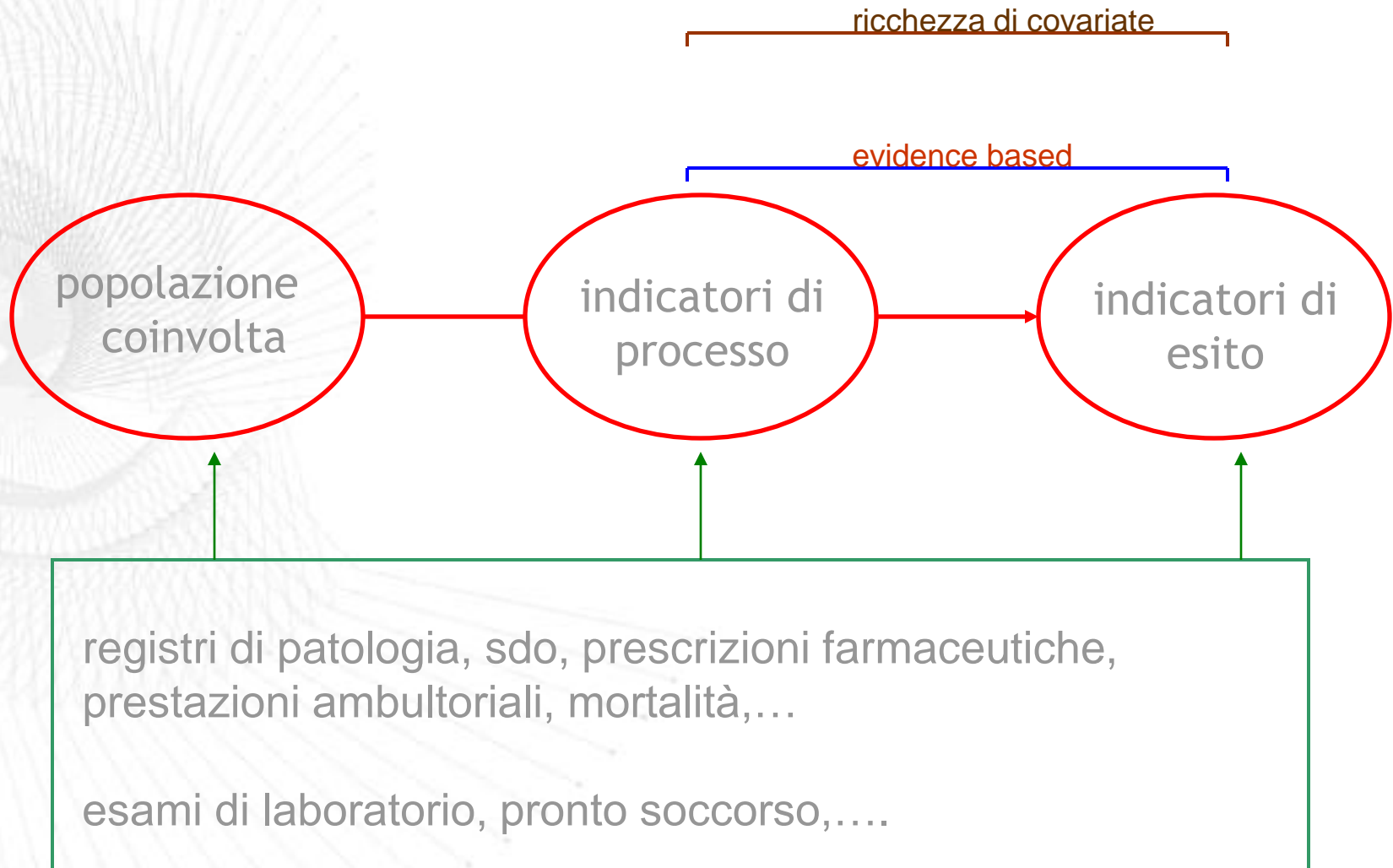
# *Sviluppi recenti*

- ❖ NHMRC australiano: una guida per sviluppatori di LG “equity oriented” (2003)
- ❖ International Clinical Epidemiology Network INCLEN: progetto “Knowledge plus” (attenzione a EBM, costo-efficacia e equità), 2004
- ❖ Gruppo di lavoro GRADE: attenzione a equità
- ❖ NICE in UK: “Equity audit”
- ❖ Canada: una guida per sviluppatori di HTA “equity oriented”

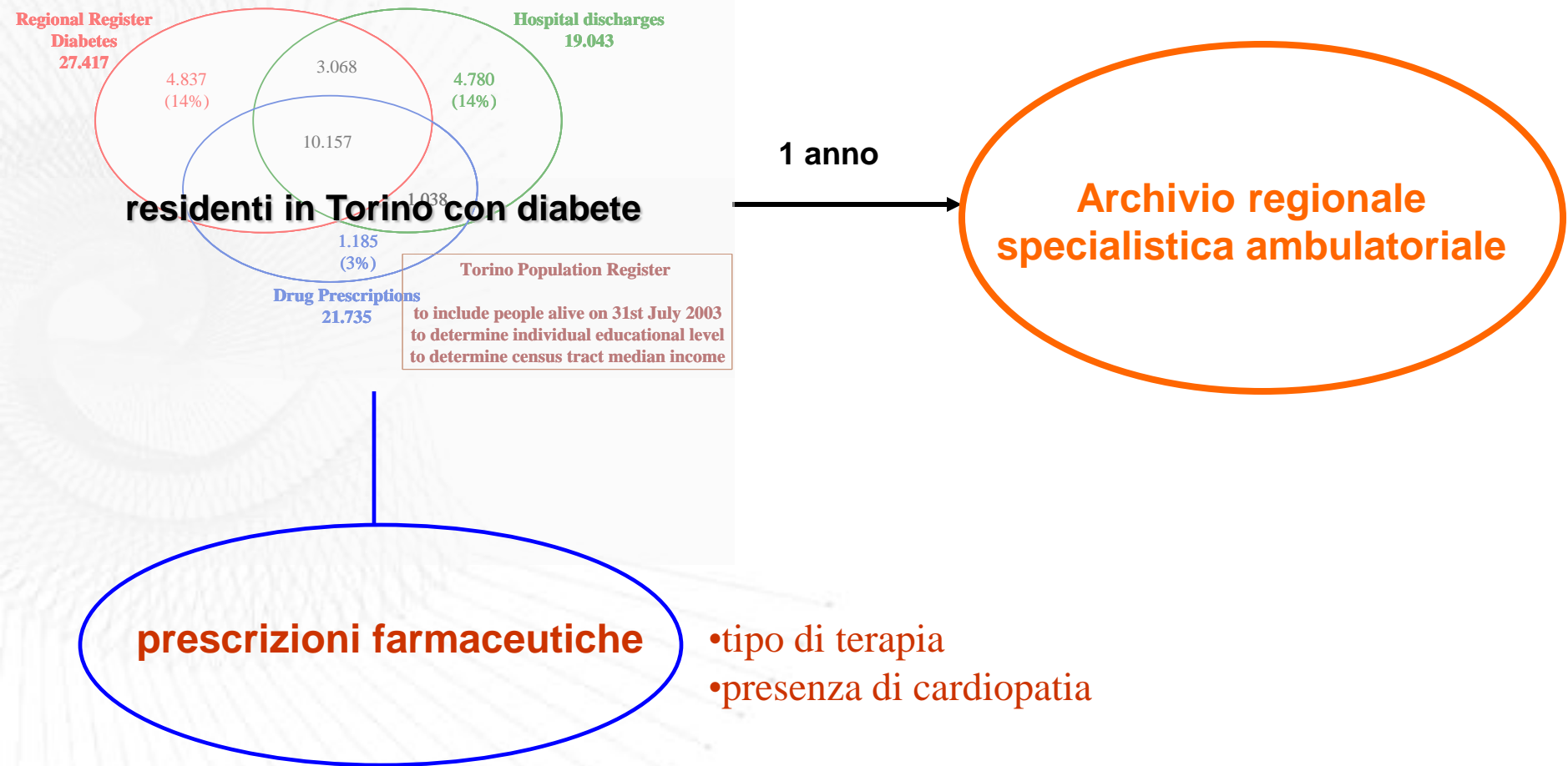
# *Il monitoraggio delle disuguaglianze nei percorsi*

- ❖ **Facilitato dalla revisione dei sistemi informativi regionali e dalla centralità dei risultati nei nuovi sistemi di valutazione:**
  - ❖ **Attenzione alla tracciabilità dei percorsi assistenziali, con una particolare attenzione all'equità**
  - ❖ **Attenzione alla performance (ma “exception reporting”** Sigfrid et al, J Public Health 2006)
- ❖ **Il monitoraggio attraverso strumenti informativi amministrativi della variabilità osservata nella pratica** (Hall et al, Int J Quality Health Care, 2005): screening delle situazioni meritevoli di esame per la ricerca delle barriere che impediscono equità

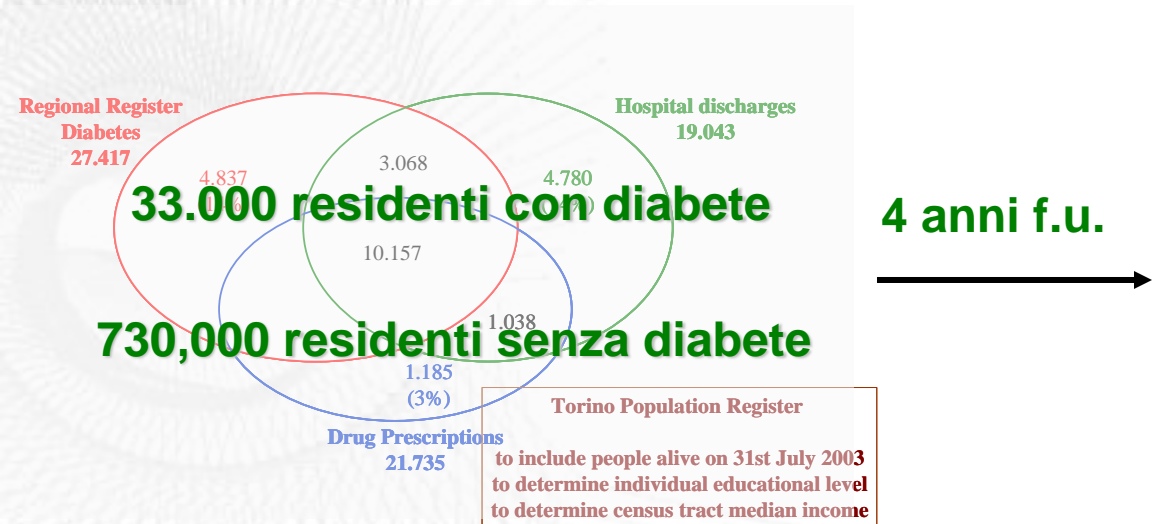
# Il monitoraggio delle disuguaglianze nei percorsi



# Il percorso diabete



# Follow –up esiti



MORTALITA'

*Tutte le cause*

*Chd*

*Ictus*

*Tumore*

AMPUTAZIONI

INCIDENZA

*ima*

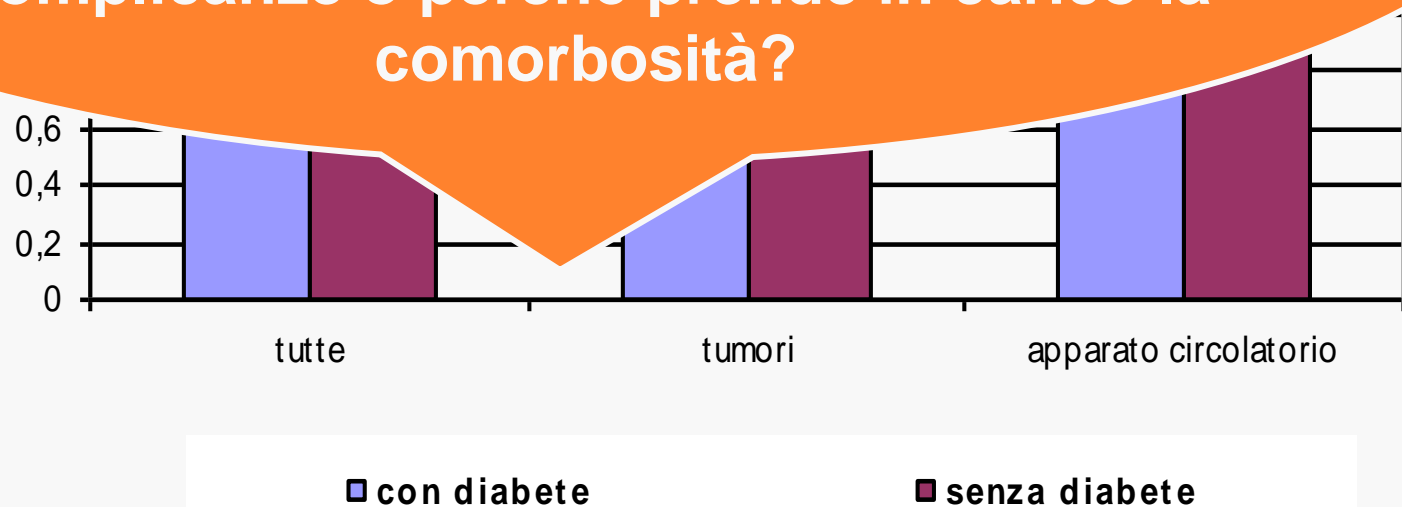
*ictus*



**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.**

**Le differenze sociali nella mortalità sono modeste tra i diabetici uomini e assenti tra le donne diabetiche.**

**Il PDTA del diabete riduce le diseguaglianze nella mortalità perché controlla meglio le complicanze o perché prende in carico la comorbidità?**



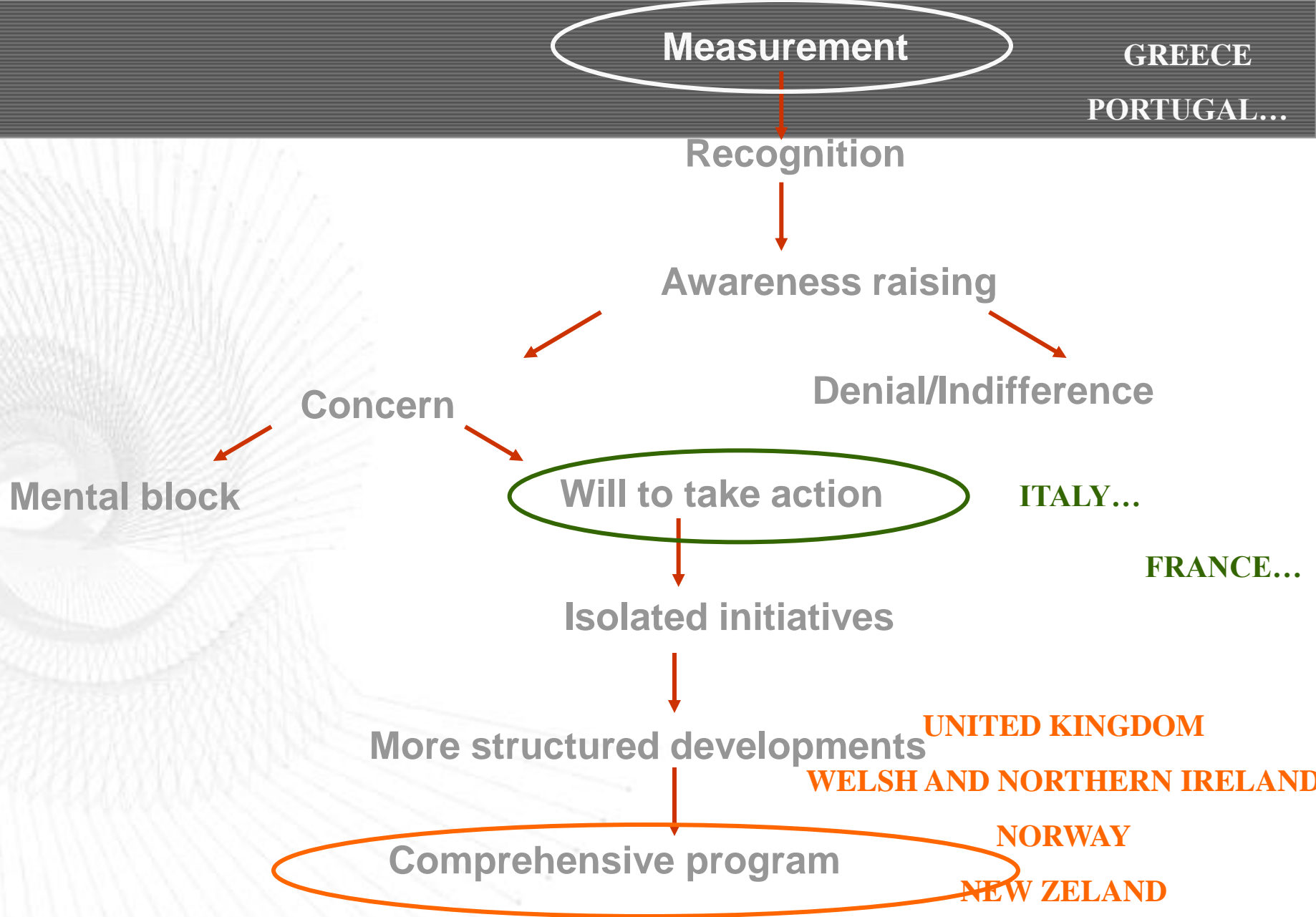
# Esiti: differenze di mortalità in diabetici e non diabetici per titolo di studio; Torino 2002-2005

Le differenze sociali nella mortalità sono modeste tra i diabetici uomini e assenti tra le donne diabetiche.

Il PDTA del diabete riduce le diseguaglianze nella mortalità perché controlla meglio le complicanze o perché prende in carico la comorbidità?

					1.07	0.549
<b>Donne</b>						
<i>Tutte le cause</i>	1.02	1.03	0.987	<b>1.07</b>	<b>1.16</b>	<0.001
<i>CHD</i>	1.42	1.26	0.920	1.03	<b>1.18</b>	0.008
<i>ictus</i>	0.92	0.88	0.556	1.08	<b>1.16</b>	0.032

- Le caratteristiche costitutive delle disuguaglianze sociali di salute
- Meccanismi di generazione e politiche di contrasto delle disuguaglianze di salute
- Verso una politica di contenimento: *equity audit*
- **Come preparare le capacità**



GREECE  
PORTUGAL...

ITALY...  
FRANCE...

UNITED KINGDOM  
WELSH AND NORTHERN IRELAND  
NORWAY  
NEW ZELAND

Action spectrum on inequalities in health (M. Whitehead, 1998 )



Closing  
the gap

# Comunicazione della Commissione Europea al Consiglio e al Parlamento d'Europa su Solidarity in Health Ottobre 2009

## Marmot Review per Regione Europea OMS

seriously



- **Il tavolo speciale della Conferenza Stato Regioni per elaborare intesa su indirizzi per politiche nazionali e regionali**
- **Il progetto INMP per una rete nazionale di centri di riferimento per gli aspetti di misura e di documentazione di efficacia delle azioni**
- **Il progetto di Joint Action EU per facilitare l'applicazione della Comunicazione EU nei paesi membri**

- **Il tavolo speciale della Conferenza Stato Regioni per elaborare indirizzi per politiche nazionali e regionali**
- **Il progetto INMP per una rete nazionale di centri di riferimento per gli**

**Approvato ad aprile 2011 e affidato a coordinamento di Regione Piemonte**

**l'applicazione della Comunicazione EU nei paesi membri**

- **Il tavolo tecnico della Conferenza Stato Regioni per elaborare indirizzi per politiche nazionali e regionali**
- **Il progetto INMP per una rete nazionale di centri di riferimento per gli studi di**

**Misura tramite sistemi informativi e statistici**

**Rassegna su efficacia di azioni di contrasto**

**Ricerca su quesiti poco studiati  
(life course, contesti, psicosociali)**

**Sperimentazione di modelli (*equity audit*)**

**Formazione e comunicazione**



- Il tavolo speciale della Conferenza Stato Regioni per elaborare indirizzi per politiche nazionali e regionali
- Il progetto INMP per una rete nazionale di centri di riferimento per gli as...

**12 CENTRI:**

**ISS, AGENAS, CCM**

**AGENZIE e ISTITUTI REGIONALI**

**(toscana, emilia romagna, piemonte, lazio...)**

**ASL/ASO (sistemi metropolitani)**

**UNIVERSITA'**

**Avviato ad aprile 2011 con la partecipazione in Italia di Agenas e delle Regioni Piemonte e Veneto:**

**focalizzato su *equity audit* di politiche non sanitarie e sanitarie**

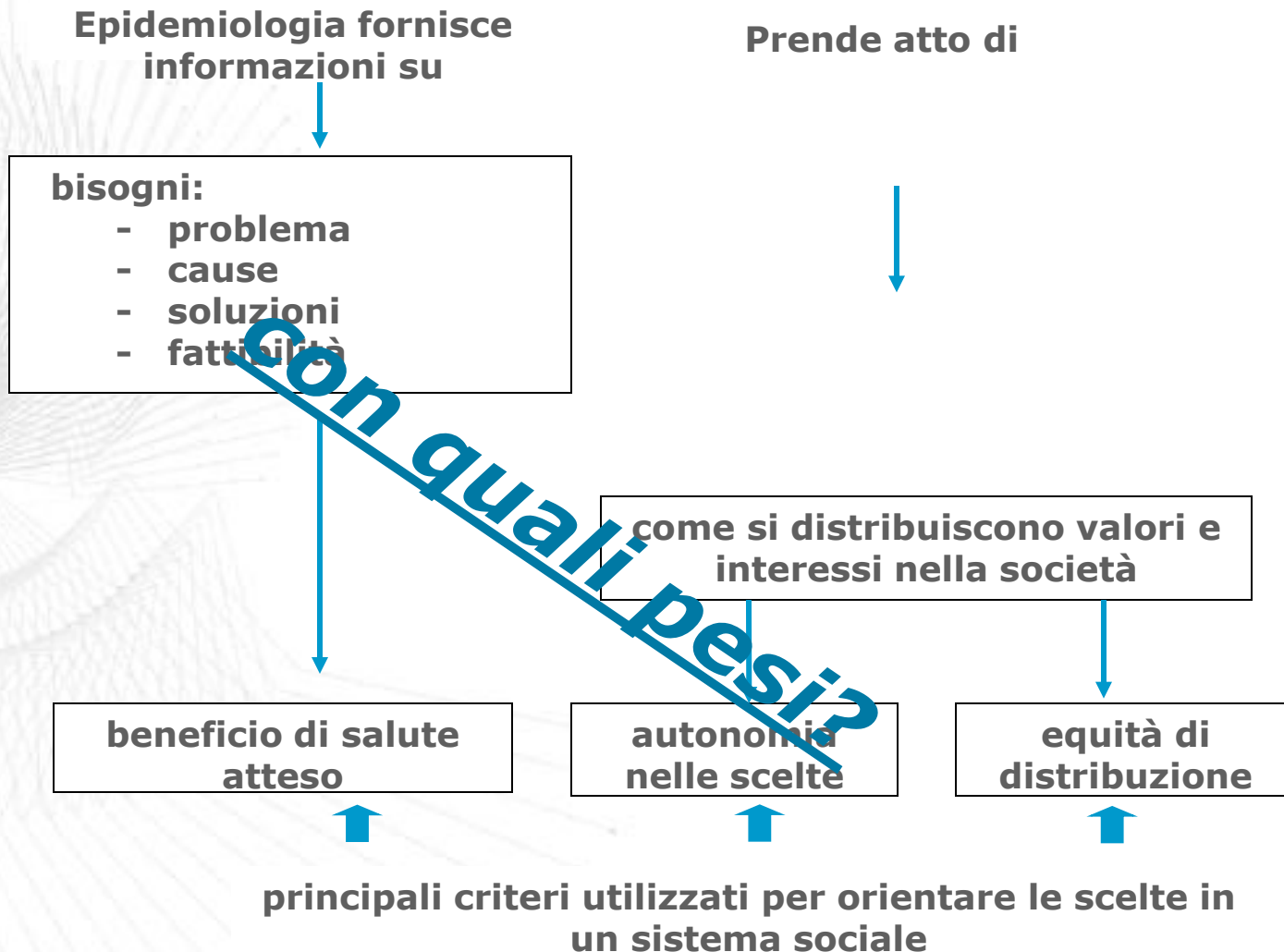
per politiche nazionali

- Il progetto INMP per una rete nazionale di centri di riferimento per gli aspetti di misura e di documentazione dell'efficacia delle azioni
- Il progetto di Joint Action EU per facilitare l'applicazione della Comunicazione EU nei paesi membri

- Le caratteristiche costitutive delle disuguaglianze sociali di salute
- Meccanismi di generazione e politiche di contrasto delle disuguaglianze di salute
- Verso una politica di contenimento: *equity audit*
- **Come prepararsi**

Clinici, epidemiologi,  
direzioni sanitarie ...  
ognuno può aggiungere  
un suo contributo a  
questo risultato...

# Quale definizione di equità ? (A. Sen)



Quella che si ottiene in una discussione informata e democratica

# Indagine Multiscopo Istat sulla salute del 2005

## I CLUSTERS REGIONALI DELLA SALUTE IN ITALIA



**Gradiente Nord-Sud nella distribuzione degli indicatori di salute, a parità di età**

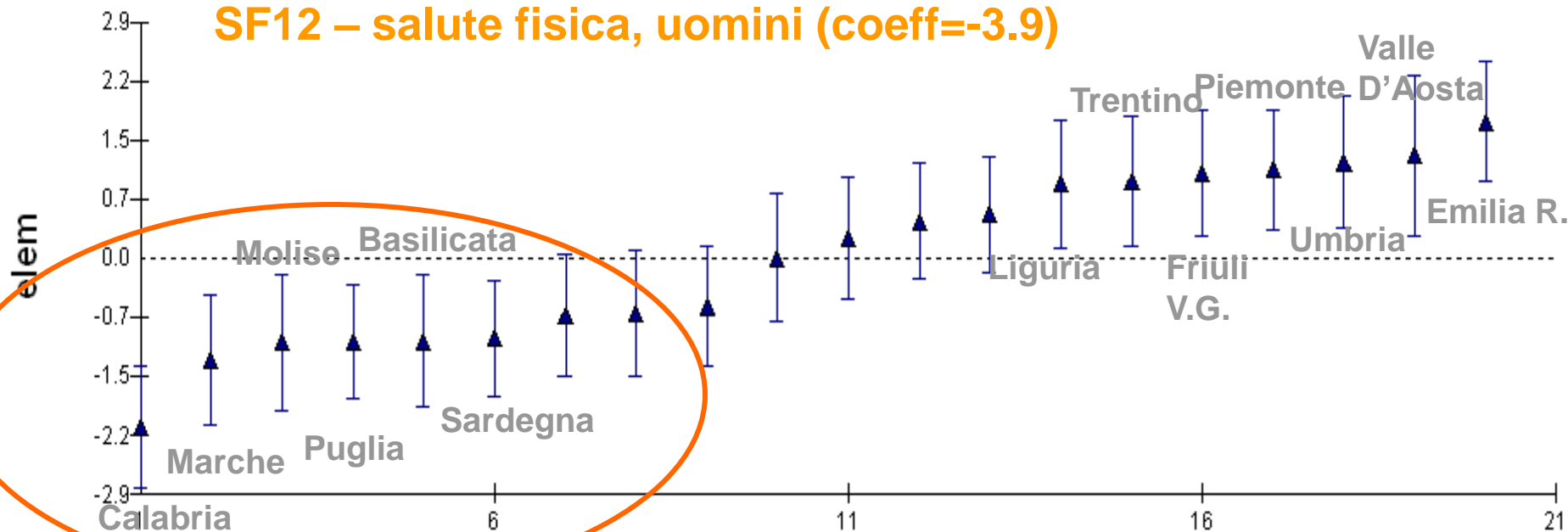
# SF12 – Indice di stato fisico coeff. regressione (95% C.I.) controllati per età

		Uomini		Donne	
		Coeff.	IC95%	Coeff.	IC95%
<b>titolo di studio</b> (rif. laurea)	diploma superiore	-0.9	(-1.2; -0.6)	-0.7	(-1.0; -0.4)
	licenza media inferiore	-1.5	(-1.8; -1.2)	-1.6	(-1.9; -1.3)
	licenza elementare	-3.9	(-4.4; -3.3)	-4.9	(-5.6; -4.2)
<b>condizione e tipologia</b>		2.4	(2.6; 2.2)	-1.2	(-1.4; -1.0)
					(0.1; 0.2)
<b>tipologia</b> (rif. altro/proprietà)	bagnorainato				(0.1; 0.2)
	area metropolitana			-0.1	(-0.6; 0.3)
<b>ampiezza demogr.+altimetria</b> (rif. 10001-50000 abitanti)	<=2000 ab., pianura			-0.6	(-1.0; -0.1)
	<=2000 ab., montagna	-0.2	(-0.5; 0.1)	0.0	(-0.3; 0.4)
	2001-10000 ab., pianura	-0.1	(-0.4; 0.2)	-0.2	(-0.5; 0.2)
	2001-10000 ab., montagna	0.0	(-0.4; 0.4)	-0.1	(-0.4; 0.3)
	>50000 abitanti	0.3	(0.0; 0.7)	0.1	(-0.3; 0.5)
<b>ripartizione geografica</b> (rif. nord)	centro	0.1	(-0.6; 0.3)	0.1	(-0.3; 0.6)
	sud	-0.3	(-0.6; 0.1)	-0.1	(-0.5; 0.2)
	isole	-0.3	(-0.8; 0.2)	-0.6	(-1.1; -0.1)

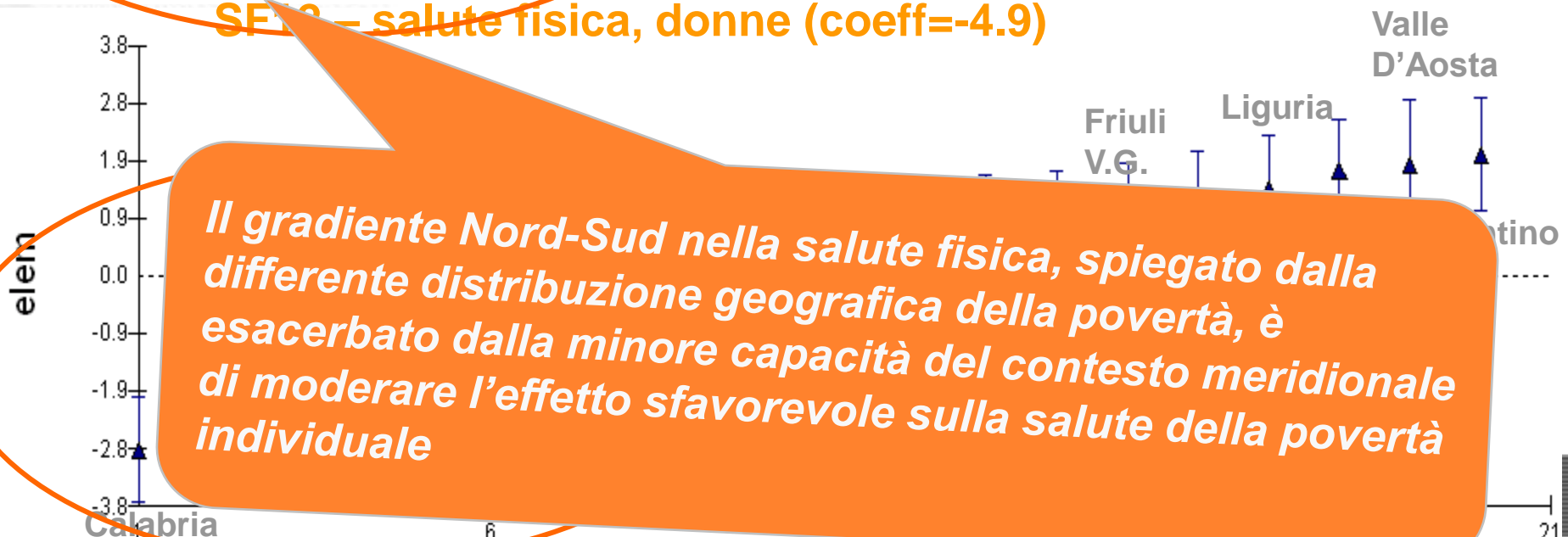
**Il gradiente Nord-Sud nella salute fisica è prevalentemente spiegato dalla maggiore concentrazione nel Sud della povertà individuale**

# Scostamenti regionali dalle differenze di salute per istruzione: licenza elementare vs. laurea

SF12 – salute fisica, uomini (coeff=-3.9)



SF12 – salute fisica, donne (coeff=-4.9)

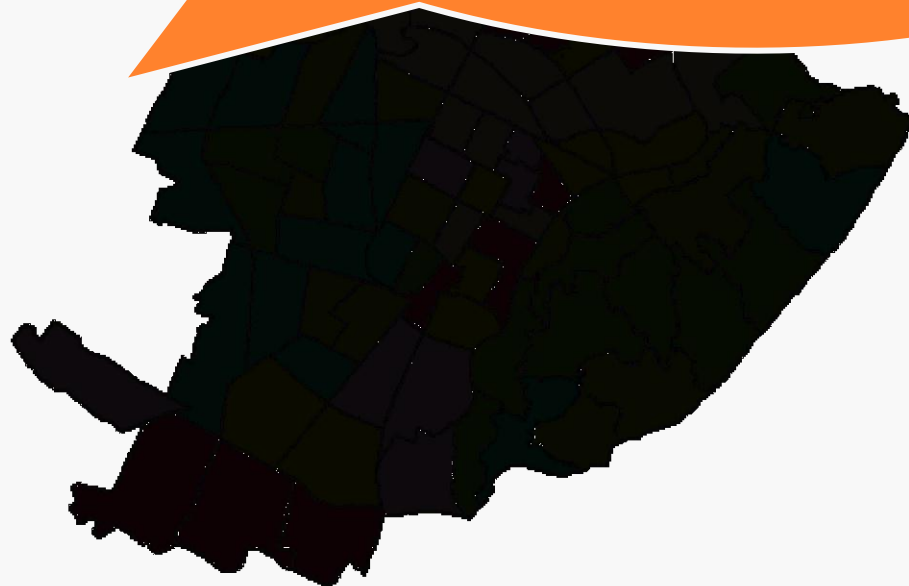


*Il gradiente Nord-Sud nella salute fisica, spiegato dalla differente distribuzione geografica della povertà, è esacerbato dalla minore capacità del contesto meridionale di moderare l'effetto sfavorevole sulla salute della povertà individuale*

Ricoveri per cause sensibili al trattamento  
ambulatoriale 1992-2003.

Rischi  
Relativi  
Bayesiani

**I torinesi non sono  
tutti uguali di fronte  
al rischio di  
inappropriatezza**



**E a livello locale?**



# Ricoveri per cause sensibili al trattamento ambulatoriale secondo quintili di disoccupazione di sezione cens., Torino 2002-2003

