



LO SPETTRO D'AZIONE PER L'EQUITÀ: ADOTTARE UN APPROCCIO INTEGRATO

Guida per affrontare le disuguaglianze di salute.

Publicato in inglese dal WHO Regional Office for Europe con il titolo
The equity action spectrum: taking a comprehensive approach.
Guidance for addressing inequities in health (in part: page 15-29)
©World Health Organization 2014

A cura di: Belinda Loring e Aileen Robertson

Il Centro Regionale di Documentazione per la Promozione della Salute DoRS è
l'unico responsabile della traduzione italiana.

Lo spettro d'azione per l'equità: adottare un approccio integrato.
Guida per affrontare le disuguaglianze di salute (traduzione parziale: pag. 15-29)
©Centro Regionale di Documentazione per la Promozione della Salute (DoRS) 2015

Traduzione a cura di Elena Barbera, Luisella Gilardi
DoRS Regione Piemonte – ASL T03

Il testo originale, in lingua inglese, è reperibile all'indirizzo:

<http://www.euro.who.int/en/data-and-evidence/equity-in-health-project/policy-briefs>

Per ulteriori informazioni:

DoRS Regione Piemonte

(Centro Regionale di Documentazione per la Promozione della Salute)

ASL T03 - Via Sabaudia 164 10095 GRUGLIASCO (TO)

Info@dors.it - 011/40188506

Uno spettro di attività	4
Problematiche prioritarie in un approccio integrato	5
01. Adottare una prospettiva sul ciclo di vita	6
02. Migliorare i determinanti sociali di salute relativi alle condizioni di vita e di lavoro	8
03. Costruire sistemi di assistenza sanitaria più equi	10
Fare qualcosa, fare di più, fare meglio: azioni possibili da qualsiasi punto di partenza	12
Strumenti, risorse ed esempi	17
Bibliografia	18

Combinare azioni **universali** ad azioni **selettive**.

La riduzione delle disuguaglianze di salute richiede una combinazione di approcci universali e mirati. Poiché ci stiamo occupando di un gradiente di salute trasversale alla società non è sufficiente rivolgersi ai gruppi ad alto rischio per affrontare il problema.

Le disuguaglianze di salute riguardano l'intera società, quindi serve un approccio universale che includa tutti, non stigmatizzi e abbia un impatto maggiore sui più svantaggiati. Uno dei principi fondamentali per la riduzione delle disuguaglianze di salute è quello di far sì che i livelli di salute di coloro che sono più in difficoltà raggiungano quelli di chi sta meglio, ciò significa migliorare la loro salute più rapidamente rispetto a quelli che godono già di uno stato di salute buono. Ottenere un miglioramento più rapido nella salute degli individui che sono più in difficoltà, potrebbe richiedere uno sforzo supplementare, oltre all'approccio universale. Questo avviene laddove sono utilizzate misure selettive o mirate.

Una strategia efficace per ridurre le disuguaglianze di salute dovrebbe combinare misure universali con misure selettive, che forniscano un ulteriore supporto ai gruppi più svantaggiati e quindi con maggiori esigenze. Pertanto, lo sforzo supplementare dovrebbe essere adeguato alle necessità aggiuntive dei gruppi svantaggiati - a volte indicato come universalismo proporzionale.

In altre parole, per agire sulle disuguaglianze di salute, non si tratta di scegliere tra azione universale o mirata, ma di combinare entrambe in una strategia efficace (Riquadro 7).

RIQUADRO 7



L'universalismo proporzionale negli ambulatori inglesi per la cessazione dal fumo.

Un esempio pratico di universalismo proporzionale è l'iniziativa del Servizio Sanitario Nazionale inglese (NHS) degli ambulatori per la cessazione dal fumo. Nell'ambito della strategia nazionale di controllo del tabacco, nel 1999 il NHS ha istituito in tutto il paese, nei contesti di cure primarie, degli ambulatori gratuiti per smettere di fumare aperti a tutti (e quindi universali). Tuttavia, nel 2003, all'interno del Programma d'Azione nazionale di contrasto alle disuguaglianze di salute, i Primary Care Trust che gestivano il progetto sono stati incaricati di investire altre risorse (un obiettivo ulteriore) per coprire le zone più svantaggiate, che presentavano i tassi di fumatori più elevati e i più bassi tassi di successo della cessazione. Nel 2005, una valutazione nazionale della misura in cui i servizi stavano raggiungendo e offrendo supporto ai fumatori delle classi più svantaggiate, ha riscontrato evidenze di discriminazione positiva in tutti i settori: i servizi stavano effettivamente raggiungendo una percentuale più elevata di fumatori nelle aree più svantaggiate rispetto alle aree più ricche.

Fonte: *Chesterman et al.*

Problematiche prioritarie in un approccio integrato.

The Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region evidenzia tre aspetti chiave per la priorità di azione in qualsiasi approccio integrato di contrasto alle disuguaglianze di salute: (1) adottare un approccio lungo tutto il corso della vita, che rivolga un'attenzione particolare all'importanza per ogni bambino di poter iniziare bene la propria vita; (2) migliorare le condizioni in cui le persone vivono e lavorano, in particolare quelle di coloro che vivono nelle situazioni più svantaggiate; e (3) costruire e sostenere sistemi di tutela sociale e sanitaria più equi, cosa molto importante durante i periodi di recessione economica. Questi punti affrontano gli aspetti-chiave che contribuiscono all'incremento delle disuguaglianze di salute (Figura 4).

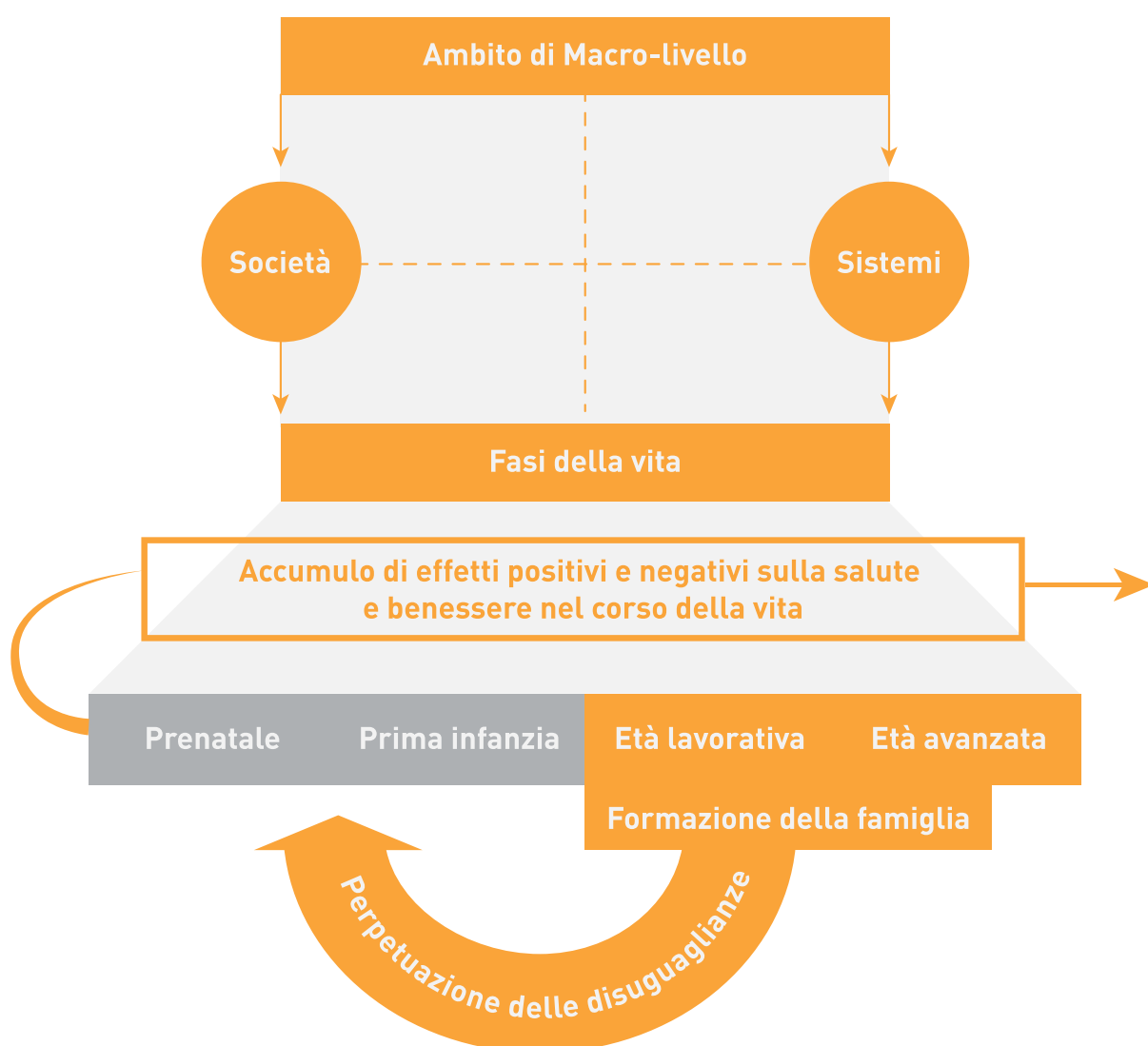


Figura 4. Punti di intervento per un approccio globale di contrasto alle disuguaglianze.

Fonte. WHO Regional Office for Europe.

01. Adottare una prospettiva sul ciclo di vita

Le condizioni sfavorevoli possono accumularsi e interagire tra loro lungo tutto il corso della vita, da prima della nascita fino alla vecchiaia. Un numero sempre maggiore di strategie raccomanda, pertanto, un intervento lungo tutto il corso della vita, per affrontare, in particolare, le condizioni sfavorevoli legate alla salute della madre e durante l'infanzia, la vita lavorativa e la vecchiaia.

La priorità più alta è data alle azioni che garantiscono un buon inizio di vita per ogni bambino, cominciando da un'adeguata tutela sociale per le famiglie più giovani e progredendo verso un'istruzione e un'assistenza per la prima infanzia universali, di qualità elevata e a prezzi accessibili. Le ragioni per selezionare lo sviluppo e l'istruzione nella prima infanzia come priorità è che la transizione al percorso d'istruzione formale è uno dei periodi critici nella vita di un bambino, che può avere conseguenze a lungo termine in età adulta e anche oltre.

Lo scarso sviluppo e la scarsa preparazione scolastica riscontrati nei bambini dei gruppi meno privilegiati, per esempio, possono portare ad un numero inferiore di qualifiche/titoli di studio, minori possibilità lavorative, redditi più bassi e minori possibilità di migliorare la propria salute. Investire nella tutela sociale e della prima infanzia per le giovani famiglie può contribuire ad allineare il gradiente sociale di salute.

Il Riquadro 8 illustra le tipologie di interventi che una regione della Svezia ha adottato per migliorare le condizioni della prima infanzia.

RIQUADRO 8



Interventi nella prima infanzia: Regione Västra Götaland, Svezia, 2013.

I bambini e i ragazzi che hanno meno risorse socio-economiche sono in una condizione di svantaggio per lo sviluppo di una buona salute.

Azioni:

- stilare una mappa dei casi e stimolare la ricerca per capire come gli effetti della povertà si riproducano tra le generazioni
- raccogliere informazioni e conoscenze rispetto alle metodologie di lavoro nei contesti di promozione della salute, come le scuole dell'infanzia e i centri per le famiglie, per entrare in contatto con quei gruppi che non sono ancora stati raggiunti
- sviluppare metodi di supporto genitoriale per entrare in contatto con i gruppi di genitori che non sono ancora stati raggiunti
- ampliare/migliorare la rete di sicurezza sociale a supporto dei bambini a rischio. Sostenere, per esempio, i figli di genitori con delle dipendenze, i figli di genitori con malattie psichiatriche e i bambini sprovvisti di documenti
- intensificare le misure preventive rivolte ai bambini e ai ragazzi per ridurre il numero di traumi e di incidenti, in particolare quelli domestici e stradali

RIQUADRO 8



Interventi nella prima infanzia: Regione Västra Götaland, Svezia, 2013.

I bambini e i ragazzi che hanno meno risorse socio-economiche sono più a rischio di abbandono scolastico e del mancato conseguimento di un diploma.

Azioni:

- istituire un centro di sviluppo regionale incaricato di utilizzare, sviluppare, valutare e disseminare metodi incentrati, per esempio, sul miglioramento delle condizioni essenziali per i bambini e i ragazzi immigrati di recente in Svezia, per accedere e terminare il percorso di studi obbligatorio e d'istruzione post-secondaria
- elaborare una strategia per mettere in pratica le conoscenze sull'importanza delle scuole dell'infanzia, per l'uguaglianza sociale
- aumentare le conoscenze sull'importanza delle scuole dell'infanzia nello stimolare le abilità cognitive dei bambini, in particolare di quelli provenienti da famiglie che vivono in situazioni socio-economiche sfavorevoli
- verificare la qualità ed implementare i metodi più appropriati per prevenire efficacemente l'abbandono scolastico e garantire che gli studenti portino a termine il percorso di studi obbligatorio ottenendo adeguate qualifiche

I bambini e i ragazzi che hanno meno risorse socio-economiche sono più a rischio di abbandono scolastico e del mancato conseguimento di un diploma.

Azioni:

- programmare una progettazione sociale per ambienti costruiti sicuri e accessibili: più piste ciclabili, percorsi pedonali sicuri e un utilizzo più efficace degli spazi
- valutare ed implementare modalità che sostengano le opportunità per i bambini e i ragazzi di avere delle abitudini di vita salutari; queste modalità dovrebbero essere aperte a tutti – in particolare a coloro che hanno un basso status socio-economico o meno risorse
- incrementare le opportunità delle organizzazioni non-profit di offrire attività non sedentarie nel tempo libero, indipendentemente dalle condizioni socio-economiche, dal genere, dalle disabilità funzionali e dalle differenze culturali e geografiche
- elaborare nuovi metodi per interventi preventivi riguardo l'alcol, il fumo, sostanze stupefacenti e altre droghe e limitarne l'accessibilità.

02. Migliorare i determinanti sociali di salute relativi alle condizioni di vita e di lavoro

Le condizioni sfavorevoli possono accumularsi e interagire tra loro lungo tutto il corso della vita, da Una priorità di numerose strategie globali è ridurre le disuguaglianze nei determinanti sociali di salute correlati alle condizioni di vita e di lavoro dei diversi gruppi di popolazione.

Nel Riquadro 9 è descritto il modo in cui la regione Pomurje in Slovenia è intervenuta su questa priorità; in risposta alla scarso sviluppo economico, occupazionale e sanitario nella regione, è stato elaborato un piano congiunto di sviluppo regionale che fosse sostenibile e che valorizzasse al massimo l'agricoltura e il turismo, quali risorse peculiari della regione. Tutto questo ha coinvolto necessariamente diversi settori che hanno collaborato alla redazione di un piano comune.

RIQUADRO 9



Un esempio di sviluppo regionale con una particolare attenzione all'equità nella salute: regione Pomurje, Slovenia.

La regione Pomurje è una delle regioni più povere della Slovenia, con un basso livello d'istruzione, di occupazione e di rendimento economico ed un'elevata dipendenza dalle prestazioni del welfare. Questo si riflette in un'aspettativa di vita inferiore sia per gli uomini che per le donne, con gli uomini che vivono in media tre anni in meno e le donne un anno e mezzo in meno rispetto alla popolazione complessiva della Slovenia. L'agricoltura è la principale attività economica della regione, con più della metà delle famiglie legate in qualche modo al settore agricolo. La strategia di sviluppo regionale era finalizzata a migliorare la salute della popolazione residente nella regione, attraverso un'azione congiunta. L'attenzione si è concentrata sulla creazione di comunità che promuovono salute, un'alimentazione salutare e un turismo sostenibile e attento alla promozione del benessere, costruendo le fondamenta per dar vita ad un ambiente favorevole alla salute.

Il termine ambiente favorevole alla salute comprende gli ambienti di vita naturale e socio-economici, con particolare attenzione al miglioramento in termini di fornitura di acqua pulita e di accesso all'istruzione superiore. Le comunità sane sono comunità che promuovono salute, nelle scuole dell'infanzia e nelle scuole, nei luoghi di lavoro e tra i gruppi emarginati. Il termine alimentazione salutare comprende il riconoscimento dell'importanza dell'agricoltura per la regione e la necessità di assicurarsi che sia sostenibile, soprattutto in un contesto in cui molte delle aziende sono di piccole dimensioni. Una valutazione di impatto sanitario della Politica Agricola Comune dell'UE sull'agricoltura locale, ha suggerito che ci fosse la possibilità di collegare la sostenibilità di queste piccole aziende all'aumento del consumo di frutta e verdura, soprattutto nelle scuole. Incoraggiare le aziende agricole locali a coltivare più frutta e verdura ha permesso di sostenere le filiere alimentari locali.

RIQUADRO 9



Il turismo sostenibile e attento alla promozione del benessere è un turismo incentrato sui centri, che sono una fonte di reddito per la regione. Sostenere e collegare questi centri attraverso piste ciclabili e percorsi pedonali ha apportato dei miglioramenti economici alla regione e ha contribuito a promuovere il turismo ecologico.

Il Ministero della Salute è stato fondamentale nell'attuare il programma pilota e il suo coinvolgimento ha richiesto un notevole impegno politico. Il Ministero si è occupato della gestione del programma, mentre l'Agenzia di Sviluppo Regionale è stata responsabile della sua attuazione. L'Istituto Regionale di Sanità Pubblica ha riunito diverse organizzazioni per sviluppare e attuare il piano. Questa è stata la prima volta che settori diversi hanno progettato insieme, invece che separatamente. Ad integrazione degli obiettivi nazionali sono stati sviluppati degli obiettivi regionali. I fattori-chiave per il successo di questo programma comprendevano:

- la perseveranza e il sostegno da parte del Ministero della Salute
- la disponibilità di risorse durature nel corso dello sviluppo del programma;
- la garanzia che le diverse politiche hanno lavorato insieme, contribuendo a facilitare il lavoro intersettoriale;
- la definizione chiara di ruoli e responsabilità;
- la costruzione di competenze per accrescere conoscenze sulla salute e leadership in sanità pubblica;
- la condivisione con le altre regioni di quanto appreso.

03. Costruire sistemi di assistenza sanitaria più equi

Una terza priorità per un approccio integrato è quella di affrontare le disuguaglianze esistenti nell'accesso ai servizi essenziali di salute e di fare progressi nella costruzione di un sistema sanitario più equo, che garantisca l'accesso a tutti gli strati della popolazione.

Per raggiungere questo risultato occorre trovare delle risposte ad una serie di domande:

È necessaria una valutazione della situazione attuale: ci sono delle differenze sistematiche tra i diversi gruppi di popolazione rispetto all'accesso ai servizi sanitari, al trattamento ricevuto, ai risultati ottenuti o alle spese sostenute che stanno contribuendo alle disuguaglianze di salute?

In caso affermativo, quale di queste differenze sono riconducibili ad un'azione, quali sono i punti salienti e quali cambiamenti realistici si possono apportare al sistema per renderlo più equo?

L'introduzione dei cambiamenti avviene nella fase successiva, seguita dalla garanzia che gli effetti dei cambiamenti siano monitorati e riferiti ai politici con regolarità, chiedendosi in particolare: qual è l'impatto di questo cambiamento di politica sui più svantaggiati nella società?

Il [Riquadro 10](#) fornisce esempi di azioni attuate in Polonia e nel Kirgizstan, per rendere i sistemi di finanziamento della sanità più equi, in termini di finanziamento, di ammissibilità e di copertura da parte del sistema sanitario.

Forze diverse agiscono continuamente per erodere i progressi compiuti nella costruzione di sistemi sanitari e di tutela sociale più equi; non ultima l'attuale crisi finanziaria, che ha portato all'attuazione di misure di austerità da parte di molti governi europei. Le priorità d'azione a breve e medio termine sono state evidenziate dal *Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region* dell'Ufficio Regionale per l'Europa dell'OMS, e comprendono la necessità di:

- proteggere il livello di spesa per i sistemi sanitari e di tutela sociale, in questi tempi di recessione
- monitorare le conseguenze sanitarie e sociali delle politiche di austerità sui diversi gruppi di popolazione nel paese o nella regione
- convogliare i risultati dell'esercizio di controllo in ulteriori politiche economiche e fiscali, al fine di prevenire o migliorare gli effetti negativi sulla salute

RIQUADRO 10



Finanziamenti e ammissibilità equi: Kirghizstan e Polonia.

Incrementare l'equità del sistema di finanziamento sanitario in Kirghizstan

Le riforme di finanziamento del sistema sanitario in Kirghizstan alla fine degli anni 1990 e 2000 sono state una risposta alle pressioni economiche, alla riduzione della spesa pubblica per la salute e all'aumento di pagamenti privati. Le riforme sono state guidate dall'obiettivo di avere un unico sistema per l'intera popolazione. Questo è stato supportato da un avallo politico ad alto livello, da una guida e un sostegno costante nel settore sanitario e da un'ampia costruzione di competenze. Una legge del 1996 ha introdotto un nuovo fondo assicurativo sanitario obbligatorio (MHIF), come integrazione agli attuali flussi di bilancio dei servizi sanitari, con un unico sistema informativo e di contabilità per tutti i pazienti, indipendentemente dal loro status assicurativo. Nel 2001, è stato avviato un unico sistema di pagamento che associava i fondi di bilancio e quelli assicurativi sotto il MHIF, organizzato nelle regioni subnazionali e che prevedeva la vendita di un "pacchetto di benefici garantiti dallo Stato" per tutti. Nel 2006, il finanziamento è stato centralizzato a livello nazionale, facilitando la redistribuzione delle risorse tra le regioni. Canalizzare le entrate di bilancio al MHIF significava che nei bilanci si è passati da una sovvenzione diretta della fornitura di servizi ad una sovvenzione per l'acquisto di servizi per conto di tutta la popolazione, con diverse fonti di finanziamento utilizzate in modo complementare per creare un sistema unico, universale. Si è riscontrato un miglioramento in termini di equità nell'utilizzo e nei finanziamenti. La proporzione di pazienti che effettuano pagamenti informali in nero è diminuita in modo significativo per tutte le categorie di spesa dei pazienti. Tuttavia, sono ancora molte le spese a carico dell'utenza privata per i servizi che non rientrano nel pacchetto di benefici di base, con un conseguente elevato onere finanziario per la popolazione (15).

Migliorare la copertura assicurativa sanitaria per i gruppi emarginati in Polonia

Cinque nuovi elementi sono stati introdotti nel sistema sanitario polacco a partire dal 1999, per garantire equità di accesso alle cure per i gruppi più svantaggiati e vulnerabili del paese. Questi comprendono: (1) assicurazione obbligatoria, universale per tutte le persone che possono beneficiarne, indipendentemente dal loro status socio-economico; (2) assicurazione volontaria per le persone non coperte da assicurazione obbligatoria; (3) accesso gratuito ai servizi sanitari pubblici per i poveri, le persone non assicurate; (4) divieto di cura di pazienti privati da parte dei fornitori di assistenza sanitaria pubblica; e (5) tutela dell'accesso degli assicurati più poveri ai servizi di assistenza sanitaria dentale. Le precedenti misure adottate per rafforzare il sistema sanitario – sebbene importanti per coloro che vivono in povertà – si erano rivelate insufficienti nel tutelare il loro diritto all'equità nella salute e all'assistenza sanitaria. I membri di alcuni gruppi emarginati, hanno informato i responsabili politici che i loro diritti erano stati violati, e alcuni gruppi sono stati identificati dai medici, dai ricercatori o dalle ONG. Sono state analizzate tutte le informazioni sulle esclusioni involontarie, per individuare gruppi sociali che sono stati esclusi, in modo che potessero essere assicurati in un regime obbligatorio. Un atto giuridico, introdotto nel 2004, ha fornito una ulteriore rete di sicurezza per tutelare i più poveri dall'esclusione (16).

Fonte. *adattato dal contributo di Loewenson e Whitehead ad una "Resource guide on governance for social determinants of health and health inequities", a cura del European Office for Investment for Health and Development dell'Ufficio regionale per l'Europa dell'OMS e discusso in Brown et al.*

Fare qualcosa, fare di più, fare meglio:

azioni possibili da qualsiasi punto di partenza

I paesi della Regione Europea dell'OMS si trovano su piani molto diversi rispetto alla salute, l'equità nella salute e lo sviluppo socio-economico. È essenziale, tuttavia, che ciascun paese faccia quello che può. La *Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region* raccomanda i seguenti punti d'azione:

FARE QUALCOSA

Nei paesi con scarse politiche di contrasto dei determinanti sociali di salute è importante portare avanti qualche azione a breve termine e pianificare strategie a lungo termine. Le evidenze suggeriscono che anche piccoli miglioramenti in materia di diritti sociali e di spesa sociale (in termini di legislazione) possono portare a dei miglioramenti nella salute.

FARE DI PIÙ

Anche i paesi in cui sono già in atto alcune politiche di tutela sociale possono realizzare più iniziative per affrontare i determinanti sociali di salute e l'equità nella salute. Questo approccio prevede di lavorare per garantire che i sistemi di welfare - come minimo - tutelino contro danni economici per motivi di salute, disoccupazione, inoccupazione o bassi salari. I paesi dovrebbero lavorare per ottenere un livello di tutela sociale che permetta a tutti gli individui di raggiungere lo standard minimo per vivere in salute nella società.

FARE MEGLIO

Nei paesi più ricchi d'Europa, con sistemi di tutela sociale avanzati, c'è lo spazio per invertire la tendenza dell'aumento delle disuguaglianze, rafforzando il sistema di welfare e attuando ulteriori programmi per aiutare le fasce più deboli della società.

MESSAGGI CHIAVE



- i Ministeri della salute e la comunità di sanità pubblica hanno un ruolo fondamentale da svolgere nel creare e sostenere le ragioni che spiegano perché il miglioramento dell'equità è importante per il raggiungimento di altri obiettivi di governo/della società e non solo per la salute
- è fondamentale valutare i diversi impatti delle politiche e degli interventi sui diversi gruppi sociali e geografici all'interno della società
- coinvolgere le persone e le comunità locali rende più efficace la progettazione e l'impatto delle politiche per migliorare la salute e ridurre le disuguaglianze sociali
- è importante sviluppare la legislazione e la regolamentazione necessaria per rafforzare la responsabilità congiunta per l'equità in tutti i settori
- devono essere effettuate regolari revisioni congiunte dei progressi compiuti, per favorire la comprensione comune e sostenere l'impegno di fornire risultati condivisi nel corso del tempo
- sono necessari entrambi gli approcci (universale e mirato), comprese le politiche che agiscono attraverso l'intero gradiente sociale nella salute, e con un supporto supplementare per i più svantaggiati
- agire su più settori è essenziale. Esistono numerose strategie e strumenti per rafforzare l'azione congiunta sulle disuguaglianze di salute: (i) attraverso portafogli settoriali; e (ii) tra governi locali, regionali e nazionali
- un sistema di monitoraggio per l'equità nella salute - supportata da obiettivi e relazioni pubbliche - è una componente fondamentale di un approccio globale per il contrasto delle disuguaglianze, e può aiutare a costruire un impegno a livello politico e della comunità

Tabella 1. Componenti del sistema che supportano un approccio integrato per ridurre le disuguaglianze di salute attraverso azioni sui determinanti sociali di salute (DSS)

Dominio	Caratteristiche del sistema	Esemplificate da
<p>Impegno politico</p> <p>1</p>	<p>Chiaro impegno politico</p>	<ul style="list-style-type: none"> • responsabilità dei Ministeri per migliorare l'equità di salute e i DSS • ruoli specifici sull'equità e DSS a livello nazionale, regionale e locale • comitato intergovernativo per l'equità e i DSS • budget dedicati per l'equità nella salute e i DSS • quadri legislativi e istituzionali per l'equità nella salute e l'implementazione di programmi dedicati
<p>Conoscenza</p> <p>2</p>	<p>Evidenza e informazioni sulle disuguaglianze di salute e i suoi determinanti per:</p> <ul style="list-style-type: none"> • informare le decisioni politiche e di investimento • monitorare i progressi • mantenere l'impegno degli stakeholders 	<ul style="list-style-type: none"> • l'equità e i DSS come area di lavoro centrale finanziata da budget destinati alla ricerca. • le evidenze sull'equità e i DSS revisionate e pubblicate con sistematicità. • servizi e conoscenze dedicate per analizzare e produrre dati accessibili a tutti • dati di input, output e outcome sulla equità nella salute e sui DSS pubblicati a livello locale, nazionale ed europeo • requisiti minimi concordati di dati /reporting riguardo l'equità e i DSS a livello nazionale e locale (questo richiede la raccolta di dati disaggregati a livello regionale e di gruppi sociali, come minimo)
<p>Responsabilità di strutture e sistemi</p> <p>3</p>	<p>Strutture legislative e sistemi che permettano azioni intersettoriali sull'equità e i DSS a livello Europeo, nazionale e locale.</p> <p>Governance board idoneo a mantenere l'impegno di tutti gli stakeholder</p> <p>Strutture legislative e sistemi per (i) consentire la formazione e le azioni delle organizzazioni non governative (ONG) e dei gruppi provenienti dalla società civile per ridurre le disuguaglianze; e (ii) monitorare gli avanzamenti</p>	<p>Un quadro giuridico che imponga a tutti gli stakeholders, sanitari e non, di collaborare e relazionare sulle azioni relative a DSS/ disuguaglianza della salute e relativi risultati</p> <p>I tavoli per la salute della comunità, istituiti con il mandato esplicito di rivedere i dati/ i progressi delle politiche, oltre alle alternative/ soluzioni per migliorare l'equità nella salute a far sì che tutti gli stakeholder si sentano responsabili</p> <p>Ruoli istituzionali con compiti formali per ridurre le disuguaglianze attraverso azioni sui DSS</p>

Dominio	Caratteristiche del sistema	Esemplificate da
<p>Coerenza politica tra i diversi settori del governo e i vari livelli</p> <p>4</p>	<p>Un quadro formale che designa gli stakeholder coinvolti nelle azioni per migliorare l'equità nella salute</p> <p>Accordi legati al portfolio e al budget ministeriale, a livello nazionale e locale</p> <p>Politiche del governo monitorate attraverso strumenti di "health impact assessment" e di "equity impact assessment"</p> <p>Strumenti per istituzionalizzare le collaborazioni tra i vari settori e livelli del governo</p>	<p>Coerenza tra le azioni dei vari settori (a livello locale e nazionale) su obiettivi condivisi per l'equità e i DSS</p> <p>Outcome di equità definiti in modo esplicito per ogni settore a livello nazionale e locale</p> <p>Accordi specifici con il settore privato per far sì che contribuiscano al raggiungimento dei target di equità</p> <p>Outcome valutati e pubblicati da tutti i ministeri/direttorati a tutti i livelli</p> <p>Valutazioni di impatto, che dovrebbe essere documenti di pubblico dominio, sfidabili attraverso un meccanismo di responsabilizzazione</p> <p>Sistemi per il raggiungimento congiunto dei risultati, incluso un unico budget, target condivisi, revisioni e report sui progressi fatti insieme, e sistemi integrati di conoscenza</p>
<p>Coinvolgere le persone della comunità locale</p> <p>5</p>	<p>Impegno alla partecipazione delle persone della comunità locale e le autorità subnazionali nel disegno e nella revisione politica</p> <p>Strumenti e sistemi che assicurino il coinvolgimento della comunità nelle soluzioni</p> <p>Conoscenza e dati sulla salute, l'equità e i DSS accessibili al pubblico – a livello locale, nazionale e Europeo.</p>	<p>Procedure, modalità organizzative e "capacity building" per permettere alle diverse voci e punti di vista che arrivano dalla comunità di prendere parte alle decisioni e alle soluzioni</p> <p>Strumenti e supporti a livello locale per definire i problemi e le soluzioni sulla base dei dati di contesto</p> <p>Report pubblici di azioni e progressi per permettere l'accesso e stimolare il dibattito sui risultati e sulle nuove sfide da parte e con la comunità.</p>
<p>Capacità istituzionali e di risorse umane</p> <p>6</p>	<p>Lo sviluppo delle capacità include:</p> <ul style="list-style-type: none"> sviluppo di uno staff competente e formato processi istituzionali 	<p>Programmi che supportino la leadership politica, civica e professionale nell'ambito dei DSS e delle azioni per contrastare le disuguaglianze con diverse istituzioni</p> <p>Moduli formativi su equità e DSS per l'addestramento e la formazione dei professionisti sia all'interno sia all'esterno del settore sanitario</p> <p>Protocolli formali per definire gli accordi e le prospettive in relazione ai determinanti sociali e alle disuguaglianze di salute in tutti i settori</p>

Dominio	Caratteristiche del sistema	Esemplificate da
<p>Rinnovare la sanità pubblica</p> <p>7</p>	<p>Rivedere la formazione e la pratica in sanità pubblica</p>	<p>Revisione delle caratteristiche e delle competenze per la pratica della sanità pubblica in modo da includere anche le capacità richieste per le azioni su equità e DSS</p> <p>Corsi nuovi e aggiornati rivolti a professionisti della sanità pubblica</p>
<p>Apprendimento e sistemi innovativi</p> <p>8</p>	<p>Impegno per un miglioramento continuo nel comprendere l'efficacia delle politiche e degli interventi per ridurre le disuguaglianze</p> <p>Impegno sulle revisioni di efficacia in corso / miglioramenti di governo per l'equità nella salute, attraverso le azioni sui DSS.</p>	<p>Sistemi più efficaci di trasferimento di quanto appreso intra e tra i paesi, per rendere più veloce l'adozione degli strumenti e delle politiche promettenti</p> <p>Arricchire la capacità di contrastare le disuguaglianze nella salute tramite programmi innovativi, dimostrazioni sul campo e scambi, insieme ad un apprendimento documentato e disseminato.</p>

Azioni per affrontare le disuguaglianze di salute e i determinanti sociali di salute:

- Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region: final report.
- Report on health inequalities in the European Union.
- Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final report of the Commission on Social Determinants of Health.
- European strategies for tackling social inequities in health: levelling up part 2.
- A typology of actions to tackle social inequalities in health.
- Health 2020. A European policy framework and strategy for the first century.
- Resource of health system actions on socially determined health inequalities, WHO Regional Office for Europe online database.
- Action: SDH. A global electronic discussion platform and clearing house of actions to improve health equity through addressing the SDH.
- European Portal for Action on Health Inequalities. An Equity Action partnership information resource on health equity and SDH in Europe, including a database of policy initiatives.

Strumenti di analisi delle politiche:

- How can the health equity impact of universal policies be evaluated? Insights into approaches and next steps.
- Health inequalities impact assessment. An approach to fair and effective policy making. Guidance, tools and templates.
- Methodological guide to integrate equity into health strategies, programmes and activities.
- Tools and approaches for assessing and supporting public health action on the social determinants of health and health equity.

Strumenti di disaggregazione dei dati e di monitoraggio:

- Equity in Health project interactive atlases. WHO Regional Office for Europe online resource.
- Handbook on health inequality monitoring with a special focus on low- and middle-income countries .
- Moving forward equity in health: monitoring social determinants of health and the reduction of health inequalities.

Governance per l'equità nella salute:

- Governance for health equity in the WHO European Region.

Casi studio:

- Setting the political agenda to tackle health inequity in Norway
- A whole-of-government approach to reducing health inequalities: the Scottish experience.
- Investment for health and development in Slovenia. Programme MURA.

- 1 Communication from the Commission to the European Parliament, the Council, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions. Solidarity in health: reducing health inequalities in the EU {SEC(2009)1396}{SEC(2009) 1397}. Brussels: European Commission; 2009. (http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/socio_economics/documents/com2009_en.pdf ultima visita 4 dicembre 2013).**
- 2 White paper. Together for health: a strategic approach for the EU 2008–2013.** Brussels: European Commission; 2007 (COM(2007) 630 final) (http://ec.europa.eu/health-eu/doc/whitepaper_en.pdf, accessed 4 December 2013).
- 3 Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region: final report.** Copenhagen: WHO Regional Office Europe; 2013 (http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/5196/Review-of-social-determinants-and-the-health-divide-in-the-WHO-European-Region-final-report-Eng.pdf ultima visita 4 dicembre 2013).
- 4 Dahlgren G, Whitehead M. European strategies for tackling social inequities in health: levelling up part 2.** Copenhagen: WHO Regional Office Europe; 2007 (http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0018/103824/E89384.pdf ultima visita 4 dicembre 2013).
- 5 Region Västra Götaland. Together towards social sustainability. Action plan for health equity in Region Västra Götaland, Sweden.** Brussels: European Commission Directorate-General Employment, Social Affairs & Inclusion ReTHI project and Region Västra Götaland; 2013 (http://www.vgregion.se/upload/Folkh%C3%A4lsa/internationellt/Handlingsplan_eng_1305.pdf ultima visita 4 dicembre 2013).
- 6 National strategy to reduce social inequalities in health. Report No. 20 (2006–2007) to the Storting.** Oslo: Norwegian Ministry of Health and Care Services; 2007 (http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/socio_economics/documents/norway_rd01_en.pdf ultima visita 4 dicembre 2013).
- 7 Moving forward equity: a proposal of policies and interventions to reduce social inequalities in health in Spain.** Madrid: Spanish Ministry of Health, Social Policy and Equality Commission on the Reduction of Social Inequalities in Health in Spain; 2010 [Translated 2011] (http://www.mspsi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/docs/Moving_Forward_Equity.pdf ultima visita 4 dicembre 2013).
- 8 Poval S, Whitehead M, Gosling R and Barr B. Focusing the equity lens: arguments and actions on health inequalities.** Liverpool: WHO Collaborating Centre for Policy Research on Social Determinants of Health; 2008.
- 9 Merino B, Campos P, Santaolaya M, Gil A, Vega J, Koller T. Integration of social determinants of health and equity into health strategies, programmes and activities: health equity training process in Spain. Social Determinants of Health Discussion Paper Series 9 (Case studies).** Geneva: World Health Organization; 2013 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85689/1/9789241505567_eng.pdf ultima visita 4 dicembre 2013).

- 10** **Methodological guide to integrate equity into health strategies, programmes and activities. Version 1.**
Madrid: Spanish Ministry of Health, Social Services and Equality; 2012
(http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/jornadaPresent_Guia2012/docs/Methodological_Guide_Equity_SPAs.pdf ultima visita 4 dicembre 2013).
- 11** **Tackling health inequalities: a programme for action.**
London: United Kingdom Department of Health; 2003.
- 12** **Tackling health inequalities: status report on the programme for action.**
London: United Kingdom Department of Health; 2005
(http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/+/www.dh.gov.uk/en/publicationsandstatistics/publications/publicationspolicyandguidance/dh_4008268 ultima visita 4 dicembre 2013).
- 13** **Chesterman J, Judge K, Bauld L, Ferguson J. How effective are the English smoking treatment services in reaching disadvantaged smokers?**
Addiction 2005 Apr;100(S2):36–45.
- 14** **Buzeti T, Zakotnik JM. Investment for health and development in Slovenia. Programme MURA.**
Murska Sobota: Centre for Health and Development Murska Sobota; 2008
(http://www.eu2008.si/en/News_and_Documents/Fact/March/0310_publikacija.pdf ultima visita 4 dicembre 2013).
- 15** **Kutzin J, Ibraimova A, Jakab M, O'Dougherty S. Bismarck meets Beveridge on the Silk Road: coordinating funding sources to create a universal health financing system in Kyrgyzstan.**
Bull World Health Organ. 2009; 87:549–554
(<http://www.who.int/bulletin/volumes/87/7/07-049544.pdf> ultima visita 4 dicembre 2013).
- 16** **Marek M. Poland: poverty and health. In: Koller T, editor. Poverty and social exclusion in the WHO European Region: health systems respond.**
Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2010:124–135
(http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/115485/E94018.pdf ultima visita 4 dicembre 2013).
- 17** **Brown C, Harrison D, Burns H, Ziglio E. Governance for health equity: taking forward the equity values and goals of Health 2020 in the WHO European Region.**
Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2014.
- 18** **Report on health inequalities in the European Union.**
Brussels: European Commission; 2013 (SWD(2013) 328 final)
(http://ec.europa.eu/health/social_determinants/docs/report_healthinequalities_swd_2013_328_en.pdf ultima visita 4 dicembre 2013).
- 19** **Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final report of the Commission on Social Determinants of Health.**
Geneva: World Health Organization; 2008
(http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/en/index.html ultima visita 4 dicembre 2013).
- 20** **Whitehead M. A typology of actions to tackle social inequalities in health.**
J Epidemiol Community Health 2007 Jun; 61(6):473–478
(<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2465710/> ultima visita 4 dicembre 2013).

- 21 Health 2020. A European policy framework and strategy for the 21st century.**
Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2013
(http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/199532/Health2020-Long.pdf ultima visita 4 dicembre 2013).
- 22 Resource of health system actions on socially determined health inequalities [online database].**
Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2013
(<http://data.euro.who.int/equity/hidb/Resources/List.aspx> ultima visita 4 dicembre 2013).
- 23 Action:SDH [website].**
Geneva: World Health Organization; 2010
(<http://www.actionsdh.org/> ultima visita 4 dicembre 2013).
- 24 European portal for action on health inequalities [website].**
Brussels: EuroHealthNet and Equity Action; 2013
(<http://www.health-inequalities.eu/HEALTHEQUITY/EN/home/> ultima visita 4 dicembre 2013).
- 25 Milton B, Moonan M, Taylor-Robinson D, Whitehead M, editors. How can the health equity impact of universal policies be evaluated? Insights into approaches and next steps.**
Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2011
(http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/155062/E95912.pdf ultima visita 4 dicembre 2013).
- 26 Health inequalities impact assessment. An approach to fair and effective policy making. Guidance, tools and templates.**
Edinburgh: NHS Health Scotland; 2011
(<http://www.healthscotland.com/uploads/documents/17227-0%20HIIA%20-%20GUIDANCE.pdf> ultima visita 4 dicembre 2013).
- 27 Mendell A, Dyck L, Ndumbe-Eyoh S, Morrison V. Tools and approaches for assessing and supporting public health action on the social determinants of health and health equity.**
Montréal: National Collaborating Centre for Determinants of Health (NCCDH) and National Collaborating Centre for Healthy Public Policy (NCCHPP); 2012
(www.ncchpp.ca/docs/Equity_Tools_NCCDH-NCCHPP.pdf ultima visita 4 dicembre 2013).
- 28 Interactive atlases [website].**
Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2012
(<http://www.euro.who.int/en/what-we-do/data-and-evidence/equity-in-health/interactive-atlases> ultima visita 4 dicembre 2013).
- 29 Handbook on health inequality monitoring with a special focus on low- and middleincome countries.**
Geneva: World Health Organization; 2013
(http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85345/1/9789241548632_eng.pdf ultima visita 4 dicembre 2013).
- 30 Moving forward equity in health: monitoring social determinants of health and the reduction of health inequalities. An independent expert report commissioned through the Spanish Presidency of the EU.**
Madrid: Ministry of Health and Social Policy of Spain; 2010
(<http://www.mssi.gob.es/en/presidenciaUE/calendario/conferenciaExpertos/docs/haciaLaEquidadEnSalud.pdf> ultima visita 4 dicembre 2013).

- 31** Strand M, Brown C, Torgersen TP, Giæver Ø. **Setting the political agenda to tackle health inequity in Norway. Studies on social and economic determinants of population health, No. 4.** Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2009
(http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0014/110228/E93431.pdf ultima visita 4 dicembre 2013).
- 32** **A whole-of-government approach to reducing health inequalities: the Scottish experience.** Copenhagen, WHO Regional Office for Europe: in press.

v

Centro Regionale di Documentazione per la Promozione della Salute - ASL TO3
Via Sabaudia 164, 10095, Grugliasco (TO) - Tel. 01140188210-502 - FAX 01140188501
info@dors.it