



JOINT ACTION HEALTH EQUITY EUROPE

Perché, cosa, come, chi **e con chi?**

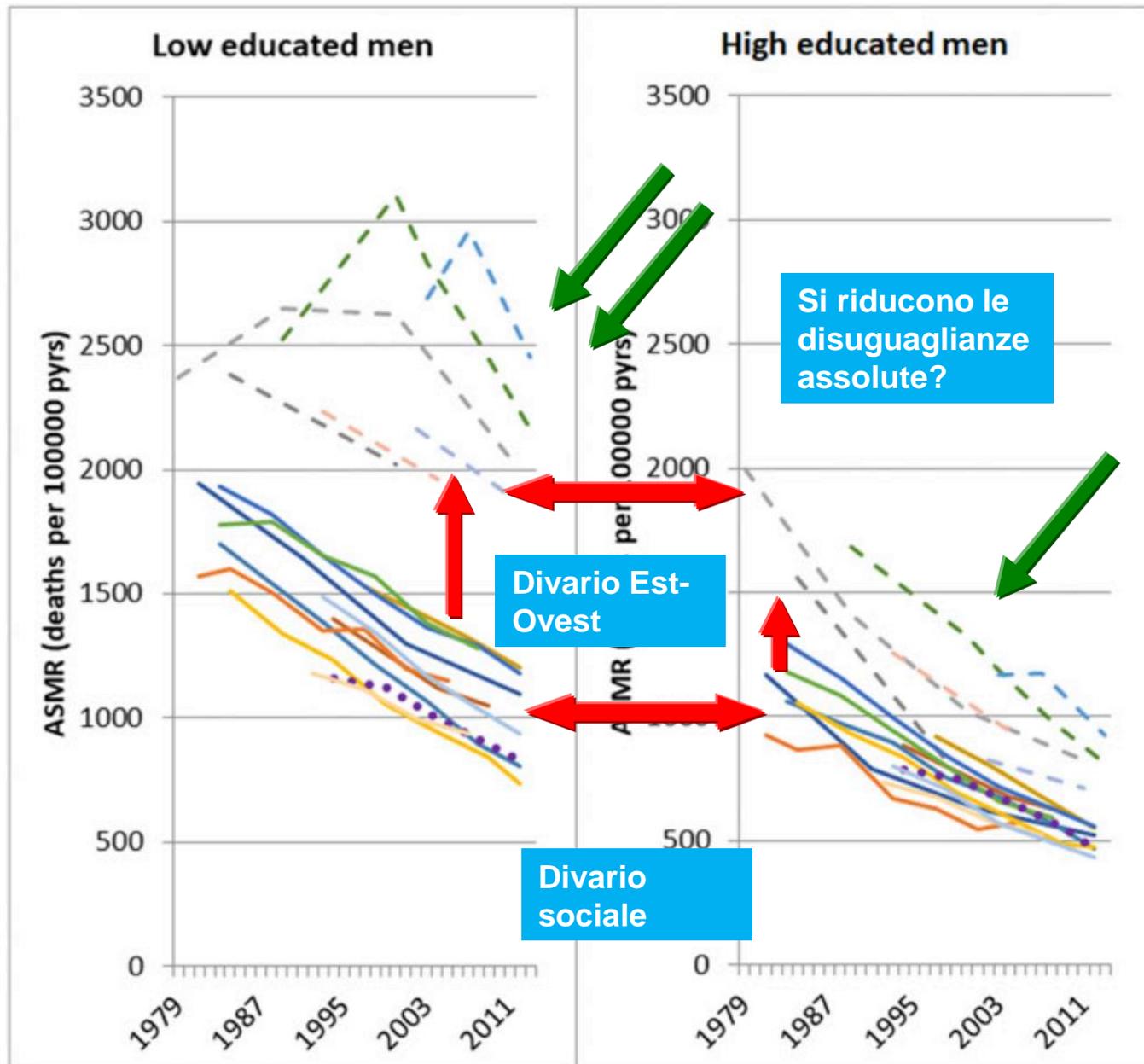
Giuseppe Costa, Università di Torino e SCaDU Servizio
Epidemiologia ASL3 Piemonte
Per conto del coordinamento italiano della Joint Action
(ISS Roma)



Co-funded by the Health Program
of the European Union - CHAFEA

Disuguaglianze per istruzione nella mortalità in 17 popolazioni europee, Uomini 1980-2014 (Mackenbach, Pnas 2018)

Perché?



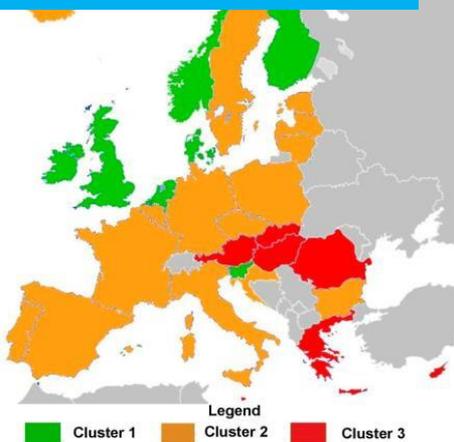
Le disuguaglianze sociali di salute sono ancora con noi

Ma vanno nel verso giusto: trend favorevoli anche nell'europa centro-orientale e tra i meno istruiti, nonostante la recessione

PAESI EUROPEI IN BASE AI PROGRESSI FATTI NEL CONTRASTO DELLE DISUGUAGLIANZE DI SALUTE (DG SANTE Expert Group, country assessment survey 2015-16)

Perché?

	Priorità in agenda	Tipo di politiche	Valutazione	Target	Morti attribuibili a bassa istruzione	Paesi
A	Alto	Strategia governativa intersettoriale completa	Do better			Finlandia • Irlanda • Norvegia • Svezia • Austria • Germania • Regno Unito
B	Medio/alto	Politiche solo di sanità pubblica e iniziative isolate intersettoriali	Medio/alto	Per lo più vulnerabili	25-30% M 15-25% F apart FR/ES	Belgio • Danimarca Spagna • Olanda • Italia • Francia • Estonia
EU review 2013		che dirette a solo sanitarie	Basso	aree locali	% =	Do more Croazia • Cipro • Rep. Ceca • Ungheria
		politiche sanitarie solo dirette	Basso	Società nel suo	45-55% M 45% F	Polonia • Romania • Slovacchia
					50% M 15-15% F	Do some Lettonia • Grecia • Portogallo



Nonostante i progressi rimangono due importanti lacune da colmare con un comune impegno europeo

Cosa?

Le disuguaglianze di salute restano la più importante riserva di salute che può essere guadagnata dalle politiche in ogni paese europeo

- Ampi rischi attribuibili ai determinanti sociali di salute**
- Prove adeguate sui meccanismi che generano le disuguaglianze di salute**
- Prove adeguate dell'efficacia delle soluzioni e pratiche promettenti per la loro implementazione**
- Impatto economico su sanità e società molto consistente**

Ampia e ingiustificata variabilità geografica nella capacità di adottare e sviluppare politiche e interventi di contrasto:

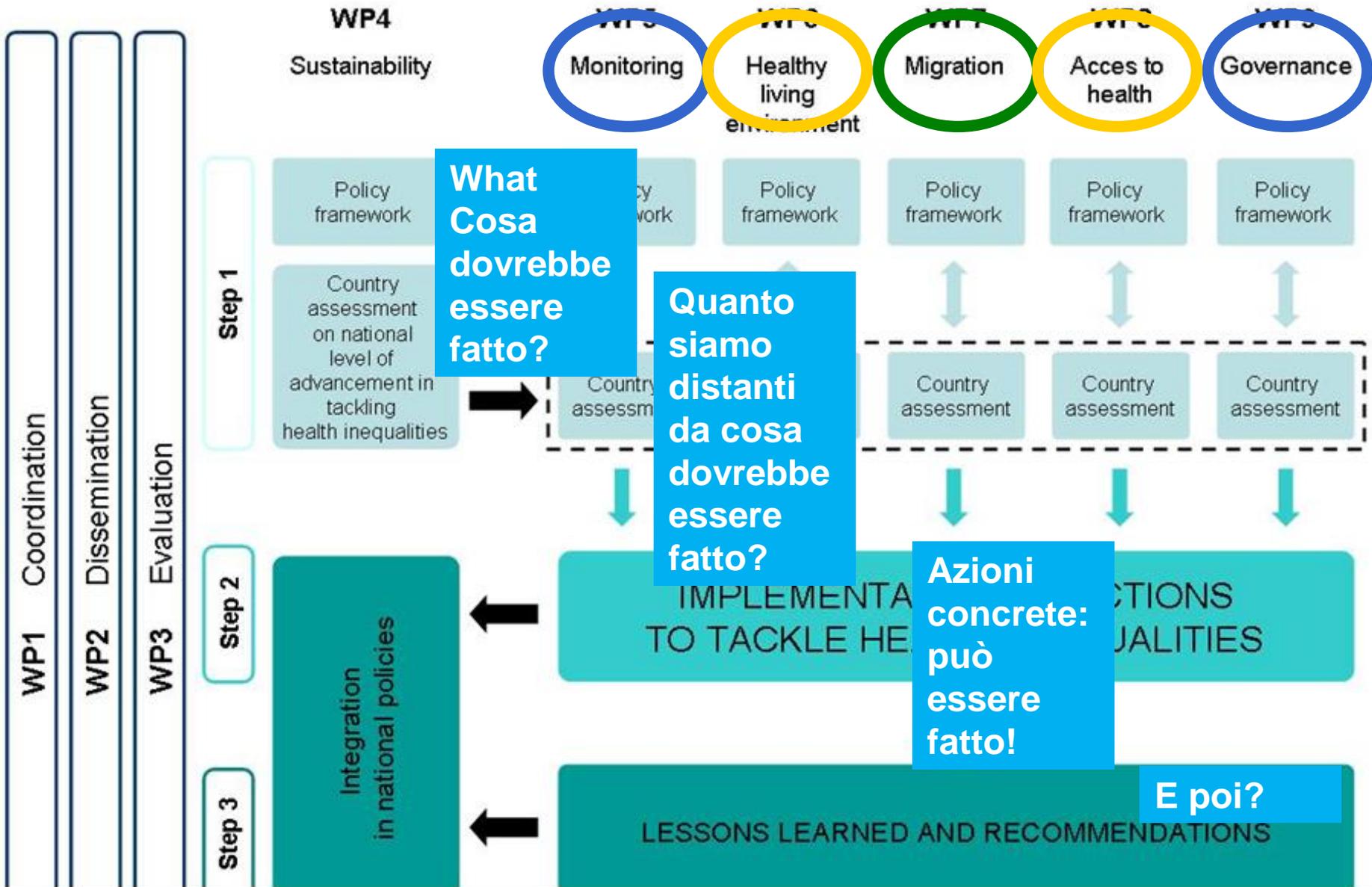
- Carenza di integrazione tra paesi con più e meno esperienza**
- Carenza di integrazione tra gli input della commissione europea e gli stati membri**

Due traguardi principali di JAHEE

- Migliore cooperazione (JOINT)**
- Azioni concrete (ACTION)**



JAHEE

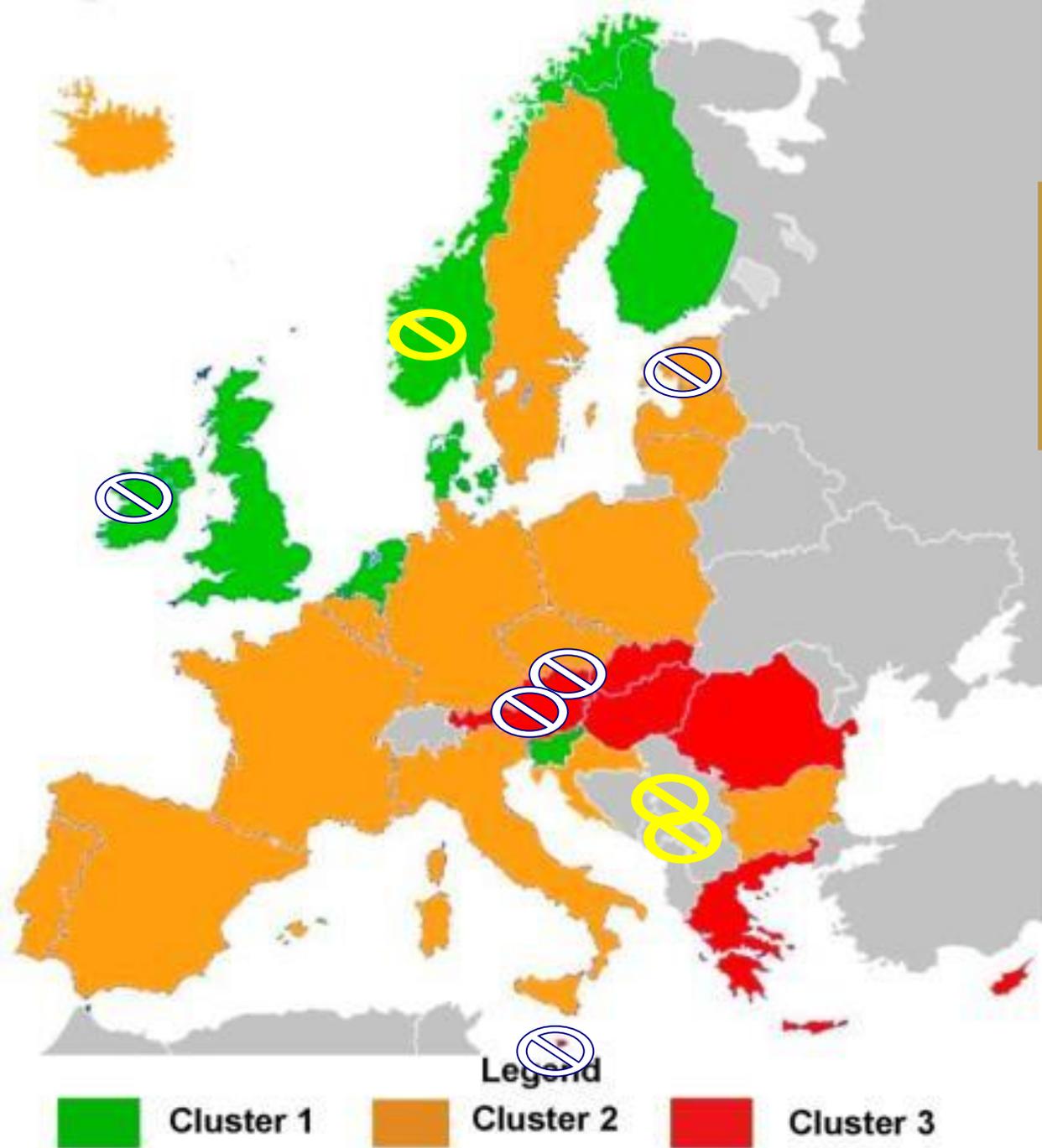


Chi

25 PARTECIPANTI
3 non MS



5 MS NON PARTECIPANTI
partner collaborativi



Barriere nel coinvolgimento di decisori e stakeholder

(nel contrasto delle disuguaglianze)

dove l'evidenza scientifica

dove la governance

Con chi?

Gli operatori di prevenzione piemontesi?

- **Non ci riguarda**
- **Non sappiamo che farci**
- **Non sappiamo come farlo**
- **Non vogliamo farlo** (leve, incentivi, regolazione)
- **Davvero non abbiamo intenzione di farlo** (ideologia, nessuna pressione)
- **Non ce la possiamo fare** (costo efficacia, intersettorialità, prevenzione conta di più)

Quali contributi (di sanità pubblica)
può portare il Piemonte in JAHEE?

WP5 monitoring: **UNA COVARIATA SOCIALE IN NSIS**

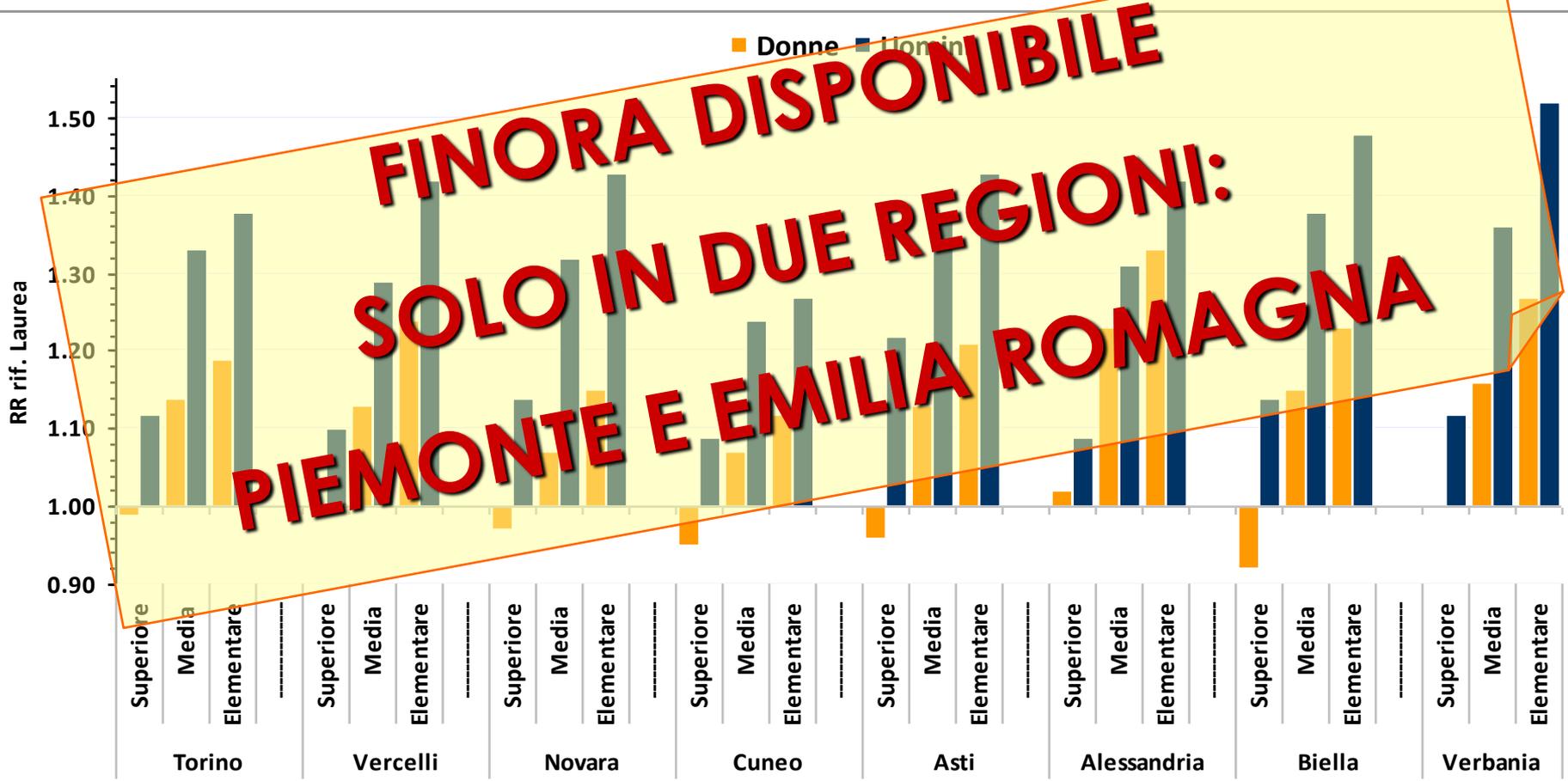
WP6 healthy living environments

WP7 immigration

WP8 health systems

WP9 governance/HiAP

Rischio relativi di ricoveri aggiustati per età secondo il per titolo di studio e la provincia piemontese di residenza in soggetti tra 30 e 85 anni, periodo 2011-2015.



Quali contributi (di sanità pubblica)
può portare il Piemonte in JAHEE?

WP5 monitoring: **UNA COVARIATA SOCIALE IN NSIS**

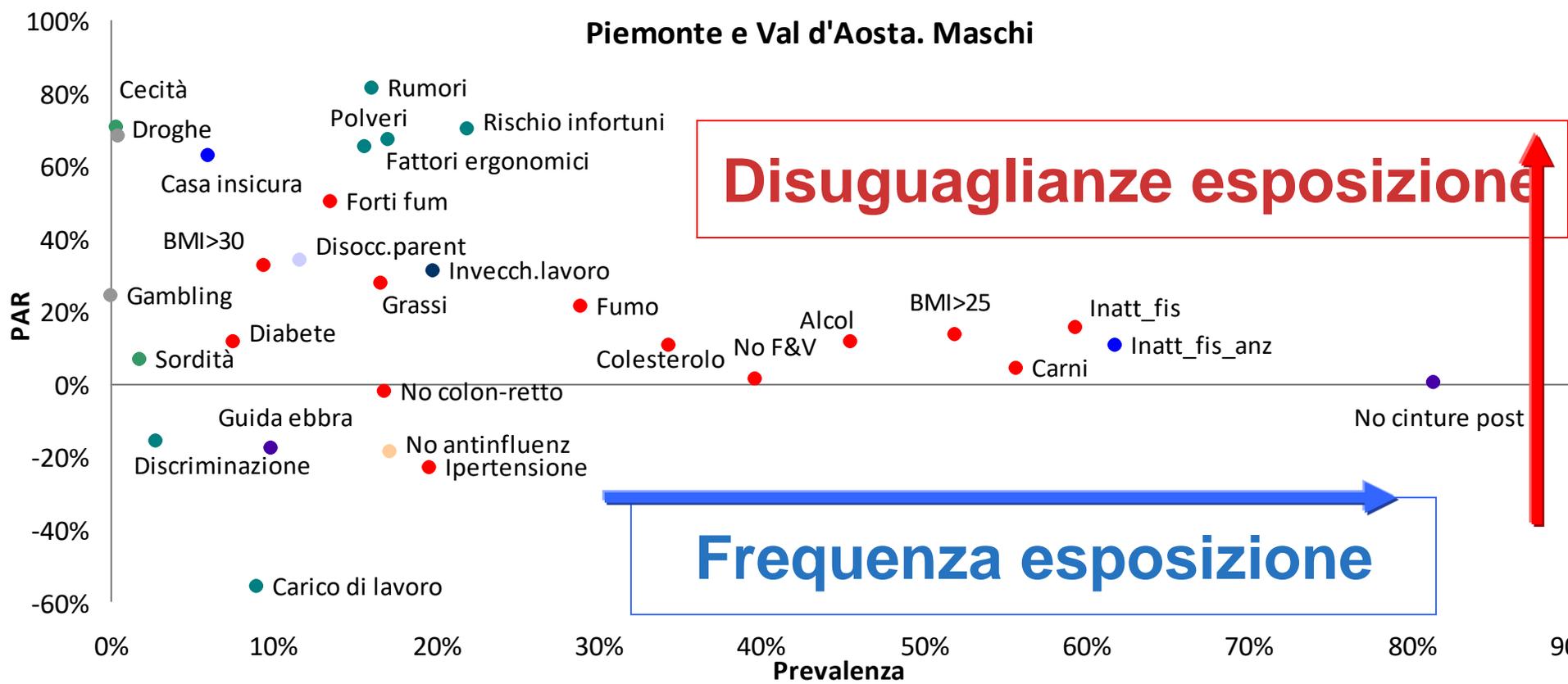
WP6 healthy living environments: **NUOVO PNP**

WP7 immigration

WP8 health systems

WP9 governance/HiAP

I 37 fattori di rischio per la salute del Piano nazionale di Prevenzione: uomini



Risultati significativi di inclusione di equità in PRP (a fine 2016)

Regioni e PA N(%)		Giudizio sintetico
4 (19%)	Abruzzo, Liguria, Molise, PA di Bolzano	NP
3 (14%)	Basilicata, Toscana, Valle d'Aosta	Considerano l'equità nel quadro
5 (24%)	Campania, Friuli Venezia Giulia, Puglia, Sicilia, Umbria	Hanno ricorrendo a misure di equità misurare OPPURE non misurare l'equità di HEA
5 (24%)	Calabria, Lazio, Lombardia, Sardegna, Veneto	Sanno misurare, hanno consapevolezza e/o almeno un HEA sarà realizzato sulla base del PRP
4 (19%)	Emilia Romagna, Marche, P.A di Trento, Piemonte	Approcciano l'equità con misure di equità e suguaglianze con

Do some

Do more

Do better

Quali contributi (di sanità pubblica)
può portare il Piemonte in JAHEE?

WP5 monitoring: **UNA COVARIATA SOCIALE IN NSIS**

WP6 healthy living environments: **NUOVO PNP**

WP7 immigration: **VULNERABILITA'**

WP8 health systems

WP9 governance/HiAP

SCREENING MAMMOGRAFICO

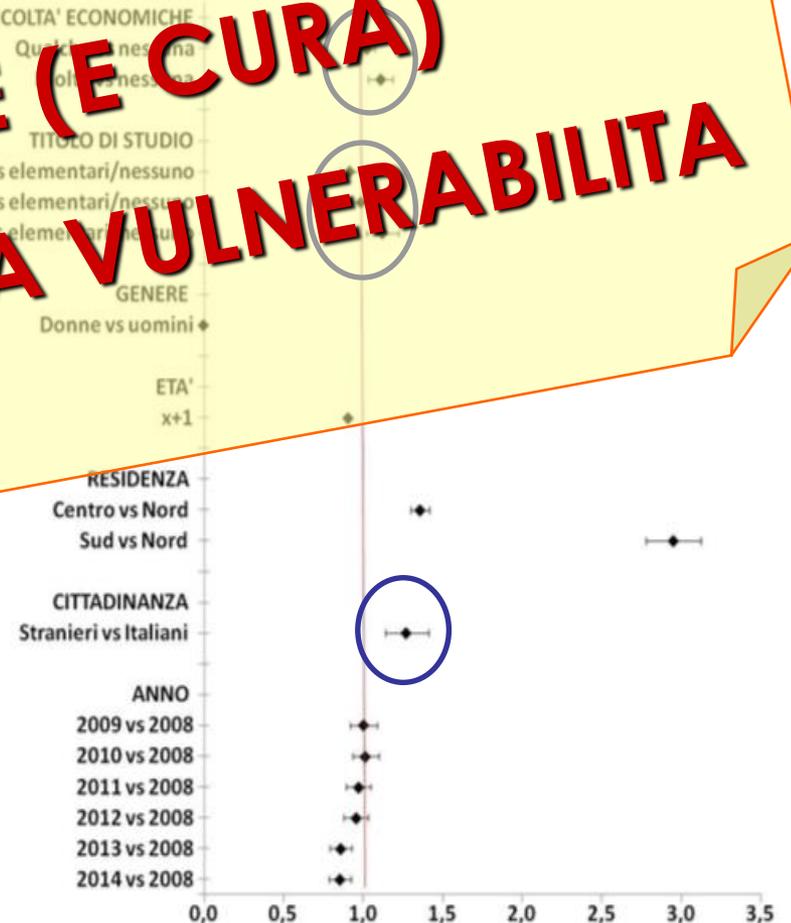
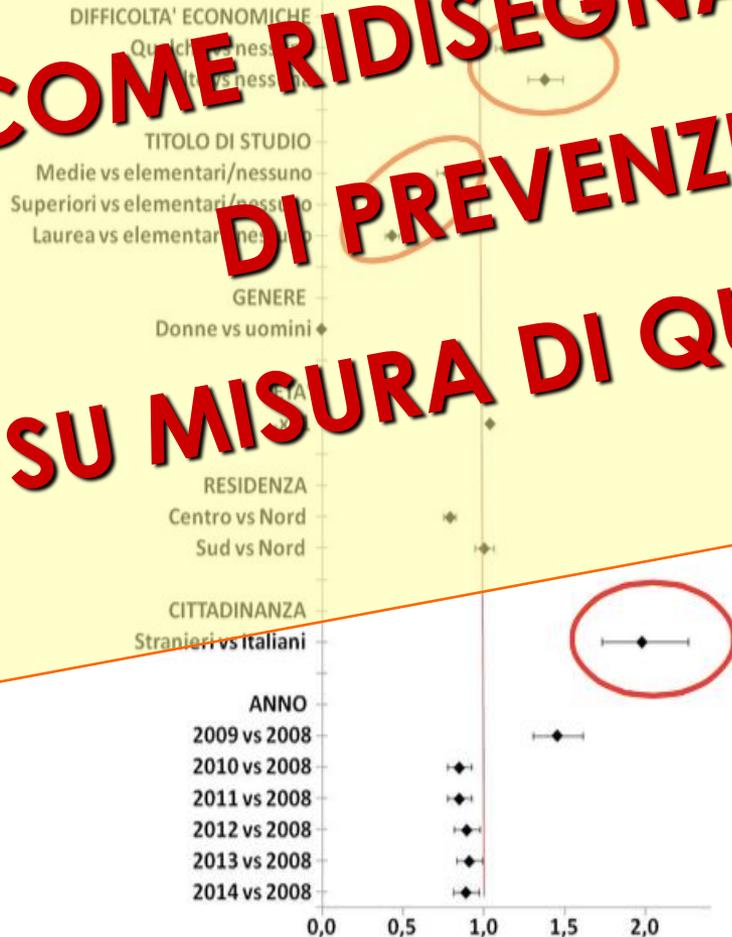
Odds Ratios e relativi IC95% (modelli di regressione logistica) PASSI 2008-2014. Donne 50-69 anni.

Mancata partecipazione allo screening

SPONTANEO

ORGANIZZATO

**COME RIDISEGNARE GLI INTERVENTI
DI PREVENZIONE (E CURA)
SU MISURA DI QUESTA VULNERABILITÀ**



Quali contributi (di igiene e sanità pubblica)
può portare il Piemonte in JAHEE?

WP5 monitoring: **UNA COVARIATA SOCIALE IN NSIS**

WP6 healthy living environments: **NUOVO PNP**

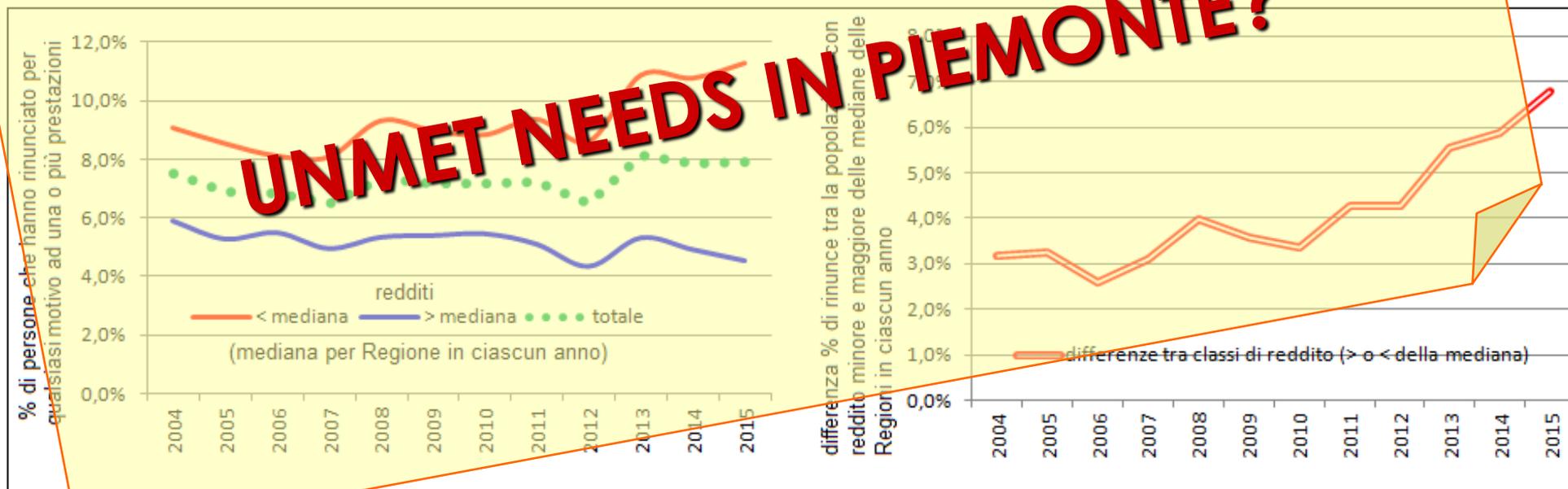
WP7 immigration: **VULNERABILITA'**

WP8 health systems: **GARANZIA LEA,
EQUITY MANAGEMENT**

WP9 governance/HiAP

LA RINUNCIA ALLE CURE PER MOTIVI ECONOMICI

UNMET NEEDS IN PIEMONTE?



Rinuncia negli ultimi 12 mesi per motivi economici o per le liste di attesa lunghe Fonte: Cislghi et al 2017 su dati EU-SILC

Quali contributi (di igiene e sanità pubblica)
può portare il Piemonte in JAHEE?

WP5 monitoring: **UNA COVARIATA SOCIALE IN NSIS**

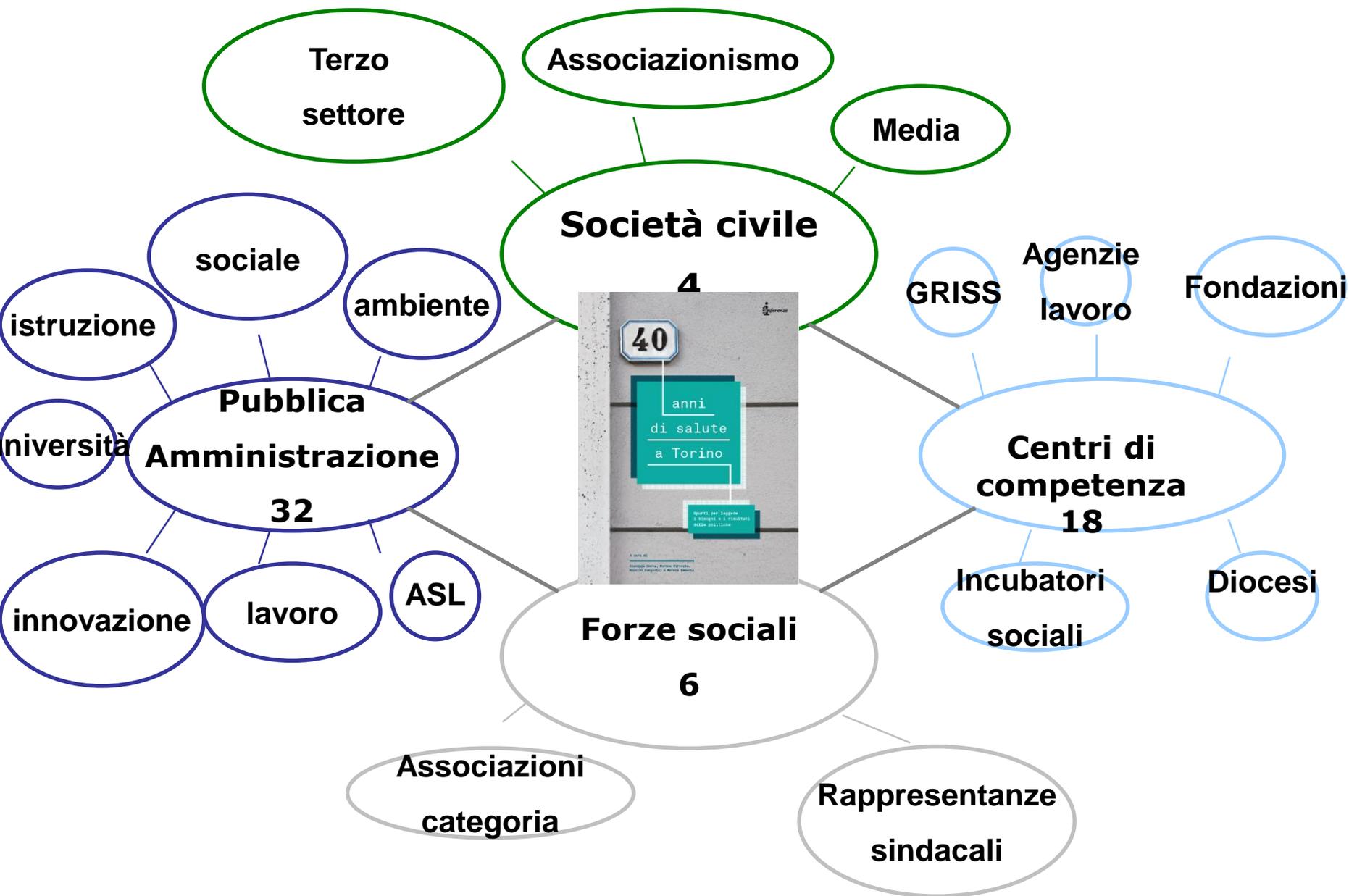
WP6 healthy living environments: **NUOVO PNP**

WP7 immigration: **VULNERABILITA'**

WP8 health systems: **GARANZIA LEA,
EQUITY MANAGEMENT**

WP9 governance/HiAP: **WELFARE
GENERATIVO COMUNITA'**

Oggetto di un primo laboratorio che ha coinvolto 45 rappresentanti di varie categorie di attori cittadini coinvolti in 3 atelier



**DALLA TEORIA
ALL'AZIONE**



**AUMENTARE
LA CONSAPEVOLEZZA
E COSTRUIRE COMUNITA'**

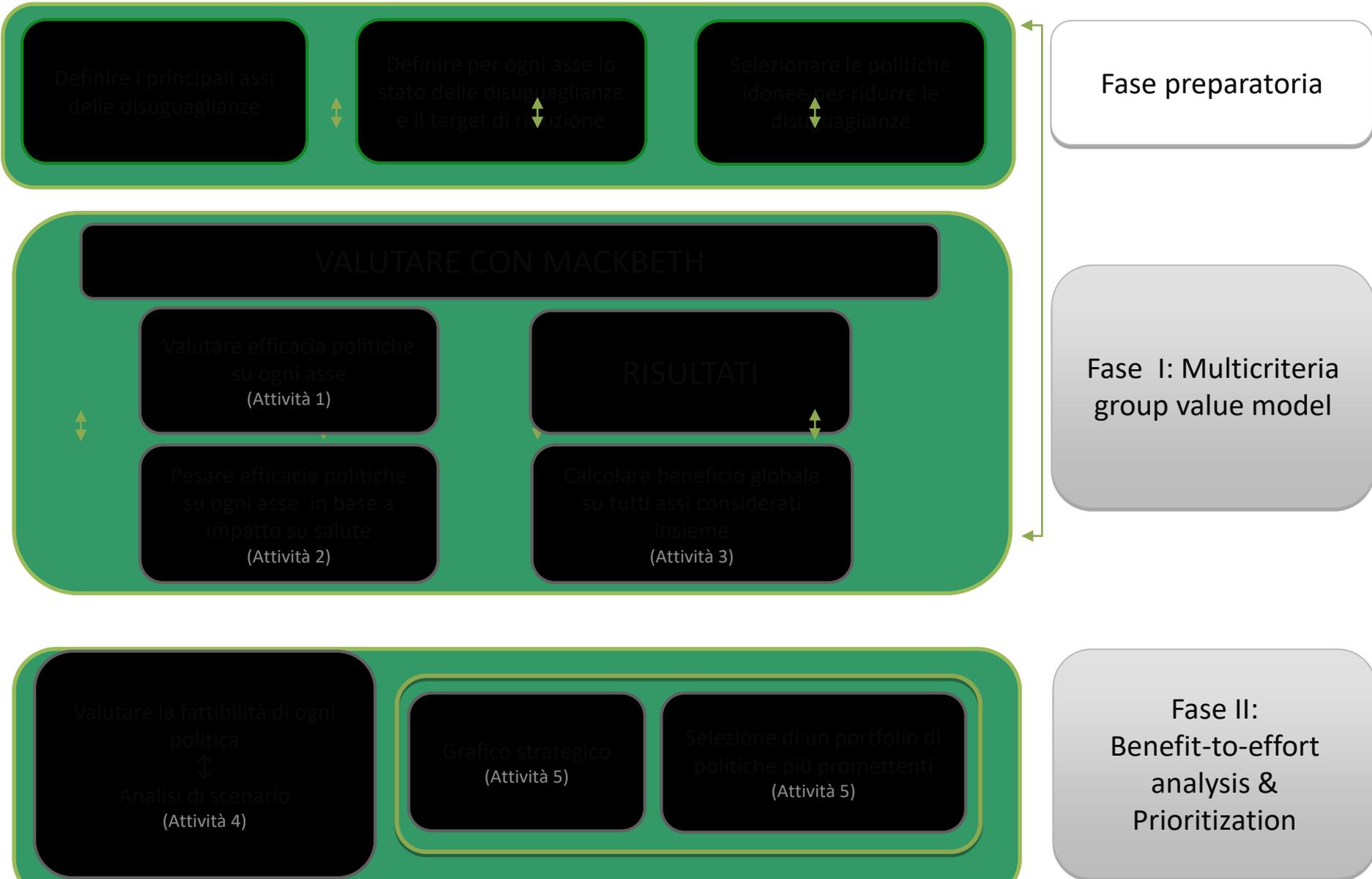
**ASCOLTARE
E INGAGGIARE**



MANDATO DI AUTORITA'



Metodologia usata per supportare la selezione di un portfolio di politiche e azioni prioritarie (seguire i compiti che si colorano di giallo)



Politiche e azioni evidenziate nel corso degli atelier come di potenziale rilevanza per ridurre le disuguaglianze di salute per ognuno degli otto assi delle disuguaglianze; politiche e azioni che sono alla portata delle responsabilità urbane

Tabella 1

Matrice d'intervento - I punti in azzurro rappresentano l'intersezione tra la politica e il determinante sul quale essa ha un potenziale impatto nel ridurre le disuguaglianze

Politiche di intervento	Condizione occupazionale	Qualità del lavoro	Istruzione	Reddito	Condizione familiare	Condizione abitativa	Ambiente costruito	Ambiente sociale	Numero di assi per intervento (91)
Politiche per la qualità del lavoro e delle organizzazioni									
Promozione della qualità nel lavoro	●	●							2
Conciliazione e servizi territoriali, orari e accessibilità	●	●		●	●		●		5
Alternanza scuola - lavoro	●	●	●	●					4
Politiche per l'integrazione nell'occupazione									
Gestione di incontro domanda - offerta e servizi per il lavoro	●			●	●	●		●	5
Orientamento	●	●	●						3
Formazione professionale	●	●	●						3
Politiche di protezione sociale ed empowerment									
Sostegno al reddito				●	●	●		●	4
Risposta alla domanda sociale di abitazioni						●	●	●	3
Integrazione sociali per l'integrazione dei migranti	●	●	●	●	●	●	●	●	7
Sostegno di comunità per donne e minori	●				●				2
Strategie di inclusione attiva e promozione di comunità	●		●		●		●	●	5
Politiche per l'istruzione e la promozione culturale									
Contrasto all'abbandono scolastico e di integrazione nell'istruzione	●	●	●	●				●	5
Promozione della crescita socio-culturale dei giovani	●	●	●					●	4
Politiche di supporto economico allo studio	●	●	●	●					4
Politiche per la qualità dell'ambiente di vita									
Riduzione dell'inquinamento e aumento salutogenicità						●	●	●	3
Miglioramento delle aree verdi							●	●	2
Riqualificazione spazi abbandonati							●	●	2
Politiche per la salute e l'integrazione sociale									
Servizi e residenze per anziani non autosufficienti	●				●	●	●	●	5
Promozione della domiciliarità	●				●	●	●	●	5
Inserimento socio-lavorativi sostenuti ed eventualmente protetti	●	●		●		●		●	5
Politiche sanitarie									
Promuovere stili di vita salubri	●	●	●		●			●	5
Promozione di salute mentale	●	●	●		●			●	5
Riduzione delle barriere di accesso alle cure di qualità	●			●				●	3

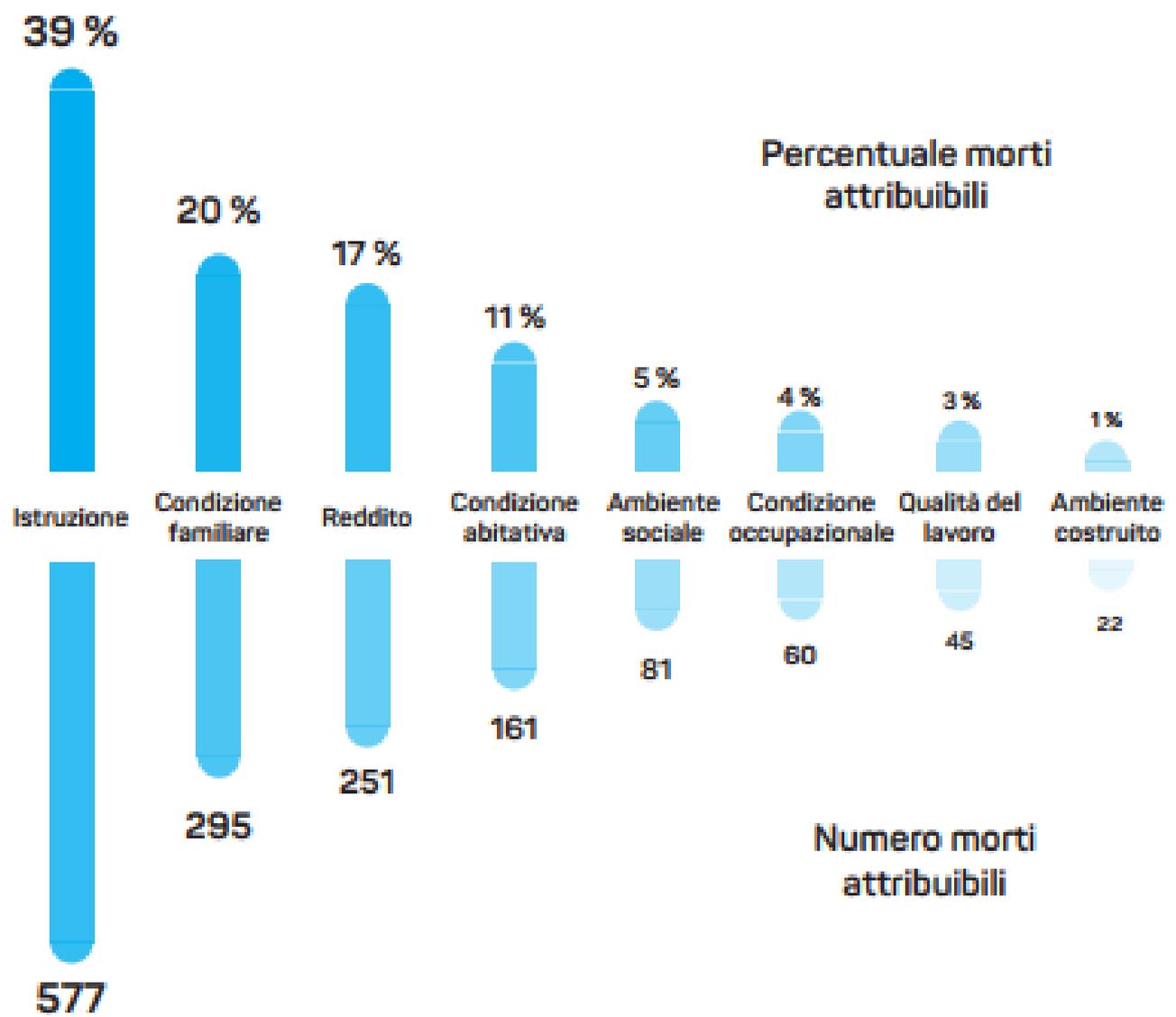
Politiche di intervento

	Condizione occupazionale	Qualità del lavoro	Istruzione	Reddito	Condizione familiare	Condizione abitativa	Ambiente costruito	Ambiente sociale
Politiche per la qualità del lavoro e delle organizzazioni								
Promozione della qualità nel lavoro	◆	◆						
Conciliazione e servizi territoriali, orari e accessibilità	◆	◆		◆	◆		◆	
Alternanza scuola - lavoro	◆	◆	◆	◆				
Politiche per l'integrazione nell'occupazione								
Gestione di incontro domanda - offerta e servizi per il lavoro	◆	◆	◆	◆	◆	◆		◆
Orientamento	◆	◆	◆					
Formazione professionale	◆							
Politiche di protezione sociale ed empowerment								
Sostegno al reddito				◆	◆	◆		◆
Risposta alla domanda sociale di abitazioni						◆	◆	◆
Integrazione sociali per l'integrazione dei migranti	◆	◆	◆	◆	◆	◆		◆
Sostegno di comunità per donne e minori	◆				◆			
Strategie di inclusione attiva e promozione di comunità	◆		◆		◆		◆	◆
Politiche per l'istruzione e la promozione culturale								
Contrasto all'abbandono scolastico e di integrazione nell'istruzione	◆	◆	◆	◆				◆
Promozione della crescita socio-culturale dei giovani	◆	◆	◆					◆
Politiche di supporto economico allo studio	◆	◆	◆	◆				
Politiche per la qualità dell'ambiente di vita								
Riduzione dell'inquinamento e aumento salutogenicità						◆	◆	◆
Miglioramento delle aree verdi							◆	◆
Riqualificazione spazi abbandonati							◆	◆
Politiche per la salute e l'integrazione sociale								
Servizi e residenze per anziani non autosufficienti	◆				◆	◆	◆	◆
Promozione della domiciliarità	◆				◆	◆	◆	◆
Inserimento socio-lavorativi sostenuti ed eventualmente protetti	◆	◆		◆		◆		◆
Politiche sanitarie								
Promuovere stili di vita salubri	◆	◆	◆		◆			◆
Promozione di salute mentale	◆	◆	◆		◆			◆
Riduzione delle barriere di accesso alle cure di qualità	◆			◆				◆

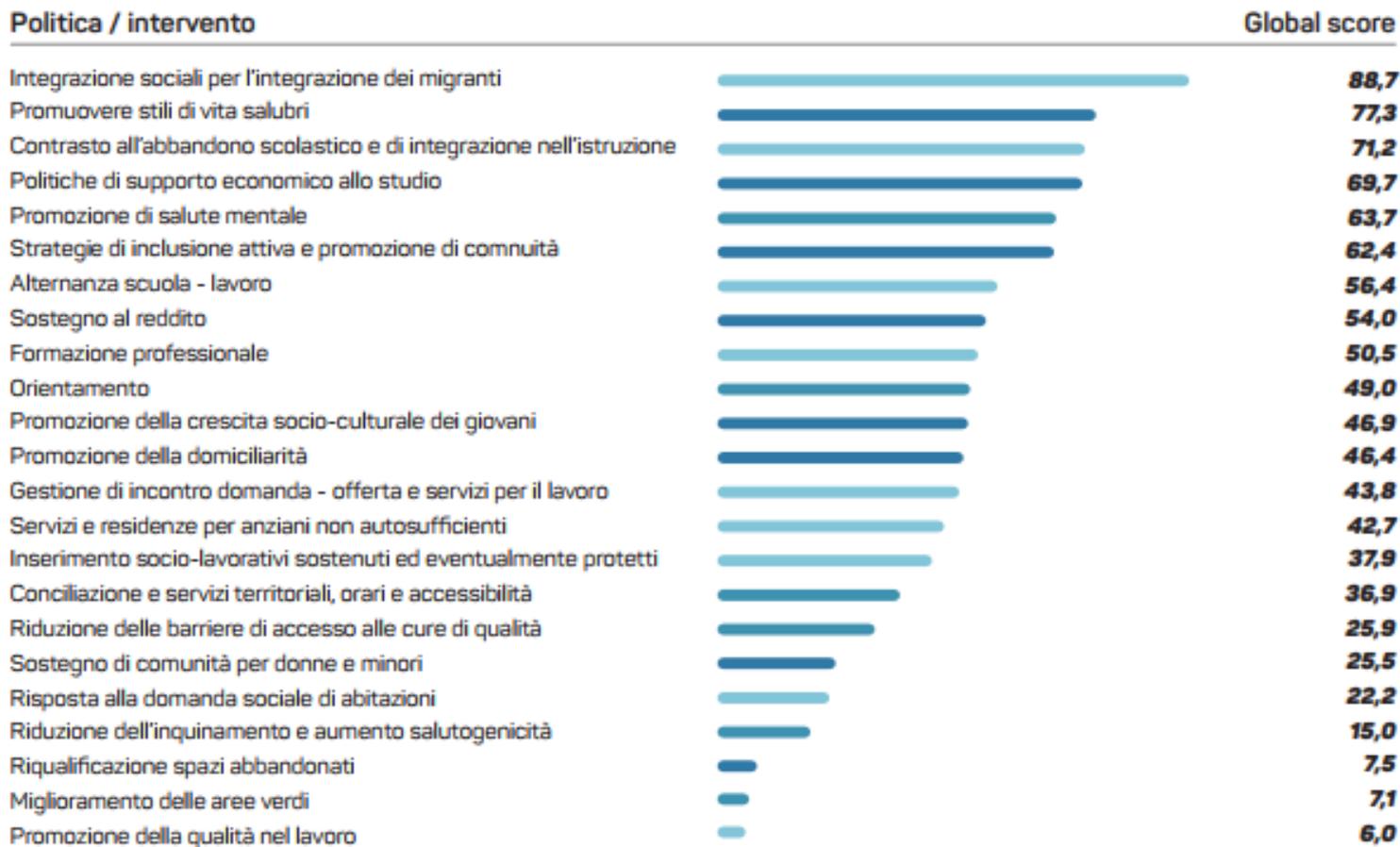
I PARTECIPANTI SONO STATI RICHIESTI DI CONCORDARE SU UN VALORE “MODALE” (PIU’ FREQUENTE) DI GIUDIZIO DI FATTIBILITA’ OGNI RISERVA E’ STATA’ ANNOTATA NEI COMMENTI QUALITATIVI SOTTO FORMA D GIUDIZIO “A CONDIZIONE CHE...”

Politiche di intervento	Do-ability
Politiche per la qualità del lavoro e delle organizzazioni	
Promozione della qualità nel lavoro	Debole
Conciliazione e servizi territoriali, orari e accessibilità	Forte
Alternanza scuola - lavoro	Moderato
Politiche per l'integrazione nell'occupazione	
Gestione di incontro domanda - offerta e servizi per il lavoro	Forte
Orientamento	Forte
Formazione professionale	Debole
Politiche di protezione sociale ed empowerment	
Sostegno al reddito	Debole
Risposta alla domanda sociale di abitazioni	Debole
Integrazione sociali per l'integrazione dei migranti	Debole
Sostegno di comunità per donne e minori	Forte
Strategie di inclusione attiva e promozione di comunità	Moderato
Politiche per l'istruzione e la promozione culturale	
Contrasto all'abbandono scolastico e di integrazione nell'istruzione	Forte
Promozione della crescita socio-culturale dei giovani	Forte
Politiche di supporto economico allo studio	Moderato
Politiche per la qualità dell'ambiente di vita	
Riduzione dell'inquinamento e aumento salubrità	Moderato
Miglioramento delle aree verdi	Moderato
Riqualificazione spazi abbandonati	Moderato
Politiche per la salute e l'integrazione sociale	
Servizi e residenze per anziani non autosufficienti	Forte
Promozione della domiciliarità	Moderato
Inserimento socio-lavorativi sostenuti ed eventualmente protetti	Forte
Politiche sanitarie	
Promuovere stili di vita salubri	Debole
Promozione di salute mentale	Debole
Riduzione delle barriere di accesso alle cure di qualità	Debole

Percentuale di morti annuali attribuibili alle disuguaglianze sociali (mortalità prematura tra 30 e 74 anni) a Torino durante il periodo 2002-2013. Rappresentano il target massimo di guadagno di salute raggiungibile eliminando le disuguaglianze sociali in ognuno degli otto assi



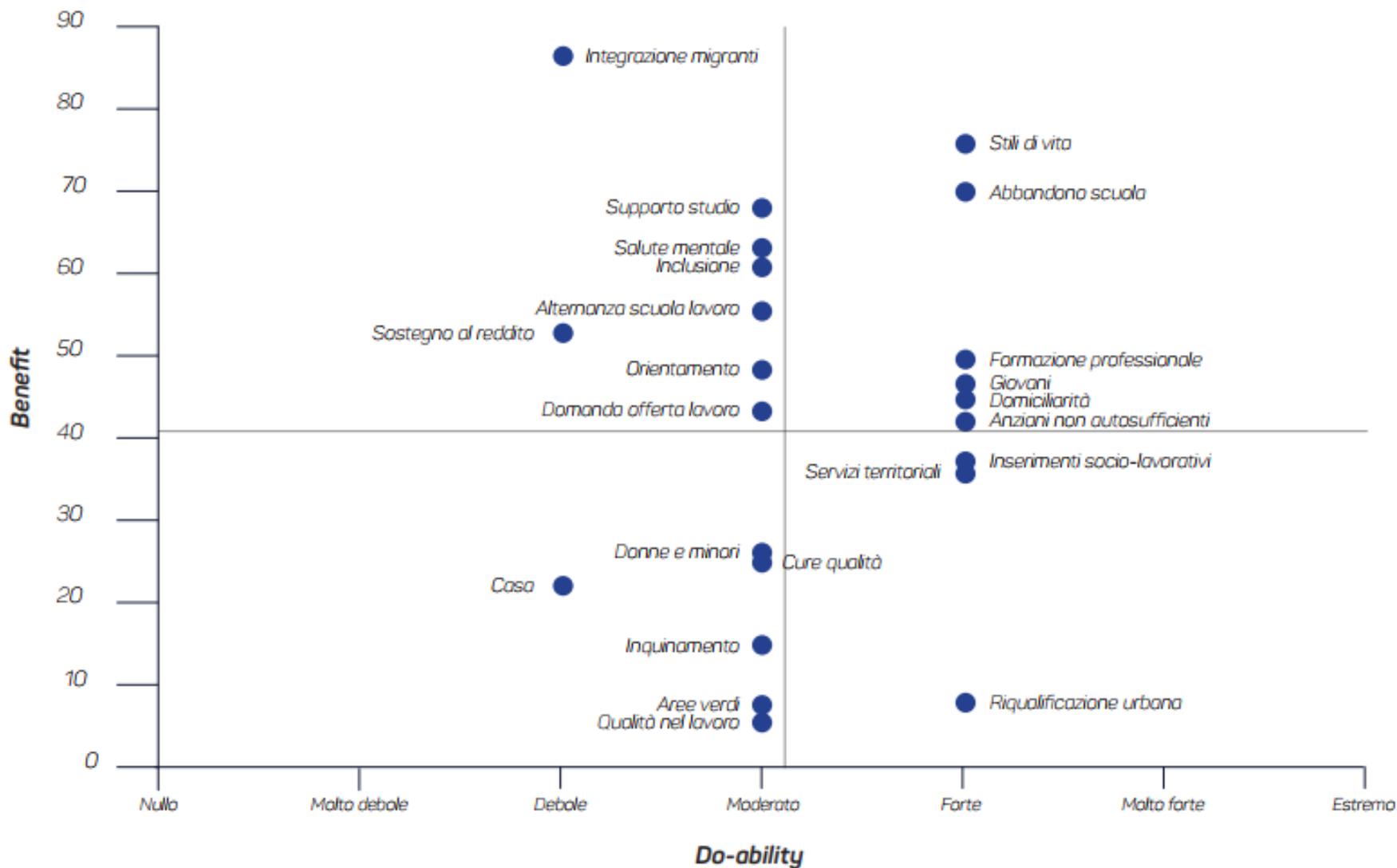
Graduatoria delle 23 politiche/azioni secondo l'efficacia attesa (in ordine decrescente) rispetto alla riduzione delle disuguaglianze di mortalità a Torino



Legenda

- Estremo
- Malto forte
- Forte
- Moderato
- Debole
- Malto debole
- Nulla

Grafico "benefit vs. do-ability": graduatoria delle 23 politiche/azioni secondo l'efficacia attesa rispetto alla riduzione delle disuguaglianze di mortalità a Torino (asse delle ordinate) e la fattibilità (asse delle ascisse).



Cosa succede se cambiamo le dimensioni di salute su cui valutare l'impatto degli otto determinanti sociali?

Percentuale di eventi attribuibili alle disuguaglianze di salute nei cinque outcome di salute considerati

Cattiva salute mentale (30 - 74 anni)

Reddito
46 %

Istruzione
20 %

Condizione familiare
14 %

Condizione occupazionale
12 %

Condizione abitativa
8 %

Qualità del lavoro
0 %

Ambiente sociale
0 %

Ambiente costruito
0 %

Cattiva salute fisica (30 - 74 anni)

Reddito
52 %

Condizione abitativa
20 %

Condizione familiare
12 %

Istruzione
5 %

Condizione occupazionale
5 %

Qualità del lavoro
5 %

Ambiente costruito
1 %

Ambiente sociale
0 %

Cattiva salute autopercepita (30 - 74 anni)

Istruzione
48 %

Reddito
29 %

Condizione familiare
8 %

Qualità del lavoro
6 %

Condizione abitativa
5 %

Condizione occupazionale
4 %

Ambiente sociale
0 %

Ambiente costruito
0 %

Cattiva salute mentale (18 - 35 anni)

Reddito
31 %

Condizione occupazionale
18 %

Condizione familiare
15 %

Ambiente costruito
11 %

Condizione abitativa
11 %

Qualità del lavoro
8 %

Istruzione
6 %

Ambiente sociale
0 %

Cattiva salute fisica (18 - 35 anni)

Reddito
20 %

Istruzione
18 %

Condizione familiare
15 %

Condizione abitativa
13 %

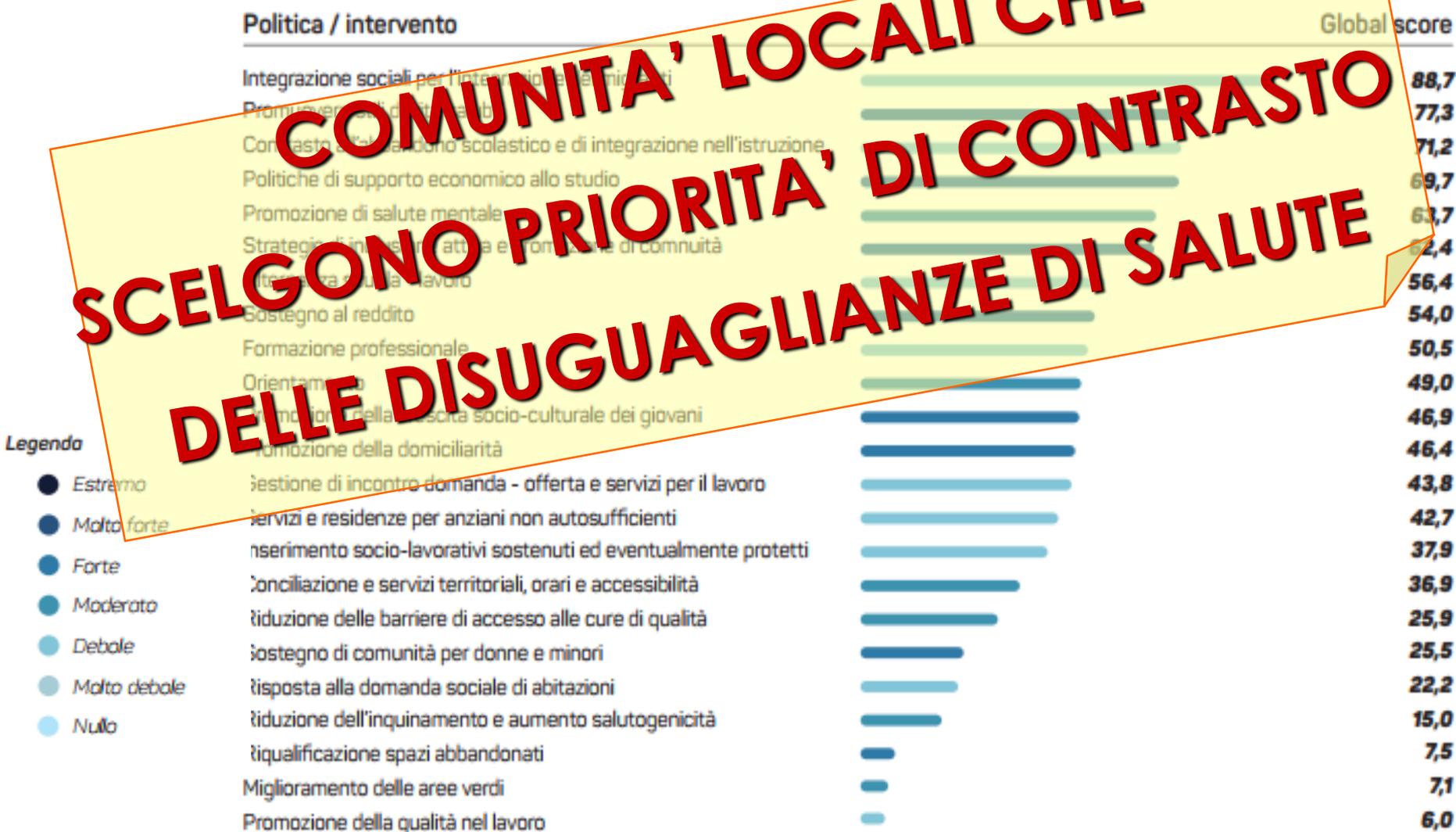
Condizione occupazionale
12 %

Ambiente costruito
12 %

Qualità del lavoro
10 %

Ambiente sociale
0 %

Graduatoria delle 23 politiche/azioni secondo l'efficacia attesa (barre in ordine decrescente) rispetto alla riduzione delle disuguaglianze di mortalità a Torino e la fattibilità (intensità di colore crescente)



Quali contributi (di igiene e sanità pubblica) può portare il Piemonte in JAHEE?

UN'AGENDA IN DISCUSSIONE...
IL CONTRIBUTO DELLA PREVENZIONE

WP5 monitoring

COVARIATA SOCIALE IN NSIS
PIEMONTESE

WP6 healthy living environments: **NUOVO PNP**

A LIVELLO LOCALE...

WP7 immigration: **VULNERABILITA'**

WP8 health systems: **GARANZIA LEA, EQUITY MANAGEMENT**

WP9 governance/HiAP: **WELFARE GENERATIVO COMUNITA'**

giuseppe.costa@unito.it



Disuguaglianze di salute

Ridurre le disuguaglianze con azioni
di contrasto sui determinanti sociali

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