

Lo strumento dell'Health Equity Audit:

cos'è, a cosa serve, come costruire un profilo di equità a partire dal dato epidemiologico

Luigi Palestini

Nicola Caranci

Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale – Regione Emilia-Romagna

Giulia Silvestrini

Mauro Palazzi

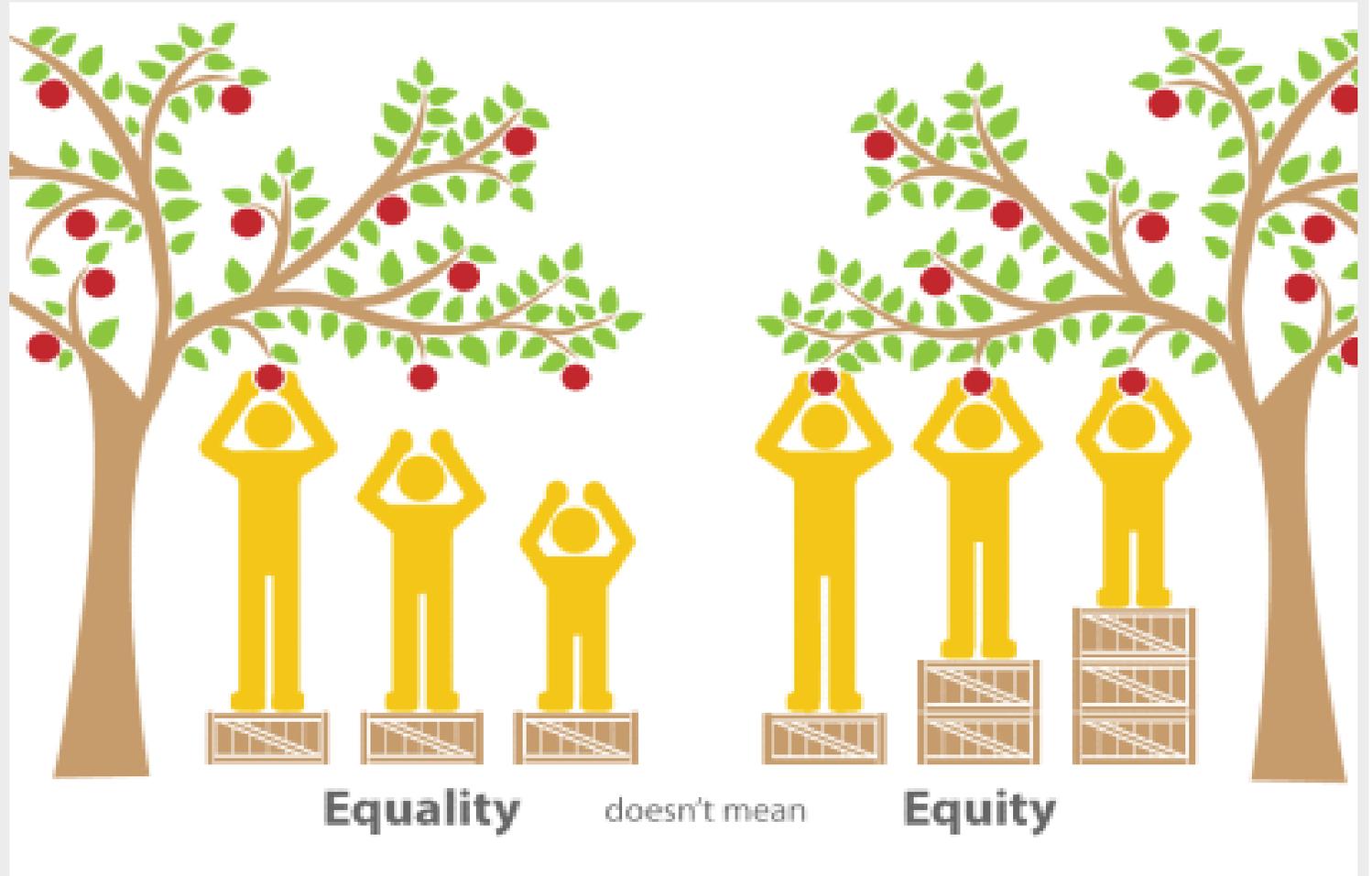
AUSL Romagna



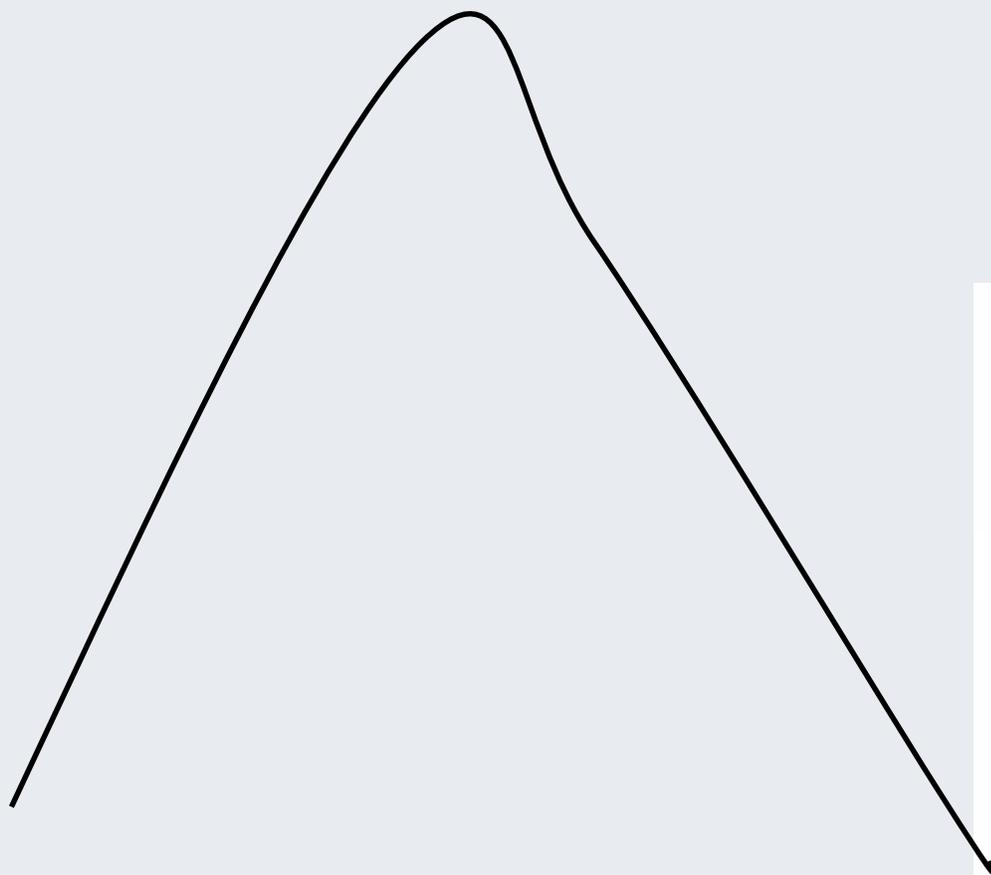
Orientare all'Equità

- Puntare ad equità in salute
- Ridurre le disuguaglianze di salute evitabili dove presenti e promuovere opportunità eque di accedere ai determinanti di salute, alla salute e ai servizi.

**Equality
(uguaglianza)
vs
Equity
(Equità)**



Orientare all'Equità dalla teoria alla pratica..



Cassetta degli attrezzi: strumenti per il contrasto delle disuguaglianze

HEA

Health Equity
Assessment Tool
(HEAT)

**Health Equity Impact
Assessment (HEIA)**

EqIA

Checklist



Escalators Metaphor

Urban Health Equity
Assessment and Response
Tool (Urban HEART)

Etc..

Equity Framework for Health
Technology Assessments

Da dove nasce l'HEA?

- L'HEA è un approccio nato in Inghilterra per il contrasto delle iniquità in salute e attualmente utilizzato in maniera sistematica nel Sistema sanitario nazionale inglese.
 - Strumento focalizzato su obiettivi nazionali di riduzione delle iniquità di salute.
 - Reso obbligatorio come parte del framework nazionale di valutazione delle performance.

Il ciclo dell'HEA



Health Equity Audit (HEA) UN PROCESSO

PROCESSO
completo e strutturato

Finalizzato a **verificare sistematicamente** la presenza di iniquità nell'accesso e negli esiti di prestazioni sanitarie, **individuare** le conseguenti **azioni** di contrasto e a **verificarne** il loro **impatto**

Health Equity Audit (HEA) UNO STRUMENTO

- **Strumento di programmazione sociosanitaria** che parte da un'analisi delle evidenze e delle iniquità esistenti per orientare la pianificazione dei servizi (*processo di ricerca-azione*).

E' in grado di

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

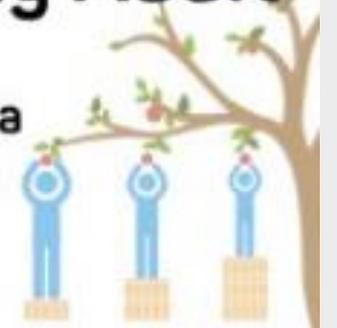
COME SI USA ?



COME SI USA ?

Health Equity Audit

nei piani regionali
di prevenzione in Italia



E-R

Agenzia sanitaria e
sociale regionale

Regione Emilia-Romagna

Cerca

solo nella sezione corrente

Sabato 04.05.2019 BO 12°/20°

Primo Piano

L'Agenzia

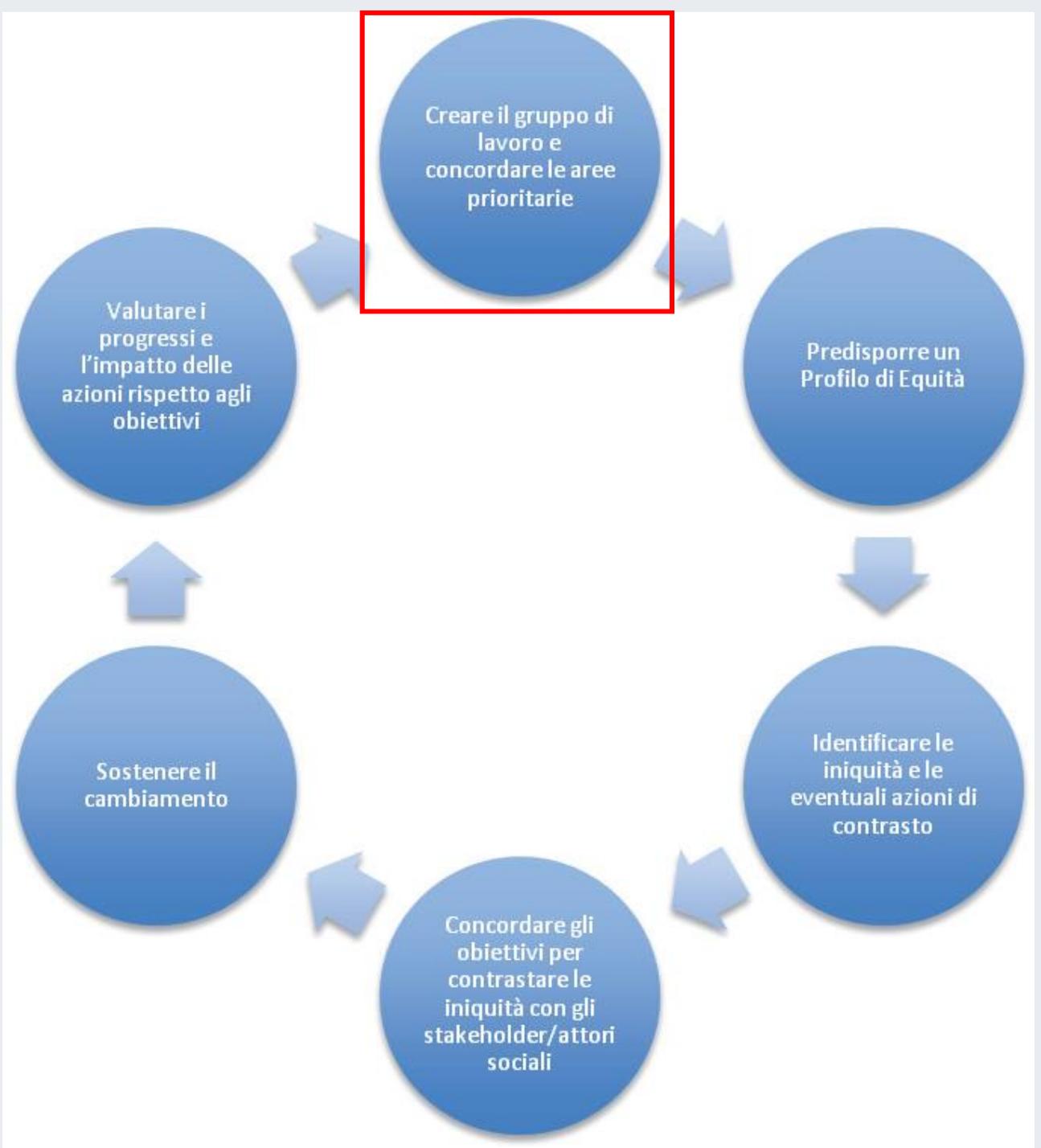
E-R | Agenzia sanitaria e sociale regionale | Ricerca e innovazione > Innovazione sociale > Equità > Toolkit - strumenti per l'equità

INDICE A ... Z - argomenti

Toolkit 5. Un percorso di valutazione di equità. L'Health Equity Audit (HEA)

Servizi

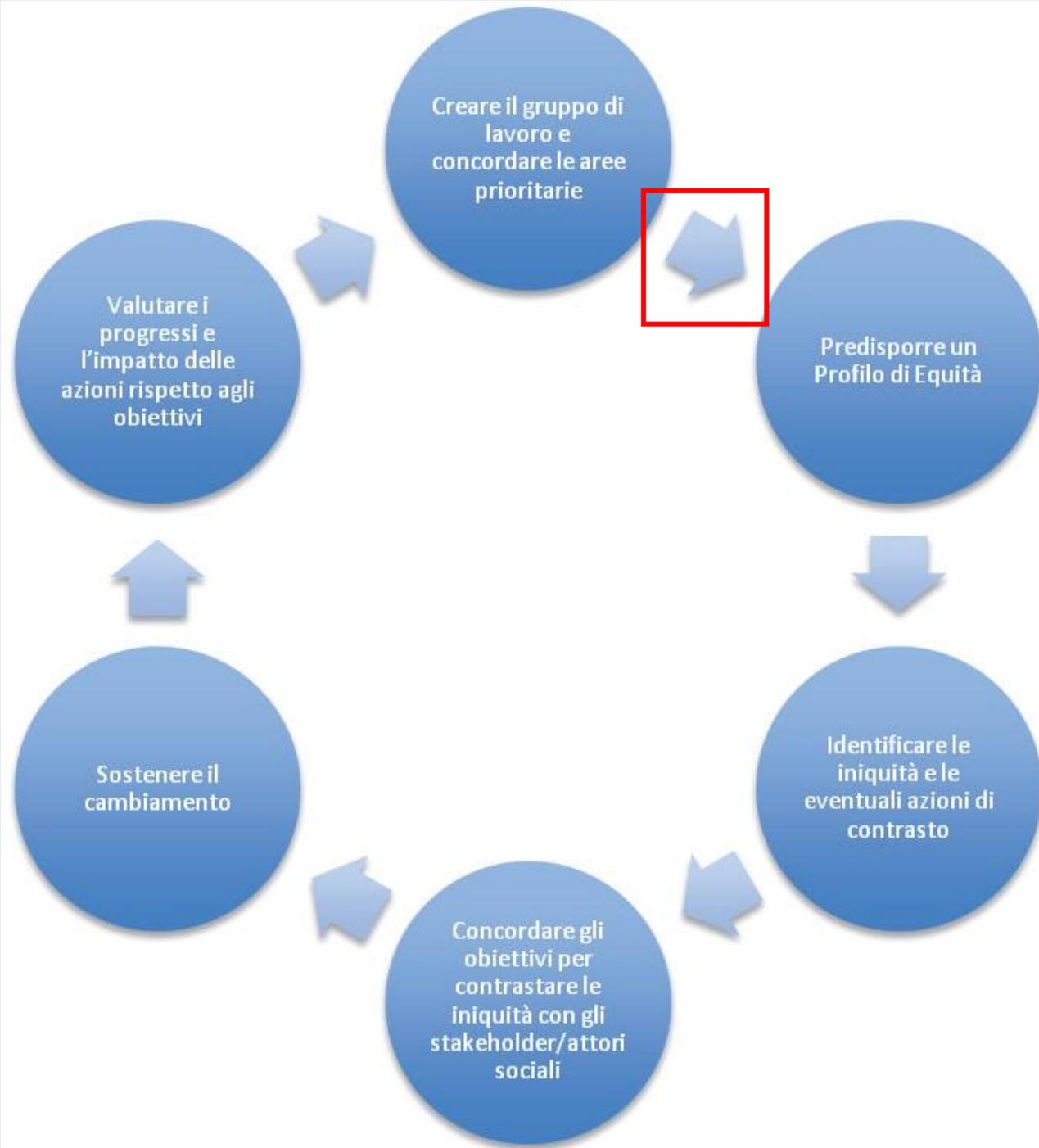
Il ciclo dell'HEA



Definizione Priorità e creazione gruppo di lavoro

- Le priorità per un HEA possono derivare da:
 - **piani sanitari o sociali** di diverso livello (nazionali, regionali o locali)
 - **analisi epidemiologiche**
 - **consultazione** di cittadini o attori locali significativi
 - impegni di *partnership* locale su **temi di interesse pubblico**.
- In base alle priorità individuate va creato un gruppo di *partnership* **multidisciplinare**.
- L'HEA dovrebbe essere redatto in accordo con l'intero gruppo di lavoro e sottoposto alla revisione dei gruppi di popolazioni interessati
- Le **priorità** identificate dal gruppo di lavoro dovrebbero essere **incluse nei piani strategici e nella programmazione aziendale**.

Il ciclo dell'HEA



Definizione di priorità: Analisi preliminare del contesto

Momento essenziale in cui si **analizza il punto di partenza**

Utile disporre di uno strumento che guidi nella conoscenza del contesto in un ottica di equità:

- Analisi di Contesto
- Professionalità e Risorse a disposizione
- Potenziali criticità e punti di forza

Definizione di priorità: Analisi preliminare del contesto

Diverse soluzioni possibili, da definire in base al contesto/complessità

- Semplici domande guida (“le lenti dell’equità”)



- Check list creata ad Hoc o mutuata dal CCM 2014
- EqIA- Equality Impact Assessment
- Altri strumenti di valutazione

**Definizione
di priorità:
Analisi
preliminare
del contesto**

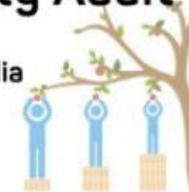
Check-list

Scopo:

**DEFINIRE L'ORIENTAMENTO DEL
PROGETTO IN TERMINI DI
EQUITA' E VALUTARE IL
CONTESTO IN CUI SI INTENDE
OPERARE**

Esempio 1 (ARS Toscana-Sanità di Iniziativa , interventi di cessazione fumo)

Health Equity Audit
nei piani regionali
di prevenzione in Italia



CHECK-LIST (1)

La check list è stata compilata in base al testo degli indirizzi approvati nella DGR n. 650/2016

	Quesito	Situazione osservata	Raccomandazioni	Indicatori
1	Nella popolazione degli assistiti adulti sono state analizzate differenze di esposizione al fattore di rischio?	Negli indirizzi per l'implementazione del nuovo modello della SI non sono presenti informazioni sulle differenze di esposizione al fumo di tabacco nella popolazione assistita	In fase di stesura del progetto, il gruppo di lavoro dovrebbe consultare o richiedere ai servizi di epidemiologia dati sulla prevalenza di fumatori in differenti categorie di soggetti per variabili demografiche e socio-economiche	Inserimento nel documento progettuale dei principali risultati dell'analisi
2	Nella popolazione degli assistiti adulti sono state analizzate differenze di vulnerabilità al fattore di rischio a parità di esposizione?	Negli indirizzi per l'implementazione del nuovo modello della SI non sono presenti informazioni sulle differenze di vulnerabilità al fumo di tabacco nella popolazione assistita	In fase di stesura del progetto, il gruppo di lavoro dovrebbe consultare o richiedere ai servizi di epidemiologia dati sulle differenze di vulnerabilità negli assistiti fumatori.	Inserimento nel documento progettuale dei principali risultati dell'analisi
3	Agli operatori e ai sostenitori del progetto sono note le differenze di esposizione e vulnerabilità osservate nella popolazione degli assistiti adulti?	L'informazione non è indicata nell'atto.	Far conoscere agli operatori e ai sostenitori del progetto le disparità di esposizione e vulnerabilità al fumo di tabacco osservate	Programmazione di un modulo dedicato alle disuguaglianze di salute nel percorso formativo degli operatori sanitari
4	Il setting di riferimento dell'intervento consente di mettere in atto interventi che contrastino le disuguaglianze osservate?	È inserita tra gli obiettivi del nuovo modello l'adozione di iniziative correttive volte ad orientare gli interventi verso la riduzione delle disuguaglianze. Nell'atto è riportato che il sistema delle cure primarie garantisce la migliore efficacia delle azioni di prevenzione primaria e di gestione dell'alto rischio cardiovascolare.	Coinvolgere il sistema delle cure primarie negli interventi per la cessazione dell'abitudine al fumo orientati all'equità.	Il quesito n. 4 è soddisfatto

CHECK-LIST (2)



	Quesito	Situazione osservata	Raccomandazioni	Indicatori
5	Tra i partner del progetto vi sono soggetti con una esperienza specifica nell'ambito delle disuguaglianze?	Negli indirizzi per l'implementazione del nuovo modello della sanità d'iniziativa non è indicato .	Nella fase di costruzione del gruppo di lavoro, verificare la presenza di professionisti con esperienza, di studio o ricerca e/o sul campo , nell'ambito delle disuguaglianze. L'inserimento nel gruppo di lavoro di professionisti formati dovrebbe essere una prassi consolidata.	Nell'atto è presente un richiamo alla collaborazione con Ars Toscana per l'attuazione del progetto CCM "Equity Audit nei Piani Regionali di Prevenzione". Il quesito n. 5 è soddisfatto.
6	Nel progetto sono previste azioni indirizzate al contrasto delle disuguaglianze osservate?	Negli indirizzi per l'implementazione del nuovo modello della sanità d'iniziativa non sono presenti azioni indirizzate al contrasto delle disuguaglianze osservate .	Programmare interventi strutturati nelle cure primarie per la cessazione dell'abitudine al fumo orientati all'equità.	Inserimento nel progetto di azioni indirizzate al contrasto delle disuguaglianze osservate.
7	Le azioni indirizzate al contrasto delle disuguaglianze osservate sono basate su evidenze di efficacia?	Negli indirizzi per l'implementazione del nuovo modello della sanità d'iniziativa non sono presenti azioni indirizzate al contrasto delle disuguaglianze osservate basate sulle evidenze di efficacia	Programmare interventi strutturati nelle cure primarie per la cessazione dell'abitudine al fumo orientati all'equità evidence-based .	Inserimento nel documento progettuale della letteratura scientifica di riferimento a supporto delle azioni.
8	Nel progetto vi sono azioni potenzialmente in grado di aumentare le disuguaglianze?	Negli indirizzi viene indicato che verranno consolidati modelli strutturati di empowerment dei pazienti per la gestione dei fattori di rischio attraverso attività di counselling , anche di gruppo.	Alcuni interventi potrebbero, involontariamente, essere meno efficaci nei soggetti più svantaggiati, accentuando le disuguaglianze di salute. Il gruppo di lavoro dovrebbe verificare l'efficacia dell'intervento programmato su differenti categorie di soggetti, sulla base della letteratura pubblicata.	Inserimento nel documento progettuale dei principali risultati dell'analisi bibliografica.

CHECK-LIST (3)



	Quesito	Situazione osservata	Raccomandazioni	Indicatori
9	Nel piano di monitoraggio dell'intervento sono esplicitati indicatori di processo o di esito utili a misurare l'impatto delle azioni sulle disuguaglianze osservate?	Per l'implementazione del modello negli assistiti ad alto rischio cardiovascolare (target B1), viene definito un set minimo di informazioni dalla cartella clinica del MMG per monitorare e valutare i percorsi, che integrano le informazioni dei flussi correnti. Il set minimo non è, tuttavia, esplicitato nel dettaglio.	Nella fase preparatoria all'avvio del progetto, dovrebbe essere verificata la presenza nella cartella clinica del MMG di informazioni su: - abitudine al fumo dell'assistito; - principali caratteristiche socio-economiche dell'assistito; - interventi di disassunzione	Inserimento nella cartella clinica del MMG dei campi di raccolta delle informazioni: - abitudine al fumo (sì, ex, mai); n° sigarette/die - livello di istruzione; stato occupazionale; professione; fascia di reddito - tipo di intervento di disassunzione realizzato Attraverso queste informazioni è possibile costruire indicatori di base di processo e di esito.
10	Gli strumenti utilizzati sono stati progettati tenendo conto delle disuguaglianze osservate nella popolazione target?	Negli indirizzi per l'implementazione del nuovo modello della sanità d'iniziativa non è indicato.	Gli strumenti dovrebbero essere costruiti tenendo in considerazione le barriere linguistiche, culturali e socio-economiche degli assistiti.	Descrizione nel documento di progetto della tipologia di strumenti utilizzati con analisi della accessibilità da parte dei gruppi svantaggiati.
11	Gli operatori che lavorano in contatto con la popolazione target dell'intervento sono stati formati su come affrontare le disuguaglianze osservate?	Negli indirizzi per l'implementazione del nuovo modello della sanità d'iniziativa non è indicato.	Gli operatori sanitari e in generale il personale a contatto con gli assistiti (segreteria, accoglienza, ecc.) dovrebbero essere adeguatamente formati.	Inserimento nel percorso formativo degli operatori sanitari di un modulo dedicato alle disuguaglianze di salute

Percorso per la definizione di strumenti di Equity Audit dei programmi regionali di promozione della salute e prevenzione fattori di rischio comportamentali

+ ATS : PIL 2016 - Scheda sperimentale di osservazione dei Programmi Locali <small>1 PROMOZIONE DI STILI VITA FAVOREVOLI ALLA SALUTE E PREVENZIONE FATTORI DI RISCHIO COMPORTAMENTALI NEGLI AMBIENTI DI LAVORO 2 PROMOZIONE DI STILI VITA FAVOREVOLI ALLA SALUTE E PREVENZIONE FATTORI DI RISCHIO COMPORTAMENTALI NEI CONTESTI SCOLASTICI</small>	
QUESITO	SITUAZIONE
1	Nello sviluppo dei Programmi sono stati analizzati i meccanismi di stratificazione /eccesso di esposizione al rischio
2	Nello sviluppo dei Programmi sono stati analizzati i meccanismi di vulnerabilità della "popolazione" (a parità di condizione di rischio)
3	Le azioni "aziendali" di comunicazione-informazione (compresi supporti/strumenti) sono progettate tenendo conto delle differenze culturali e socio-economiche nella popolazione target, così da garantire accessibilità (fruizione, comprensione, accettazione, ecc.), a tutte le componenti
4	La scelta delle Aziende/Imprese/Scuole da <i>ingaggiare</i> si colloca in un' analisi di contesto territoriale che prende in considerazione l'esistenza di disuguaglianze sociali, geografiche, culturali, ambientali, ecc.
5	Nel piano di monitoraggio del Programma sono esplicitati elementi utili al monitoraggio delle disuguaglianze
6	Sono condivisi con gli stakeholder del Programma (Datori di lavoro, Parti Sociali, Scuole, ecc.) problematiche ed obiettivi in tema di disuguaglianza
7	Le azioni previste dal Programma sono in grado di contrastare fattori di disuguaglianza
8	Il Programma ha azioni potenzialmente in grado di aumentare le disuguaglianze
9	Le azioni di contrasto alle disuguaglianze previste sono basate su evidenze di efficacia

Es: Scheda ATS Lombardia – Analisi PIL 2016

DOMANDE ESSENZIALI

1. Nella popolazione/setting che prendo in considerazione sono state analizzate/misurate (in base al livello di dettaglio raggiunto) eventuali **differenze di stratificazione/esposizione al fattore di rischio?**

2. Nella popolazione/setting? che prendo in considerazione sono state analizzate/misurate eventuali **differenze di vulnerabilità all'esposizione al fattore di rischio a parità di esposizione**

Percorso per la definizione di strumenti di Equity Audit dei programmi regionali di promozione della salute e prevenzione fattori di rischio comportamentali

ATS : PIL 2016 - Scheda sperimentale di osservazione dei Programmi Locali 1. PROMOZIONE DI STILI VITA FAVOREVOLI ALLA SALUTE E PREVENZIONE FATTORI DI RISCHIO COMPORTAMENTALI NEGLI AMBIENTI DI LAVORO 2. PROMOZIONE DI STILI VITA FAVOREVOLI ALLA SALUTE E PREVENZIONE FATTORI DI RISCHIO COMPORTAMENTALI NEI CONTESTI SCOLASTICI	
QUESITO	SITUAZIONE
1	Nello sviluppo dei Programmi sono stati analizzati i meccanismi di stratificazione /eccesso di esposizione al rischio
2	Nello sviluppo dei Programmi sono analizzati i meccanismi di vulnerabilità "popolazione" (a parità di condizioni rischio)
3	Le azioni "aziendali" di comunicazione/informazione (compresi supporti/strumenti) sono progettate tenendo conto delle differenze culturali e socio-economiche nella popolazione target, così da garantirne accessibilità (fruizione, comprensione, accettazione) di tutte le componenti
4	La scelta delle Aziende/Imprese/Scuole da coinvolgere si colloca in un'analisi territoriale che prende in considerazione l'esistenza di disuguaglianze sociali, geografiche, culturali, ambientali, e...
5	Nel piano di monitoraggio del Programma sono esplicitati elementi utili al monitoraggio delle disuguaglianze
6	Sono condivisi con gli stakeholder del Programma (Datori di lavoro, Parti Sociali, Scuole, ecc.) problematiche ed obiettivi in tema di disuguaglianza
7	Le azioni previste dal Programma sono in grado di contrastare fattori di disuguaglianza
8	Il Programma ha azioni potenzialmente in grado di aumentare le disuguaglianze
9	Le azioni di contrasto alle disuguaglianze previste sono basate su evidenze di efficacia

Es: Scheda ATS Lombardia – Analisi PIL 2016

DOMANDE ESSENZIALI

Sarebbe importante coinvolgere nella compilazione :

soggetti proponenti la politica, il piano o il programma o l'intervento

Soggetti che metteranno in pratica

Rappresentati dei fruitori/utenti

Eventuali altri interlocutori reputati importanti

...e/setting che

...azione sono state

... (in base al livello

...to) eventuali

...posizione al

...e/setting? che

...azione sono state

...eventuali

**differenze di vulnerabilità
all'esposizione al fattore di rischio
a parità di esposizione**

Equality Impact Assessment (EqIA)

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

Equality Impact Assessment (EqIA)

Quando farlo: (ex ante)

- Nel momento dell'ideazione/progettazione per aiutare a decidere tra le diverse opzioni
- Una volta che la politica o il piano è stato redatto, ma prima che venga approvato/implementato

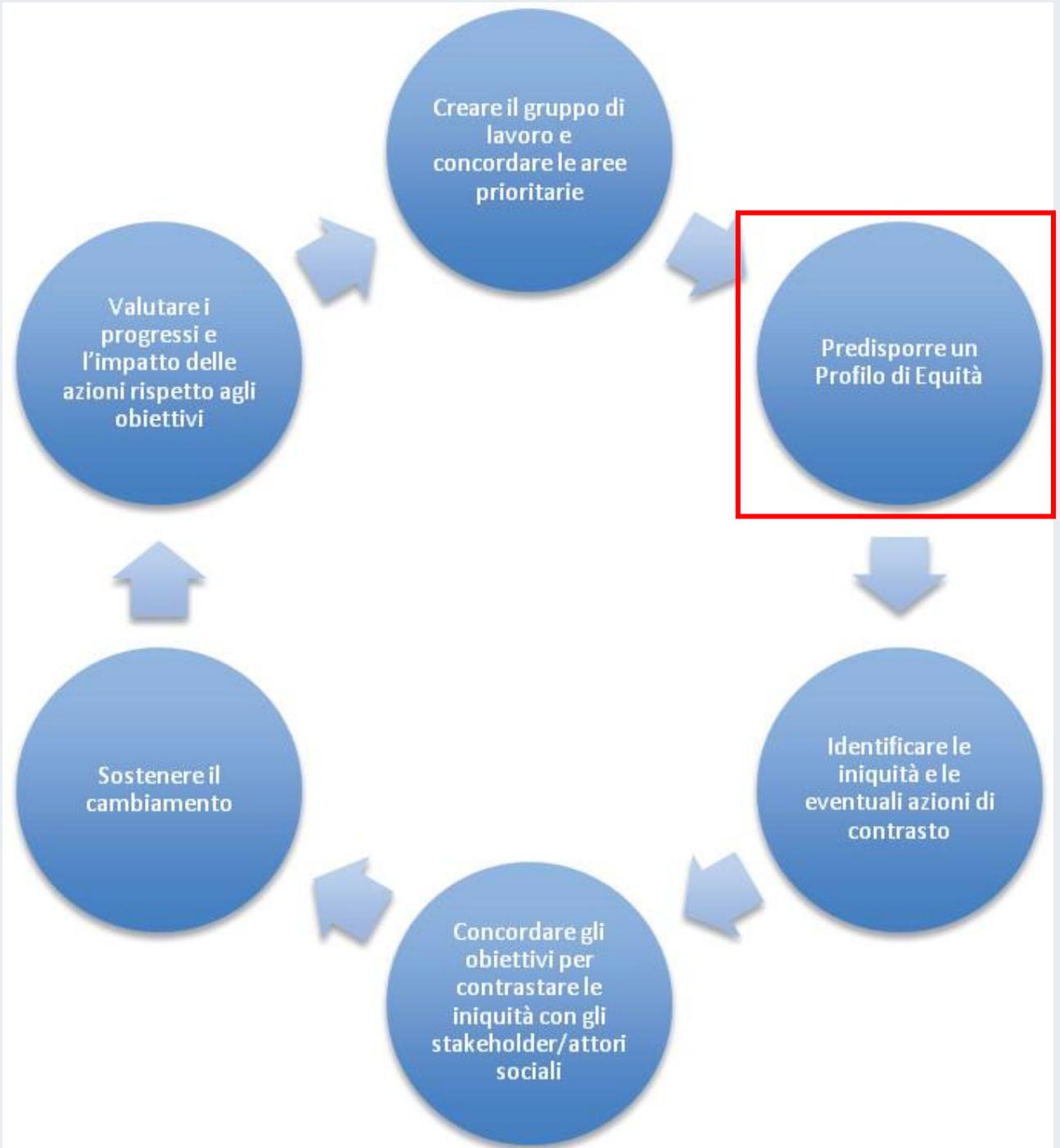
Chi coinvolgere:

- Il proponente della politica o del piano
- Il dirigente responsabile
- I rappresentanti dei pazienti o della comunità locale
- Il personale operativo
- Un rappresentante sindacale
- Un facilitatore

Step per l'analisi dell'impatto

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

Il ciclo dell'HEA



Fase 2 – Produrre un Profilo di equità

- Approfondimento del fenomeno in termini di equità, **sia quantitativo sia qualitativo.**
- **Profilo di equità → mappatura dello stato di salute e dell'utilizzo di servizi sanitari della popolazione:**
 - Tiene conto di variabili demografiche, socioeconomiche, ...
 - Ha l'obiettivo di individuare iniquità tra gruppi di popolazione.
 - Serve a capire in maniera esaustiva quanto e come alcuni fattori influenzino il problema che si vuole affrontare.
 - permette di **utilizzare i «dati» per confrontare** l'offerta dei servizi con i bisogni della popolazione, la possibilità di accesso, l'utilizzo e i risultati in termini di salute

Il profilo di equità: un approfondimento

Rappresenta la tappa fondamentale per definire **quanto pesa il problema che si vuole affrontare, su chi grava maggiormente e come si sia prodotto in quel dato territorio o gruppo di popolazione.**

Informazioni necessarie al gruppo di lavoro per stabilire obiettivi e azioni di contrasto.

Il profilo di equità: quali popolazioni?

- Può essere volto a indagare le iniquità in ambito sanitario di:
 - Un **gruppo di popolazione** (es. anziani, donne, immigrati, ...);
 - **Utenti** di un Servizio (es. Consultorio familiare);
 - **Abitanti** di un territorio (es. popolazioni montane);
 - **Operatori** di un'Azienda (es. personale amministrativo).
- Può anche essere focalizzato su un **problema di salute specifico** (es. tumore del polmone) o su un **percorso diagnostico-terapeutico** (es. screening della mammella).

Il profilo di equità: quali attenzioni?

Le principali sfide poste dall'elaborazione di un Profilo di equità:

1. Scelta degli **indicatori** utili per la lettura di iniquità nei bisogni, negli esiti di salute e nella distribuzione delle risorse;
2. Selezione delle dimensioni socioeconomiche e sociodemografiche di **stratificazione** degli indicatori;
3. Scelta delle **popolazioni** e/o degli **standard di riferimento per gli indicatori**;
4. **Fonti dei dati**;
5. Analisi e **interpretazione dei risultati**.

Elementi informativi del profilo di equità

Contesto demografico e socio-economico

Cenni a carico di malattia e disuguaglianze

Scelta della priorità valutando il potenziale margine di miglioramento dell'indicatore/esito derivato dal contrasto delle disuguaglianze

Elementi informativi del profilo di equità

Contesto demografico e socio-economico

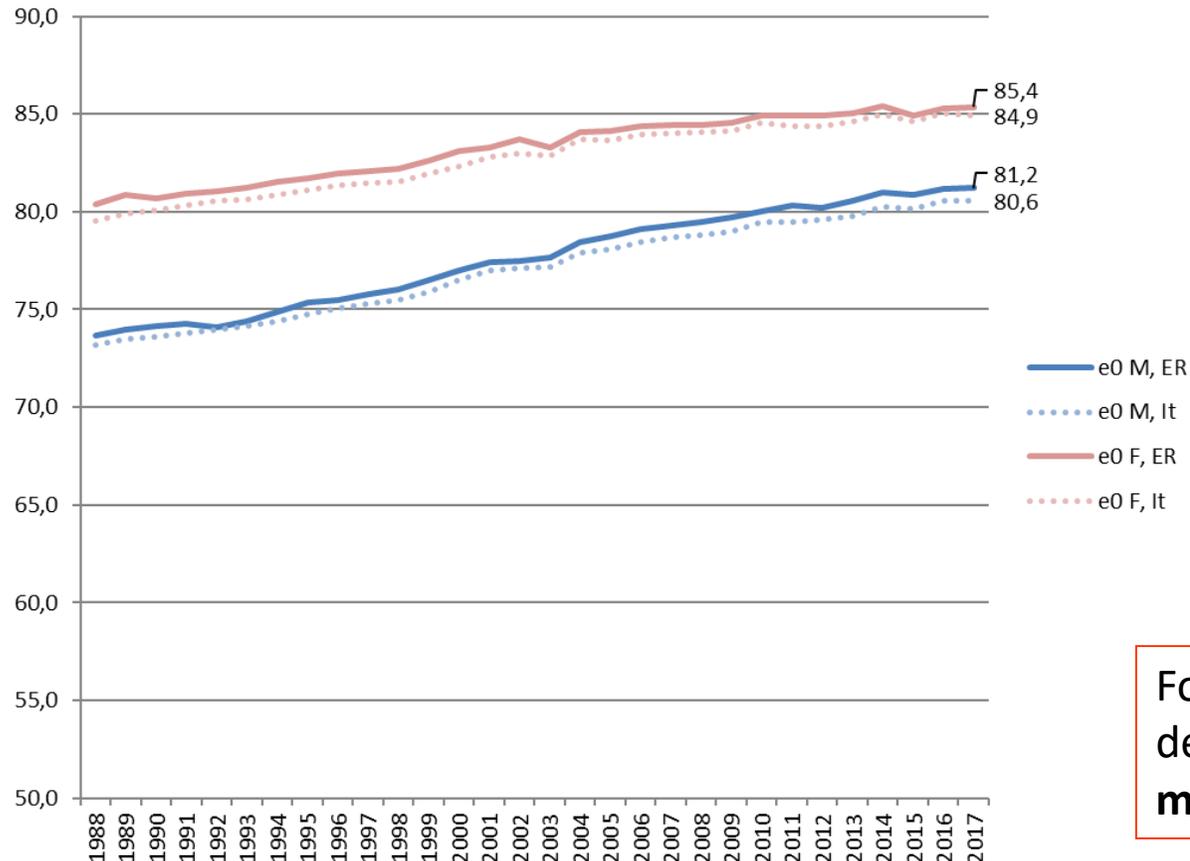
Cenni a carico di malattia e disuguaglianze

Scelta della priorità valutando il potenziale margine di miglioramento dell'indicatore/esito derivato dal contrasto delle disuguaglianze

1 DEMOGRAFIA

Speranza di vita alla nascita per sesso. Emilia-Romagna, Italia 1988-2017.

Fonte Istat (da aggiornamento profilo di salute per il Piano Regionale della Prevenzione)

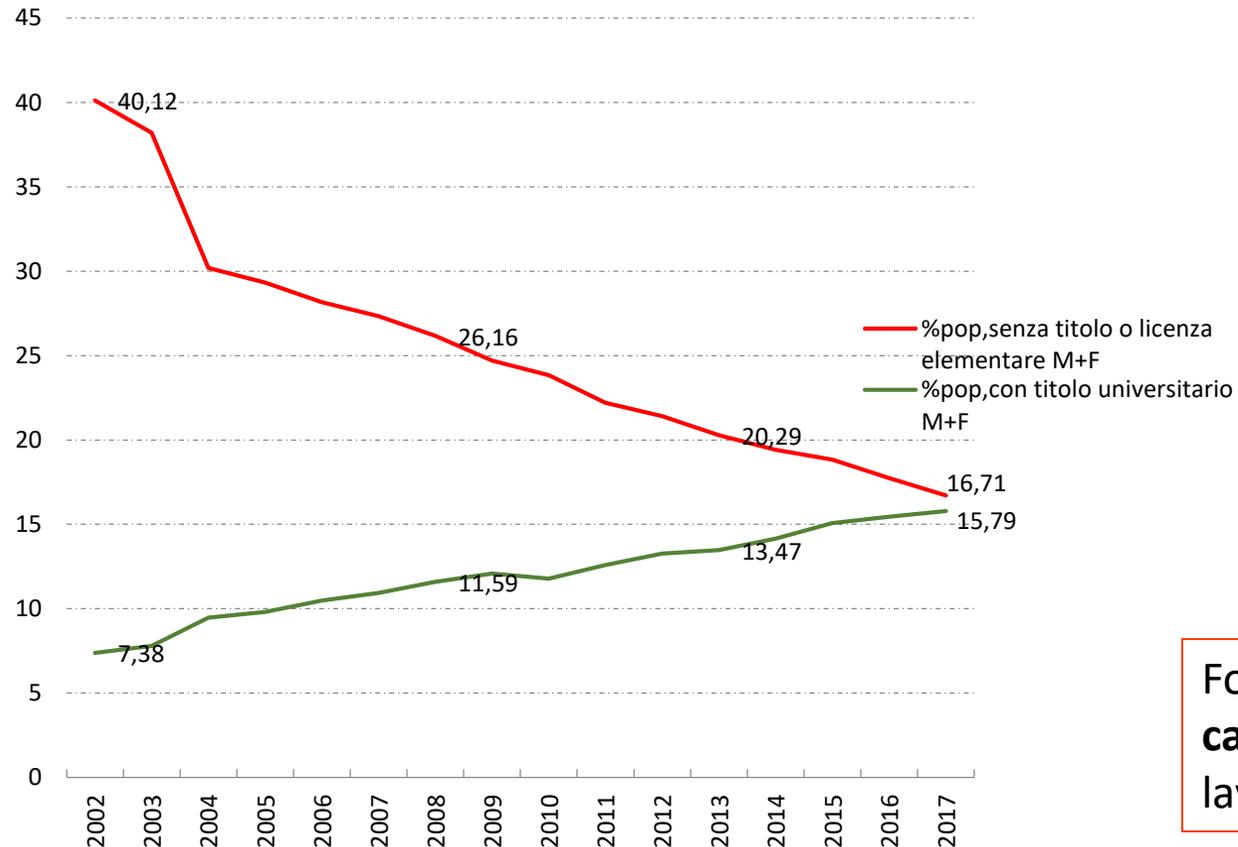


Fonte: Istat, Indagine sui decessi e sulle cause di morte.

- La speranza di vita è **cresciuta negli ultimi 30 anni di più di 5 anni** per le donne e più di 7 per gli uomini, con valori lievemente maggiori in Emilia-Romagna rispetto all'Italia.

2 Contesto socio-economico

Popolazione per livello di istruzione (%). Emilia-Romagna (da aggiornamento profilo di salute per il Piano Regionale della Prevenzione)



Fonte: Istat, rilevazione campionaria sulle forze di lavoro.

- **Aumenta il livello di istruzione**, sia per la diminuzione strutturale della quota di popolazione meno istruita, che per aumento di quella laureata.

Elementi informativi del profilo di equità

Contesto demografico e socio-economico

Cenni a carico di malattia e disuguaglianze

Scelta della priorità valutando il potenziale margine di miglioramento dell'indicatore/esito dati dal contrasto delle disuguaglianze

3.a. Patologie (e condizioni socio-economiche).

Emilia-Romagna, Piano Regionale della Prevenzione

Prevalenza di patologie croniche e fattori di rischio per genere, livello d'istruzione, difficoltà economiche e cittadinanza. Adulti 18-69 anni, Emilia-Romagna, 2008-2012

Patologie Croniche	Sesso		Istruzione				Difficoltà Economiche			Cittadinanza		Totale
	Uomini	Donne	Nessuna/ Elementare	Media Inferiore	Media superiore	Laurea	Molte	Qualche	Nessuna	Italiana	Straniera	
Patologie Respiratorie	8,0%	7,8%	13,5%	8,2%	6,7%	6,8%	12,1%	8,7%	6,6%	8,1%	4,8%	7,9%
Patologie Cardiovascolari	5,9%	3,7%	11,9%	5,3%	3,2%	3,6%	7,1%	4,8%	4,4%	5,0%	1,9%	4,8%
Diabete	4,2%	3,3%	13,1%	3,9%	2,1%	1,1%	6,9%	4,1%	2,9%	3,8%	2,4%	3,7%
Iperensione arteriosa	49%	60%	54%		52%		54%		53%			54%
Ipercolesterolemia	43%	46%	44%		45%		45%		44%			44%
Fattori di rischio												
Fumo	32%	26%	25%	35%	28%	23%	43%	33%	24%	29%	28%	29%
Sedentarietà	40%	34%	38%	40%	36%	32%	39%	39%	35%	36%	43%	37%
Sovrappeso	40%	23%	40%	37%	29%	26%	32%	33%	31%	32%	33%	32%
Obesità	13%	9%	23%	14%	8%	6%	14%	13%	9%	11%	9%	11%
Consumo di alcol a rischio *	28%	15%	15%	20%	23%	23%	22%	21%	22%	22%	15%	21%

* **consumo binge**: consumo, almeno una volta negli ultimi 30 giorni, di 5 o più (per gli uomini) o 4 o più (per le donne) unità alcoliche in una singola occasione

Fonte: sorveglianza PASSI

(<https://www.epicentro.iss.it/passi/>).

- **Associazione** tra patologie croniche e minor istruzione, minor risorse e condizione di immigrato → necessità di **interventi per ridurre disuguaglianze e guadagnare salute.**

Elementi informativi del profilo di equità

Contesto demografico e socio-economico

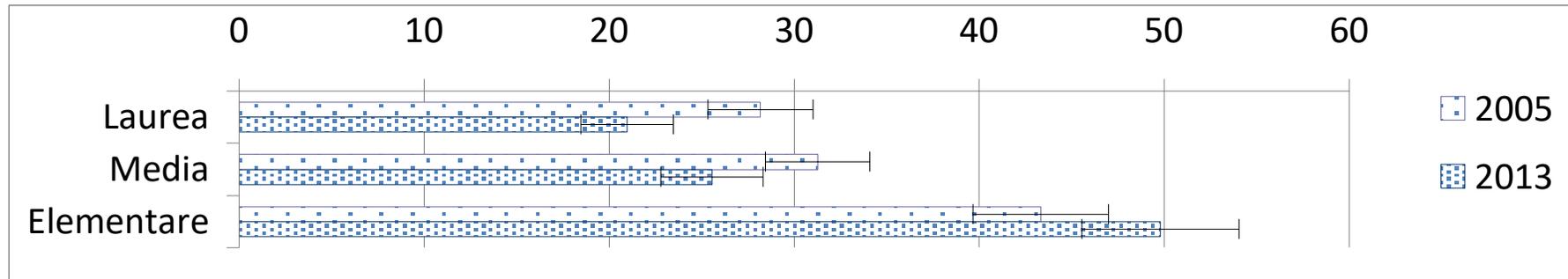
Cenni al burden of disease

**Scelta della priorità valutando il potenziale
margine di miglioramento dell'indicatore/esito
dati dal contrasto delle disuguaglianze**

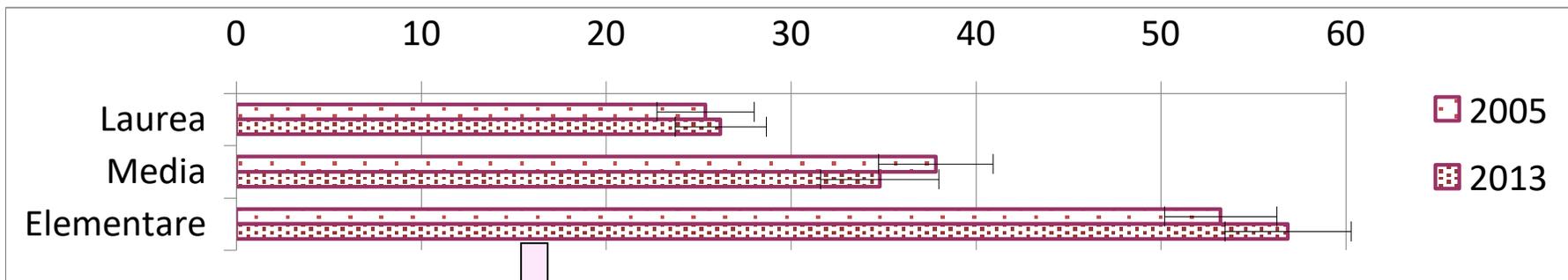
3.b. Esempio di dati per la scelta di un razione.

Emilia-Romagna, Piano Regionale della Prevenzione

Prevalenze (e IC95%) di non attivi per "istruzione". **Maschi >24 anni**, 2004-2005, 2012-2013



Prevalenze (e IC95%) di non attivi per "istruzione". **Femmine >24 anni**, 2004-2005, 2012-2013



Fonte: Istat, **Indagine Multiscopo** Salute e ricorso ai servizi sanitari.

- Maggiore **sedentarietà** tra le donne, **meno istruite** → interventi per la promozione dell'attività fisica (es.: gruppi di cammino) che riducano divario e permettano un miglior guadagno di salute.

Profilo di Equità: Di quali informazioni ho bisogno?

Dipende dalla scelta delle priorità e del percorso che si vuole sottoporre ad HEA

Importante far **precedere** all'interrogazione dei dati quantitativi un **framework concettuale** che analizzi nel contesto specifico i diversi momenti di generazione delle disuguaglianze a partire dal lavoro fatto in precedenza

Framework concettuale

- Definizione dei momenti di possibile generazione delle disuguaglianze e riflessione sulle variabili socio-economiche che potrebbero influire

Fasi del percorso di presa in carico pz con TB

Rischio di
Base

Diagnosi

Presa in
carico e
inizio
terapia

Aderenza al
follow up e
Compliance al
trattamento

Esiti

Il profilo di equità: scegliere gli indicatori

Gli indicatori di iniquità contenuti nel Profilo sono sostanzialmente riconducibili a tre grandi aree:

- a) **Normativa** → indicatori stabiliti da norme o piani di indirizzo (es. indicatori di monitoraggio di PDTA);
- b) **Letteratura** → indicatori tratti da esperienze su aree simili a livello locale, nazionale o internazionale;
- c) **Gruppo di audit** → indicatori specifici stabiliti e condivisi dal gruppo di audit.

Il profilo di equità: le dimensioni di stratificazione



- Possono essere incluse dimensioni di deprivazione specifiche per territori o ambiti di studio (es. nomadismo, esperienze carcerarie, tossicodipendenza, ...).
- Le indicazioni internazionali raccomandano di stratificare i dati per **sex**, per **almeno due indicatori di posizione socioeconomica** (educazione, reddito, professione), per **gruppo etnico**, e per altri fattori rilevanti per il contesto studiato e area di residenza.

Non è sufficiente avere una sola variabile di stratificazione

Ci sono profili di equità utilizzati per la scelta di priorità programmatiche regionali

Redatto a cura di

Barbara Pacelli

Nicola Caranci

Chiara di Girolamo

Agenzia sanitaria sociale e regionale dell'Emilia Romagna

Redazione e impaginazione a cura di

Federica Sarti - Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna

maggio 2018 | versione rivista giugno 2018

Infografica a cura di

Tanya Salandin e Barbara Pacelli - Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna

Copia del documento può essere scaricata dal sito Internet

<http://assr.regione.emilia-romagna.it/>



**Analisi delle condizioni
socio-economiche e salute
in Emilia-Romagna
attraverso l'uso integrato di dati**



Sommario

Acronimi	5
Introduzione	7
Guida alla lettura	9
1. Approccio descrittivo per la conoscenza del contesto demografico e socio-economico	11
Profilo demografico.....	11
Box 1. Profilo demografico.....	12
Profilo socio-economico.....	14
Box 2. Contesto socio-economico	15
Scheda 1. Costruzione dell'indice di deprivazione, Italia 2001 e 2011	16
Box 3. Indice di deprivazione	17
Fattori di rischio.....	19
Box 4. Abitudini di vita	19
2. Approccio analitico per lo studio dell'impatto delle condizioni socio-economiche sulla salute	21
Quando le covariate sociali e gli esiti sanitari sono rilevati in un'unica fonte informativa.....	23
Box 5. Profili di salute della popolazione immigrata attraverso l'uso di dati sanitari correnti.....	23
Box 6. Disuguaglianze e percorso nascita attraverso il flusso CedAP	25
Box 7. Determinanti sociali, salute percepita e limitazioni funzionali dall'indagine Istat multiscopo Salute	28

Quando i dati sulle covariate sociali e gli esiti sanitari sono integrati da più fonti	30
Box 8. Deprivazione e mortalità	30
Box 9. Fattori socio economici nella vaccinazione infantile	33
Scheda 2. Lo Studio longitudinale emiliano (SLEm)	35
Box 10. Andamento delle disuguaglianze socio-economiche nella mortalità tra il 2001 e il 2016	37
Box 11. Gradiente socio-economico nella mortalità per status di immigrato.....	38
Box 12. <i>Screening</i> mammografico e sopravvivenza per istruzione.....	41
Box 13. Differenze per livello di reddito sull'ospedalizzazione evitabile	43
Box 14. Incidenza di tubercolosi e fattori socio-economici.....	45
Scheda 3. La banca dati degli assistiti per l'attribuzione di informazioni di condizione socio-economica	47
Scheda 4. Il flusso regionale degli Sportelli sociali (IASS) per l'attribuzione di informazioni di condizione socio-economica	50
Sintesi e indicazioni operative per il monitoraggio delle disuguaglianze di salute	51
Tavola sinottica A. Applicazioni attive usando i sistemi informativi regionali	54
Tavola sinottica B. Applicazioni sperimentate ad hoc usando i sistemi informativi regionali.....	59
Conclusioni.....	61
Bibliografia.....	63
Glossario	67

Ci sono profili di equità utilizzati per la scelta di azioni a livello Aziendale

Profilo di equità in epoca prenatale e perinatale Provincia Forlì-Cesena



A cura di:

Mauro Palazzi (1), Giulia Silvestrini(2), Patrizia Vitali(1)

(1) U.O. Epidemiologia e Comunicazione - Cesena - Dipartimento di Sanità Pubblica - Ausl Romagna

(2) U.O. Igiene Pubblica - Ravenna - Dipartimento di Sanità Pubblica - Ausl Romagna

Con la collaborazione di:

Antonella Brunelli – UO Pediatria e Consultorio Familiare Cesena - Ausl Romagna

Licia Massa – U.O. Salute Donna – Infanzia Forlì- Ausl Romagna

Enrico Valletta –Dipartimento Trasversale Salute Donna infanzia e Adolescenza Forlì-Cesena - Ausl Romagna

Elaborazioni statistiche a cura di:
Patrizia Vitali (1)

Ci sono profili di equità utilizzati per la scelta di azioni a livello Aziendale

1.Introduzione	pag. 1
1. Metodologia	7
1.Profilo di popolazione Caratteristiche delle donne gravide residenti nella provincia di Forlì-Cesena triennio 2015-17	8
1.Leggere le disuguaglianze di salute: schede indicatori	15
. Assistenza alla donna in gravidanza	15
Peso e gravidanza: BMI pre gravidico e variazione ponderale	16
Fumo e gravidanza	20
Esecuzione della prima visita prenatale dopo la 12a settimana di gestazione	23
Mancata partecipazione ai corsi in preparazione al parto delle primipare	26
Tasso di gravidanza nelle minorenni	29
IVG : Tasso di IVG e Frequenza di IVG sul totale delle gravidanze	31
. Il parto	35
Ricorso all'analgesia epidurale	36
Proporzione di parti con taglio cesareo	39
. Salute del bambino	42
Parti prematuri	43
Neonati di basso (<2500 g) e bassissimo peso (<1500 g) alla nascita	45
Tasso di mortalità neonatale (0-28 gg)	48
Tasso di mortalità postneonatale (da 1 mese a 1 anno di vita)	49
1.Conclusioni	51

Ci sono profili di equità utilizzati per la scelta di azioni a livello Aziendale

Tabella sinottica- provincia Rimini

INDICATORE	ETÀ			CITTADINANZA		TITOLO DI STUDIO			CONDIZIONE OCCUPAZIONALE		
	≤ 24	25-34	≥ 35	Italiana	Straniera	Fino media inf.	Media superiore	Laurea	Disoccupata	Occupata	Casalinga
DETERMINATI											
Variazione ponderale superiore a quella consigliata (*)	☹					☹	☹				
Donne che fumano in gravidanza						☹	☹		☹		
Esecuzione della prima visita prenatale dopo la 12 ^a settimana di gestazione	Dato il basso numero di casi in cui la prima visita viene effettuata dopo la 12-esima settimana, non è possibile effettuare l'analisi di equità.										
Partecipazione ai corsi di preparazione al parto			☹		☹	☹	☹				☹
Tasso di gravidanza in minorenni (*)					☹						
Tasso di IVG (*)		☹			☹						

A cura di:

Palazzi M., Bertozzi N., Reali C., Sardonini L., Vitali P. UO Epidemiologia e Comunicazione Dipartimento di Sanità Pubblica - Cesena, Ausl della Romagna

Aprile 2015

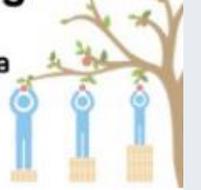


SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale della Romagna

Ci sono profili di equità utilizzati per la scelta di azioni a livello di singolo progetto

Esempio Fumatori (ARS Toscana –CCM 2014)

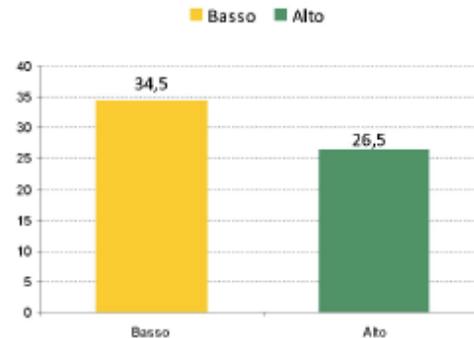
Health Equity Audit
nei piani regionali
di prevenzione in Italia



PROFILO DI EQUITÀ

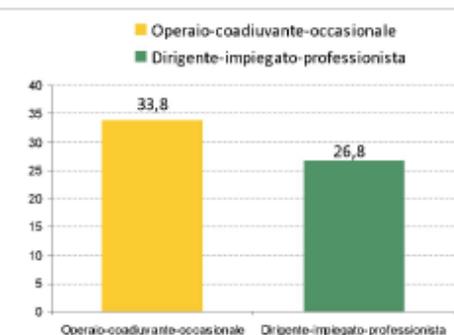
Prevalenza di fumatori nelle diverse categorie individuate e risultati del modello di regressione logistica univariata.
Maschi, età 40-64 anni. Toscana 2011, 2013

- Titolo di studio



Titolo di studio	OR	p	IC 95%
Basso/Medio basso	1		Riferimento
Medio alto/Alto	0,711	0,006	0,558-0,907

- Classe sociale (variabile proxy: "Posizione nella professione").



Posizione nella professione	OR	p	IC 95%
Operaio, coadiuvante, lavoratore occasionale	1		Riferimento
Dirigente, impiegato, libero professionista	0,716	0,008	0,559-0,915

Esempio Fumatori (ARS Toscana –CCM 2014)

PROFILO DI EQUITÀ

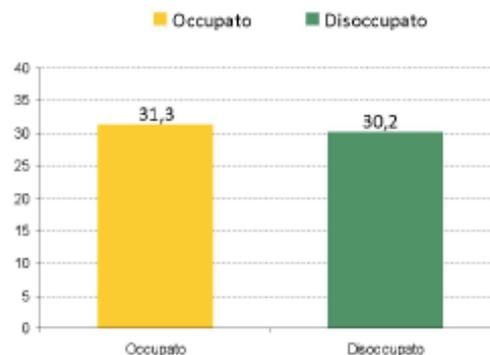
Health Equity Audit

nei piani regionali
di prevenzione in Italia



Prevalenza di fumatori nelle diverse categorie individuate e risultati del modello di regressione logistica univariata.
Maschi, età 40-64 anni. Toscana 2011, 2013

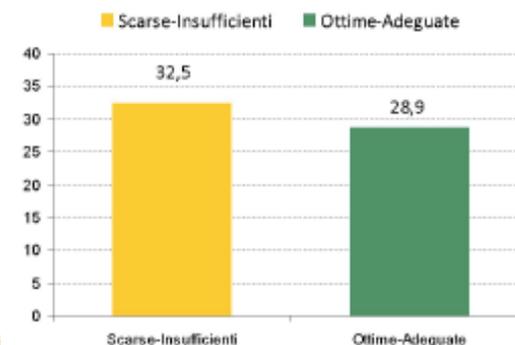
- Occupazione



Stato occupazionale	OR	p	IC 95%
Occupato	1		Riferimento
Disoccupato	0,948	0,815	0,609-1,476

- Reddito

(variabile proxy: "Giudizio sulle condizioni economiche").



Giudizio sulle risorse economiche	OR	p	IC 95%
Scarse-Insufficienti	1		Riferimento
Ottime-Adeguate	0,845	0,175	0,664-1,077

Fonti dei dati

- 1 Dati su **popolazione** e mortalità, **Istat** e **SSN**
- 2 Dati su **fattori influenti** (istruzione, lavoro, ...): **indagini *ad hoc*** Istat, **Censimenti**
3. Dati da **sorveglianze** su fattori comportamentali: **PASSI** (SSN), indagini campionarie **multiscopo Istat**
4. **Dati integrati**: fonti sanitarie, censimenti

Dati integrati

- I dati per elaborare il profilo di equità:
- possono essere tratti da un'unica fonte informativa (es. Cedap, SDO...)
- Possono richiedere il linkage di più fonti informative

Box 9. FATTORI SOCIO ECONOMICI NELLA VACCINAZIONE INFANTILE

Un esempio di analisi nel contesto regionale

Lo studio è stato condotto per valutare l'impatto di alcune condizioni socio-economiche sull'adesione alle vaccinazioni, alla luce dell'aumento nel tempo della mancata vaccinazione infantile (Ministero della Salute, 2015), che in Emilia-Romagna si è concentrata in alcune Aziende USL, in particolare nella zona di Rimini.

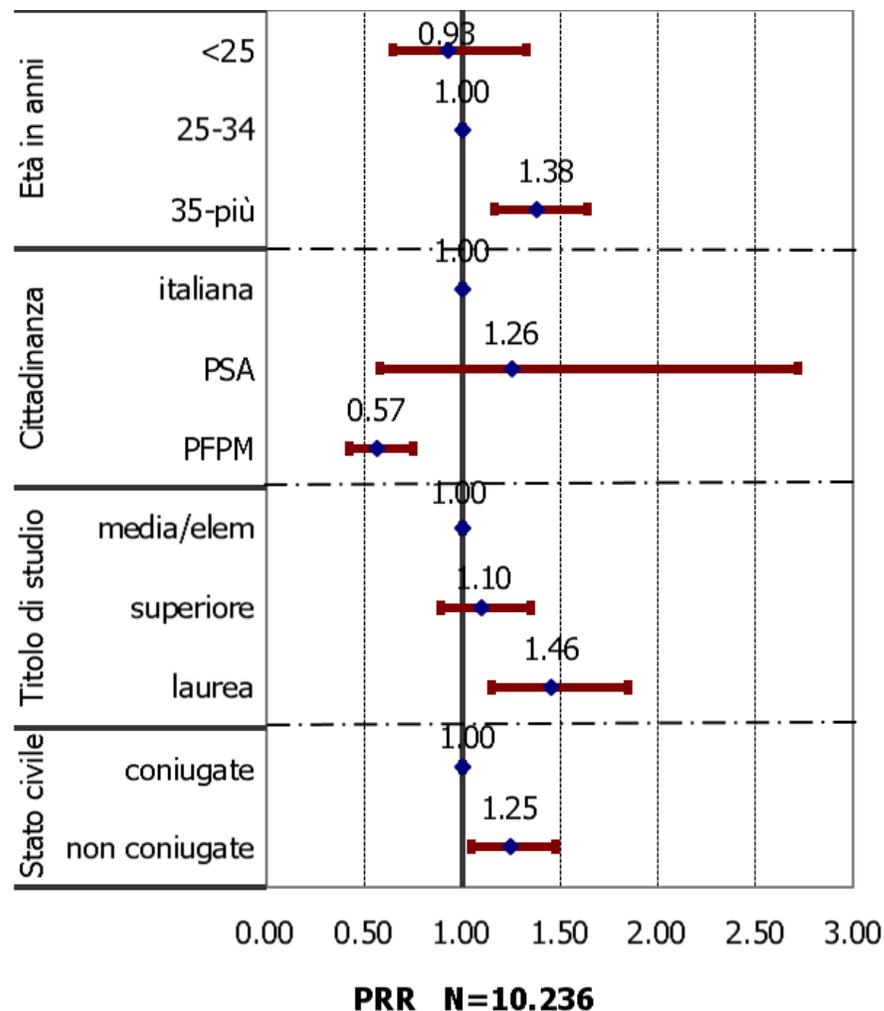
Le informazioni necessarie per l'analisi sono state recuperate all'interno dei flussi di dati sanitari correnti integrando le banche dati vaccinali delle Aziende USL e la banca dati regionale CedAP (Figura B.7).

Figura B.7. Integrazione degli archivi regionali sanitari per lo studio dell'adesione vaccinale secondo le condizioni socio-economiche



4 a Uso di dati integrati: calendario vaccinale

Prevalence Rate Ratios di **mancata vaccinazione infantile obbligatoria a 24 mesi** e intervalli di confidenza al 95% (**IC95%**). AUSL Rimini 2007-2013



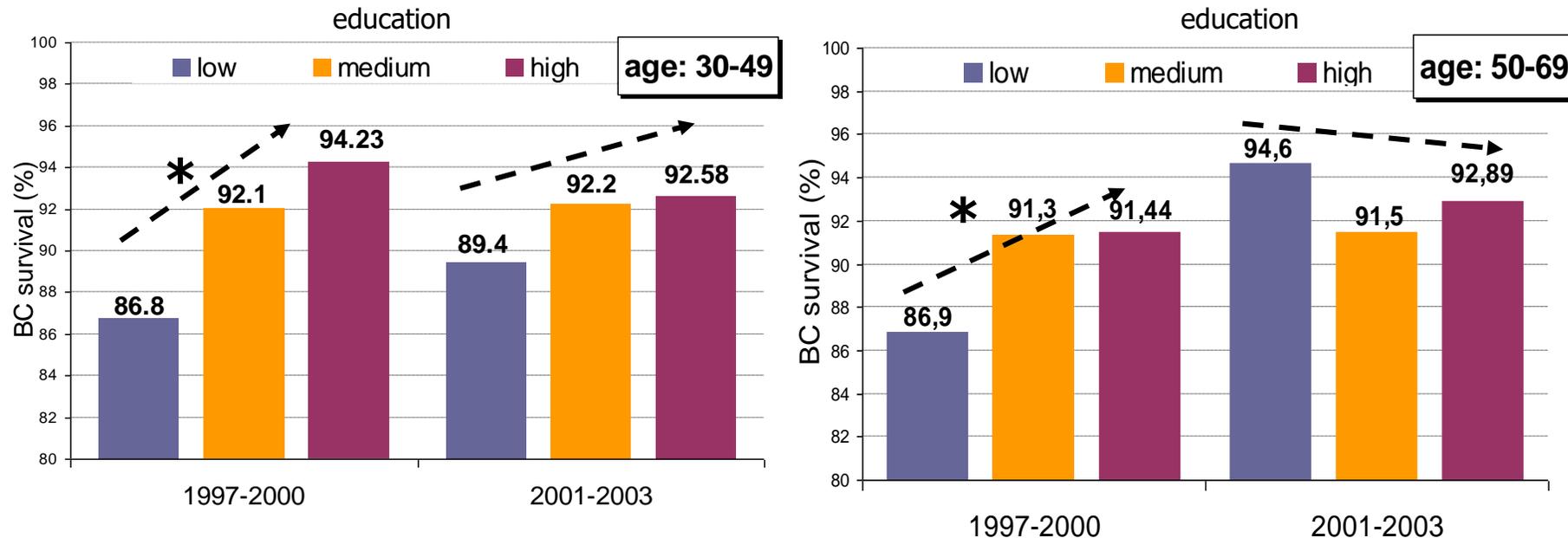
* PSA; paesi a sviluppo avanzato
PFPM: paesi a forte pressione migratoria

Fonte: **anagrafe vaccinale** AUSL e Certificato di assistenza al parto (**CedAP**), integrati con **record linkage**.

Canova C. et al 2017

4 b Uso di dati integrati: screening ca. mammella

Sopravvivenza (%) a 5 anni, Tumore alla mammilla (BC). Emilia-Romagna 1997-2010



* $p < 0.05$

Fonti: **registro tumori, cause di morte e censimento della popolazione; integrati con *record linkage*.**

Pacelli B. et al., 2013

- **primo periodo** (pre screening): **differenze** nella sopravvivenza per livello di istruzione, con valori inferiori per le donne con bassa istruzione in entrambe le fasce di età
- **secondo periodo** (screening): permangono differenze (seppur non significative) nella fascia 30-49, mentre **nella fascia screening (50-69) la differenza si annulla**

Fonti dei dati

I dati per elaborare il profilo di equità:

- Possono essere disponibili con un maggiore o minore dettaglio territoriale
-possono non essere disponibili...facilmente

Diversa qualità che i flussi hanno nelle varie Regioni per cui un flusso teoricamente utile ai fini del lavoro in oggetto può non essere utilizzabile in una Regione in quanto la qualità è scadente

Se mancano i dati specifici per il contesto/popolazionesi utilizzano evidenze di letteratura o dati di altri contesti...potenzialmente compatibili con la nostra situazione...

Il dato quantitativo da solo a volte non basta...

La triangolazione e i metodi combinati (Steckler et al. (1992))

- Metodi qualitativi possono essere usati per sviluppare misure quantitative
- Metodi qualitativi possono essere usati per aiutarci a spiegare conclusioni quantitative
- Metodi quantitativi possono essere usati per aiutarci a spiegare conclusioni qualitative
- Metodi quantitativi e qualitativi possono essere usati insieme per validazioni incrociate o triangolazioni

...metodi qualitativi



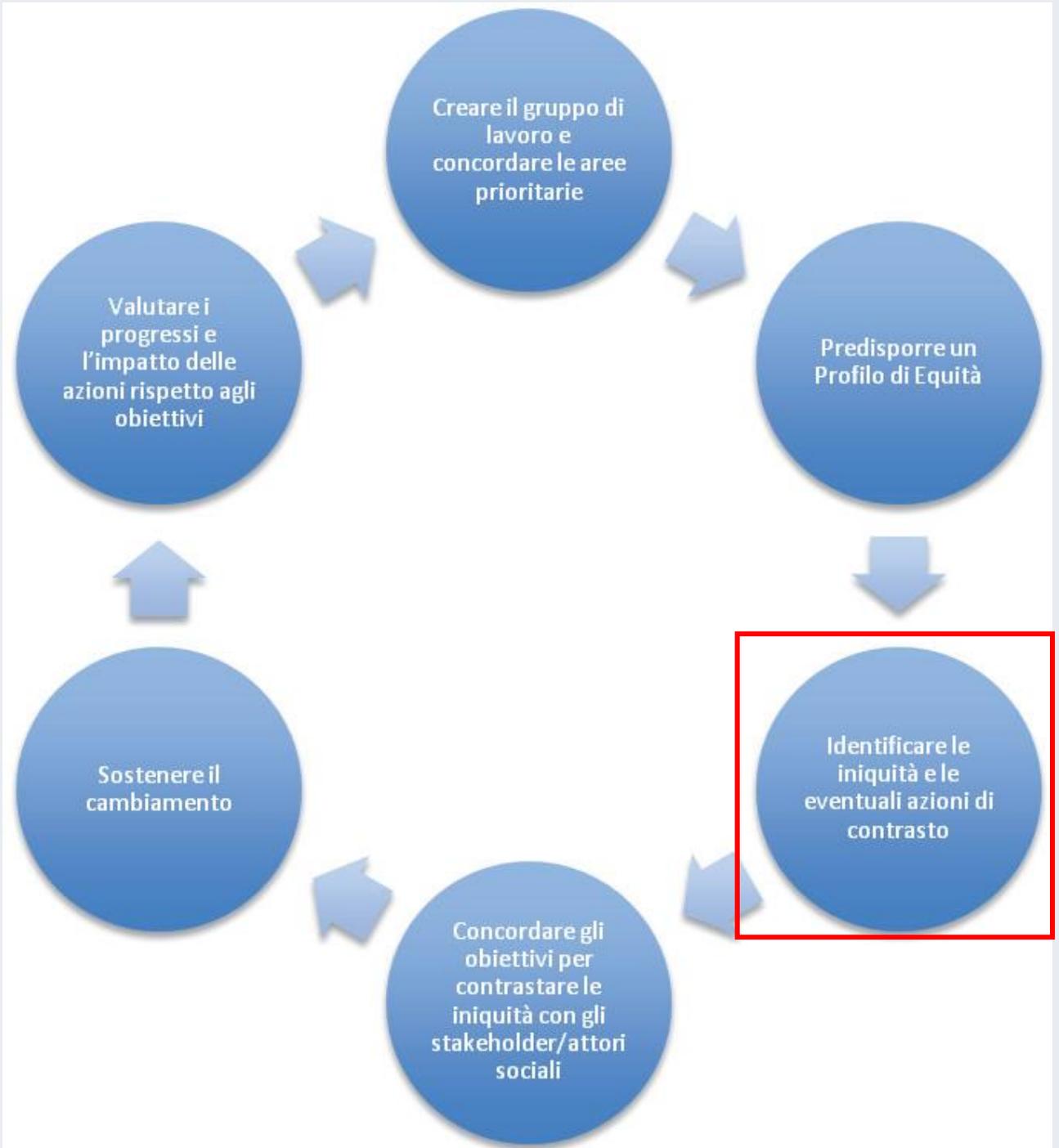
Focus Group

altro...

Incontri con la
popolazione



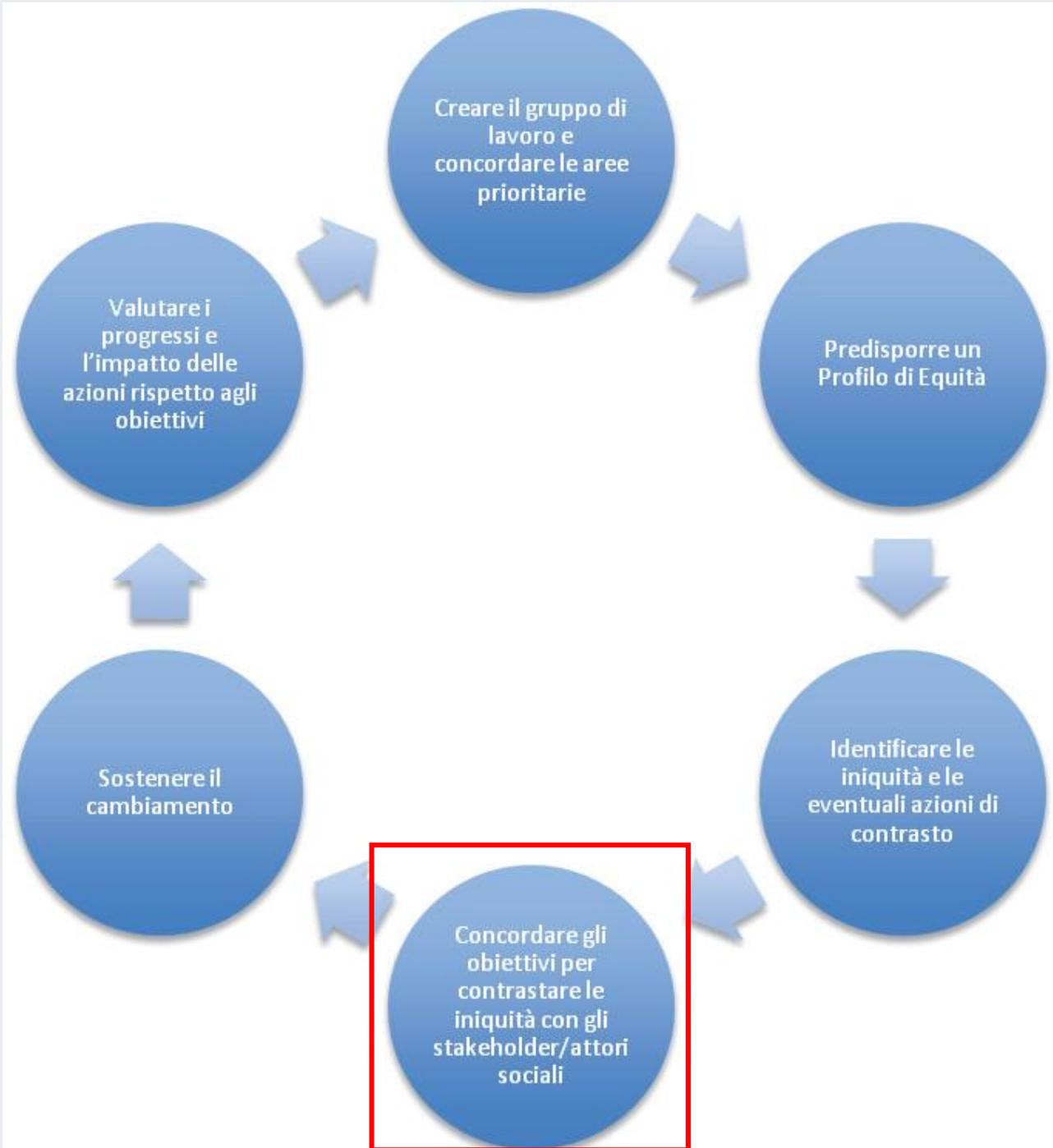
Il ciclo dell'HEA



**Fase 3 –
Identificare le
iniquità
e le azioni di
contrasto**

- Revisione di **interventi, servizi e iniziative che hanno la possibilità di ridurre le iniquità identificate** dal profilo.
- Le raccomandazioni portate avanti dal gruppo di lavoro sono fatte sulla base di:
 - Bisogni identificati
 - Evidenze rispetto a “quello che funziona”

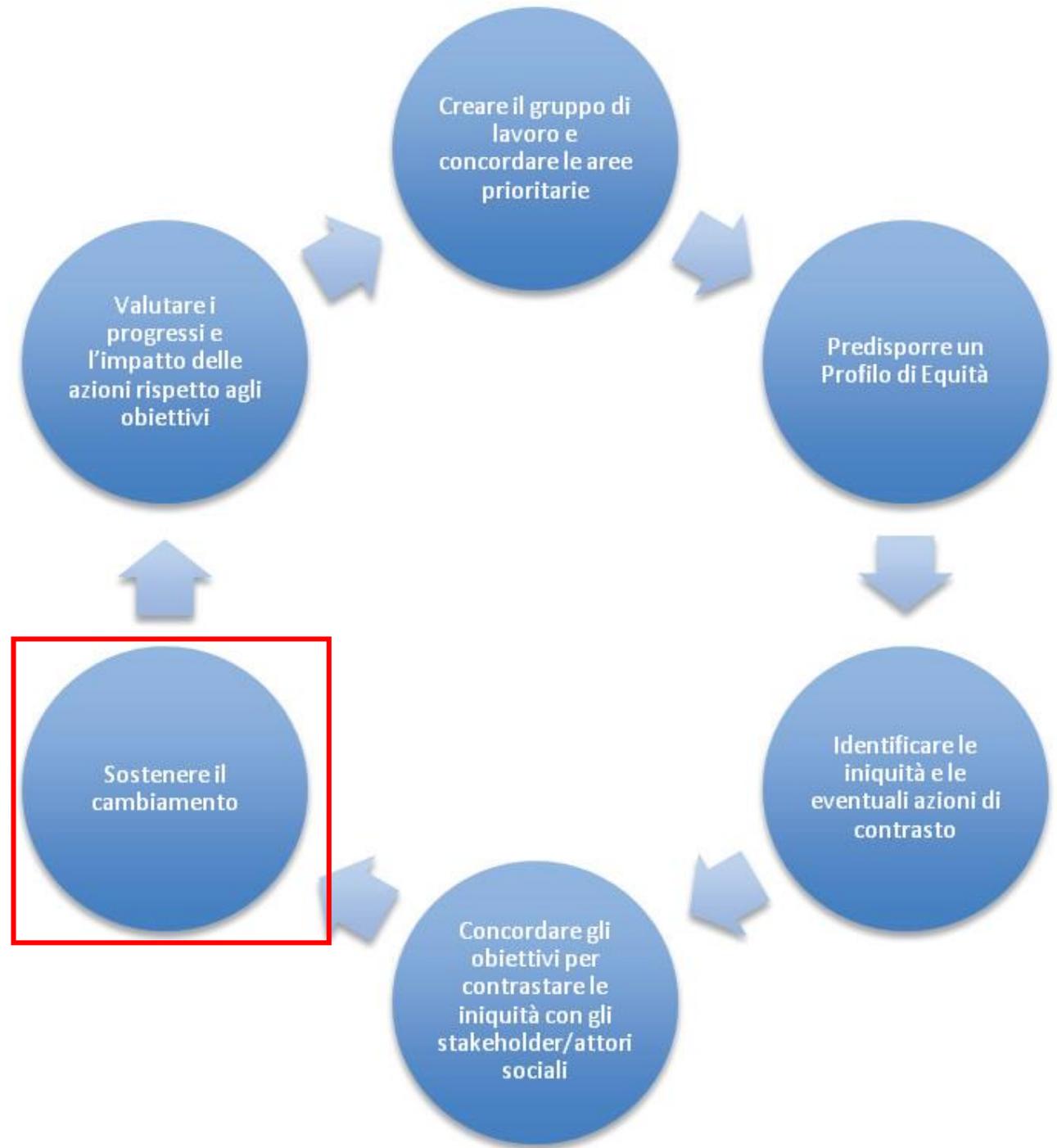
Il ciclo dell'HEA



Fase 4 – Concordare gli obiettivi con gli stakeholder e gli attori sociali

- Scelta degli obiettivi **discussa e condivisa** dai partecipanti al gruppo di lavoro sulla base dei risultati emersi dal Profilo di equità e dalla revisione delle azioni efficaci.
- Obiettivi diretti a contrastare una o più iniquità rilevate:
 - **Espliciti**
 - **Definiti**
 - **Misurabili**
- Evidenziare quali miglioramenti si auspica di raggiungere per ogni gruppo o area individuata nel Profilo.

Il ciclo dell'HEA



Fase 5 – Sostenere il cambiamento

- È la fase che **può incidere maggiormente sulle iniquità, ma è anche quella che richiede tempi più lunghi.**
 - Può emergere la necessità di ripensare i servizi, riorganizzare il lavoro, distribuire diversamente le risorse umane o materiali, aprire nuovi servizi, ecc.
- Le raccomandazioni che scaturiscono dal Profilo di equità e dalla revisione degli interventi possono essere utilizzate per elaborare richieste di finanziamento e proporre la riallocazione delle risorse.

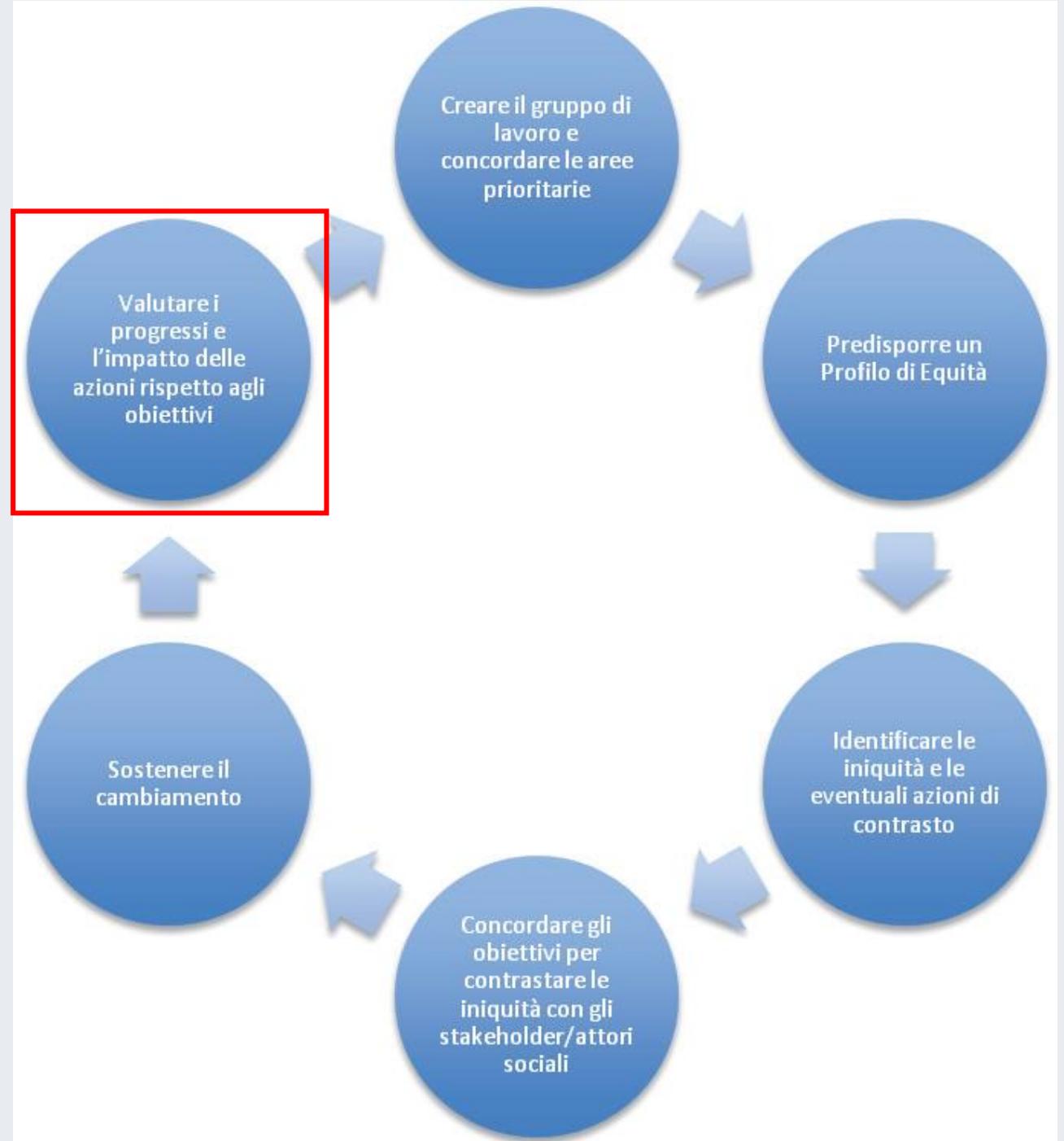
Sostenere il cambiamento



E' necessario attendere che le cose
cambino e che le modifiche
introdotte si realizzino

questa è la fase che ...allunga il
processo

Il ciclo dell'HEA



Fase 6 – Valutare i progressi e l'impatto delle azioni rispetto agli obiettivi

- Una buona valutazione è essenziale per fornire indicazioni per guidare i decision makers e informare i soggetti che a diverso titolo sono stati coinvolti
- Perché ha funzionato? Perché no? Come cambiare per essere più efficace?
- **Replicabilità? Insegnamenti?**

Fase 6 – Valutare i progressi e l'impatto delle azioni rispetto agli obiettivi

- Il ciclo dell'HEA si considera **concluso** solo **quando è possibile valutare se le azioni intraprese hanno modificato o no le iniquità** rilevate.
- Possibili strategie per la valutazione:
 - Realizzare un nuovo Profilo di equità che confronti i risultati a distanza di tempo;
 - Stabilire a priori specifici indicatori

10 punti per rendere effettivo/fattibile un HEA (1)

Renderlo **obbligatorio** e verificarne regolarmente lo stadio di avanzamento.

Non imporre un argomento “dall’alto”
→ lasciarlo **scegliere a livello locale**.

Mettere in campo un processo di **autovalutazione** per il gruppo e la partnership che seguono il processo.

Fornire (dove possibile) un supporto in termini di **consulenza, formazione, dati ed esempi**.

Darsi un orizzonte temporale ampio (**almeno 3 anni**).

10 punti per rendere effettivo/fattibile un HEA (2)

Spingere per la scelta di **argomenti** “**facili**” ed enfatizzare la “**chiusura del cerchio**”

Sostenere la scelta di argomenti che siano **misurabili** in modo semplice.

Sostenere la scelta di argomenti in cui è possibile/immaginabile ottenere un **cambiamento a livello locale**.

Cercare il **sostegno dei partner** coinvolti.

Valutare la possibilità di un **sistema premiante** per diffondere i risultati e promuovere l'apprendimento condiviso

E' possibile!

