

# ***Equità in salute e sanità in Italia: cosa possiamo fare per moderare le disuguaglianze di salute attraverso il Piano regionale di Prevenzione?***

**Giuseppe Costa**

**Coordinatore gruppo di lavoro Equità nella salute e sanità  
della Commissione Salute della Conferenza delle Regioni  
Coordinatore progetto CCM 2014 su “Health Equity Audit nei  
Piani Regionali di Prevenzione**

**Torino, 13 marzo 2015**



**Il libro bianco  
sulle disuguaglianze  
di salute in Italia**

# Closing the gap in a generation



Cluster 1: *Relatively positive and active response to health inequalities.*

- At least one national response to HIs or comprehensive regional HI policy responses.

Cluster 2: *Variable response to health inequalities.*

- No explicit national policy on HIs, but at least one explicit regional response or a number of other responses with some focus on health inequalities.

**Do something**  
**Do more**  
**Do better**

*undeveloped responses.*

national or regional health inequalities, no explicit health inequality reduction targets (though there may be targeted actions on the social determinants of health).

# Dopo la Comunicazione della Commissione Europea sulla solidarietà nella salute (2009-2011)

Gruppo

## salute e sanità e della (2011-2013)

A cura di GIUSEPPE COSTA, MAURIZIO BASSI,  
GIAN FRANCO GENSINI, MICHELE MARRA,  
ANNA LISA NICELLI, NICOLAS ZENGARINI

L'EQUITÀ NELLA SALUTE  
IN ITALIA

- Stato delle disuguaglianze di salute in Italia
- Meccanismi di generazione e impatto relativo
- Azioni di contrasto
  - Nelle politiche non sanitarie
  - Nelle politiche sanitarie
- Azioni per migliorare la capacità di monitoraggio delle disuguaglianze di salute
- Implicazioni per le politiche e raccomandazioni

A cura di Giuseppe Costa  
e Fabrizio Faggiano

L'EQUITÀ NELLA SALUTE  
IN ITALIA

RAPPORTO SULLE  
DISUGUAGLIANZE  
IN SANITÀ



Fondazione Smith Kline

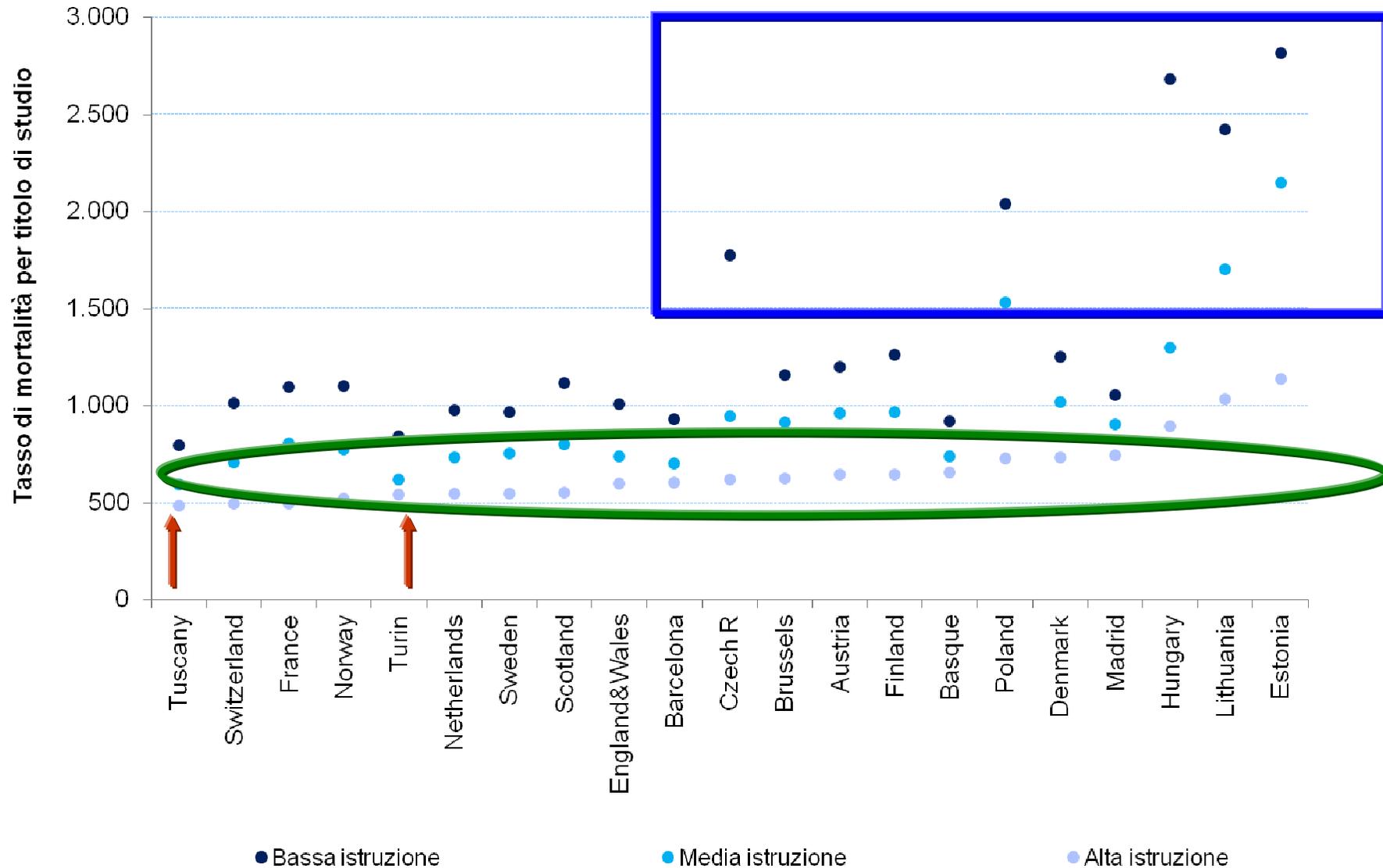
FrancoAngeli



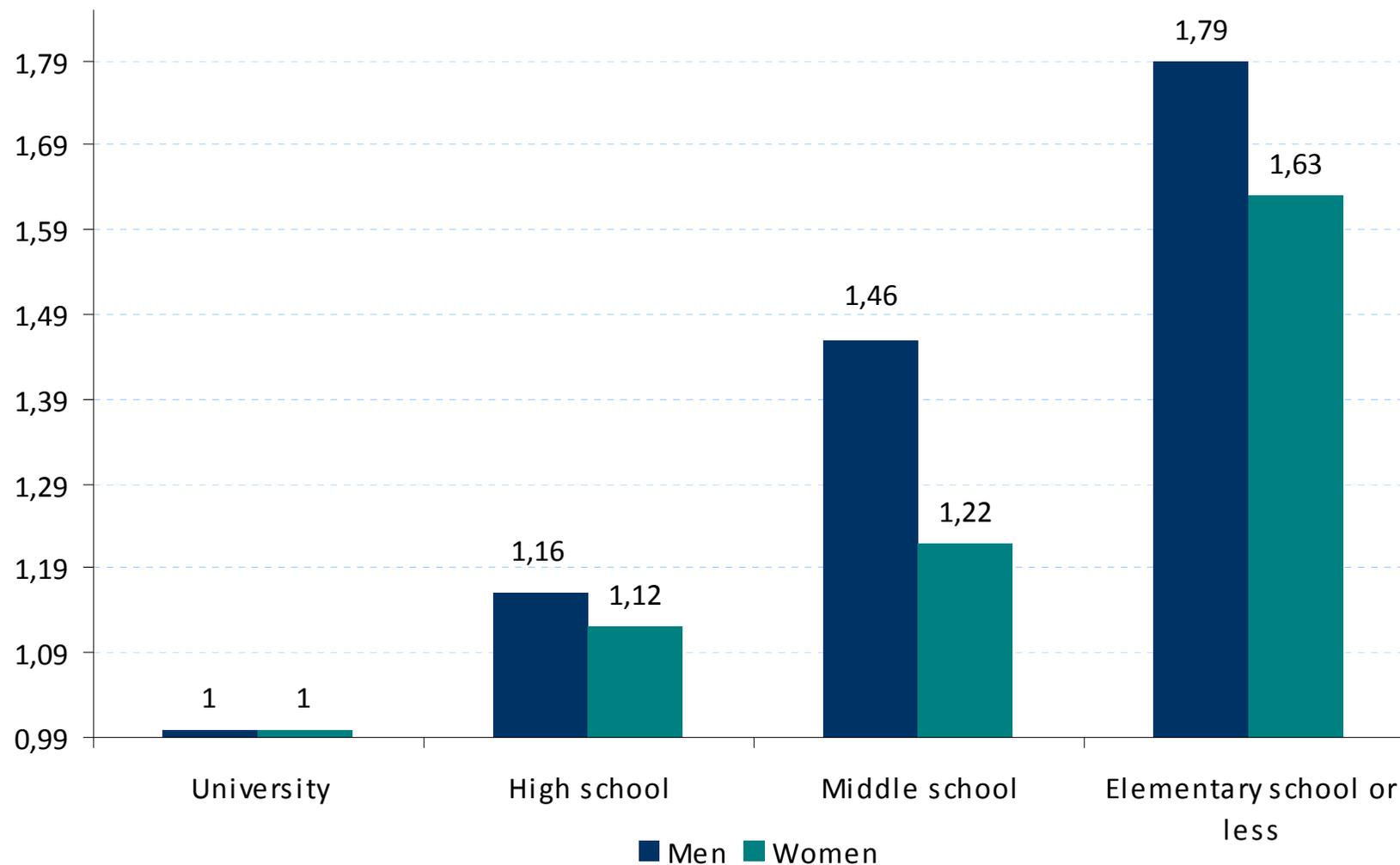
**La carta di identità  
delle disuguaglianze  
di salute**

**Il libro bianco  
sulle disuguaglianze  
di salute in Italia**

# Disuguaglianze di mortalità per titolo di studio a parità di età in 21 popolazioni europee anni 2000- Uomini (tassi per 100.000)

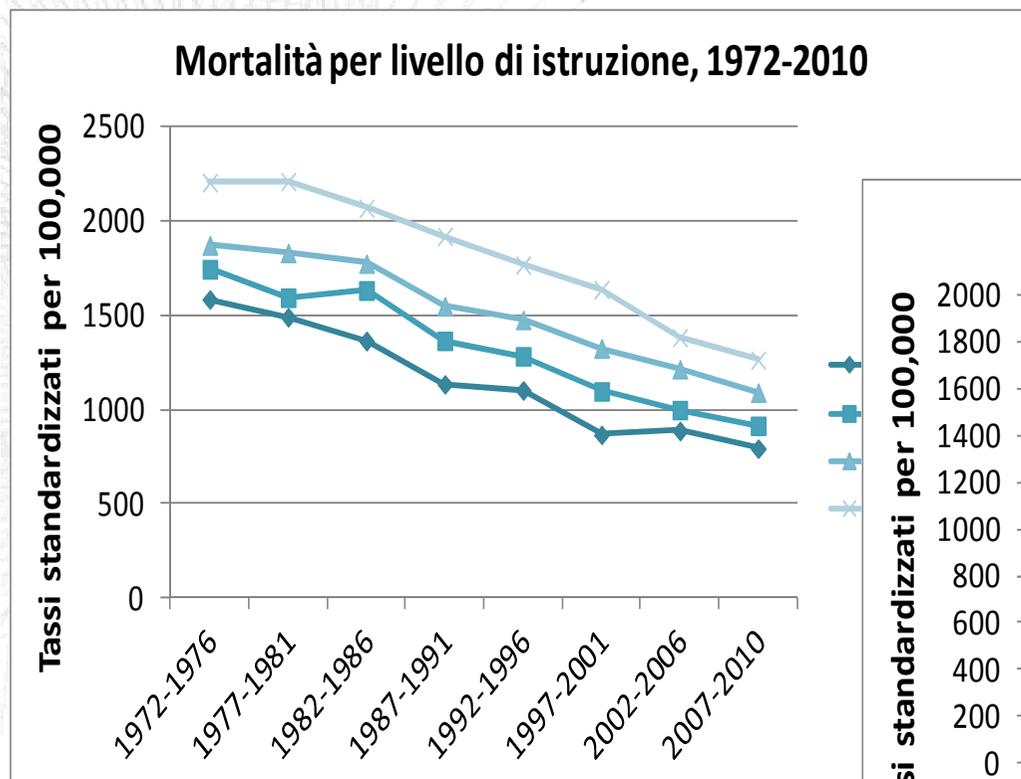


# Disuguaglianze per istruzione nella mortalità in Italia 1999-2007 (RR standardizzati per età)

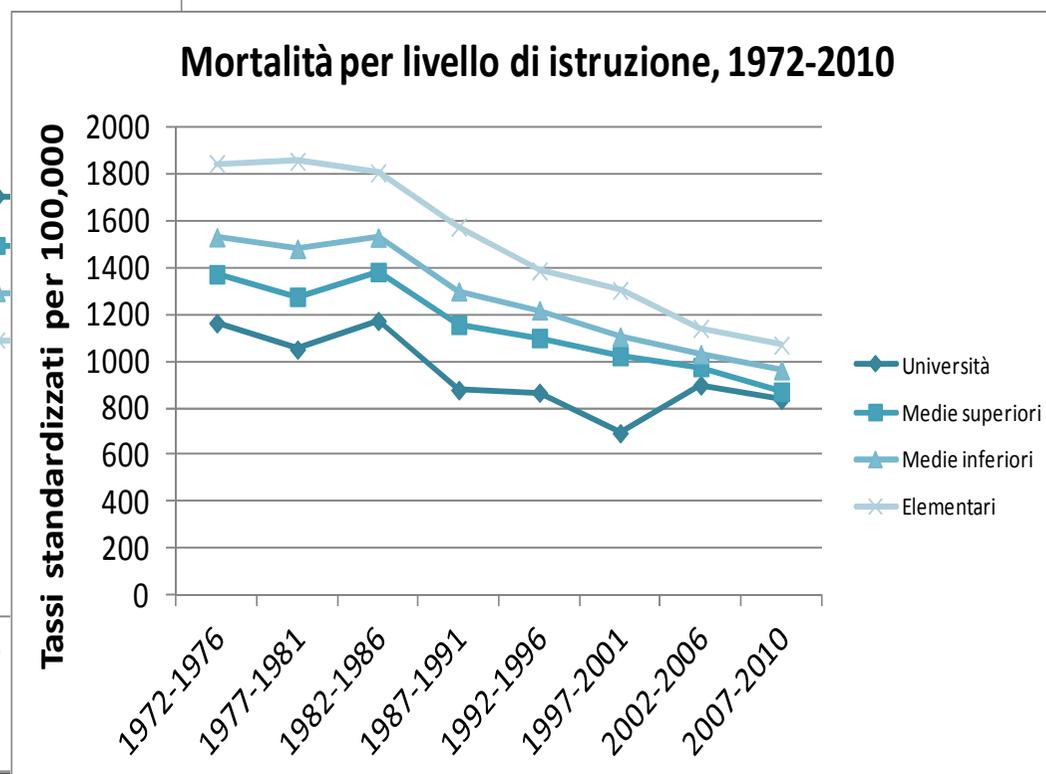


# Mortalità a Torino secondo il titolo di studio dal 1972 al 2010

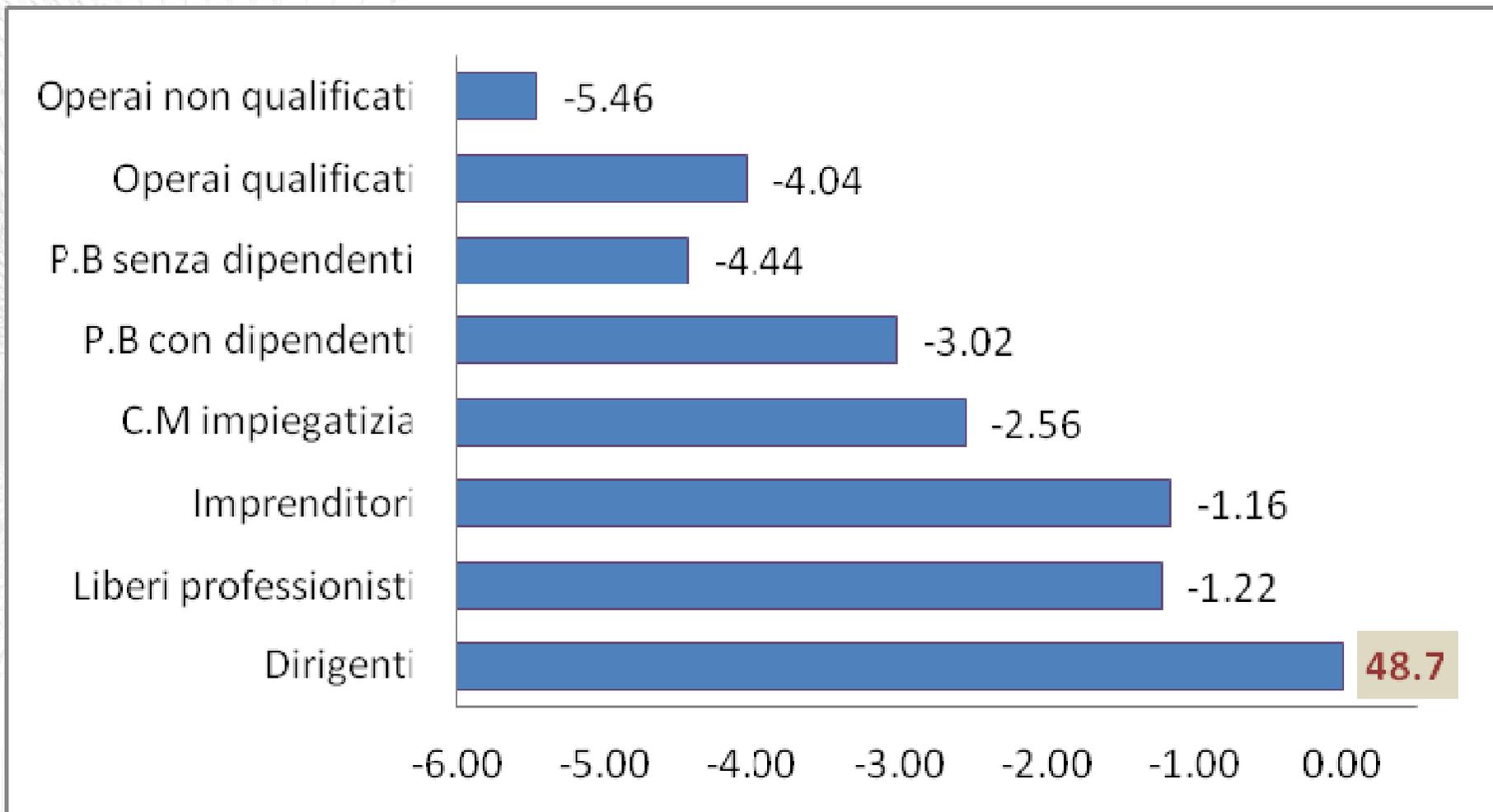
## Uomini



## Donne



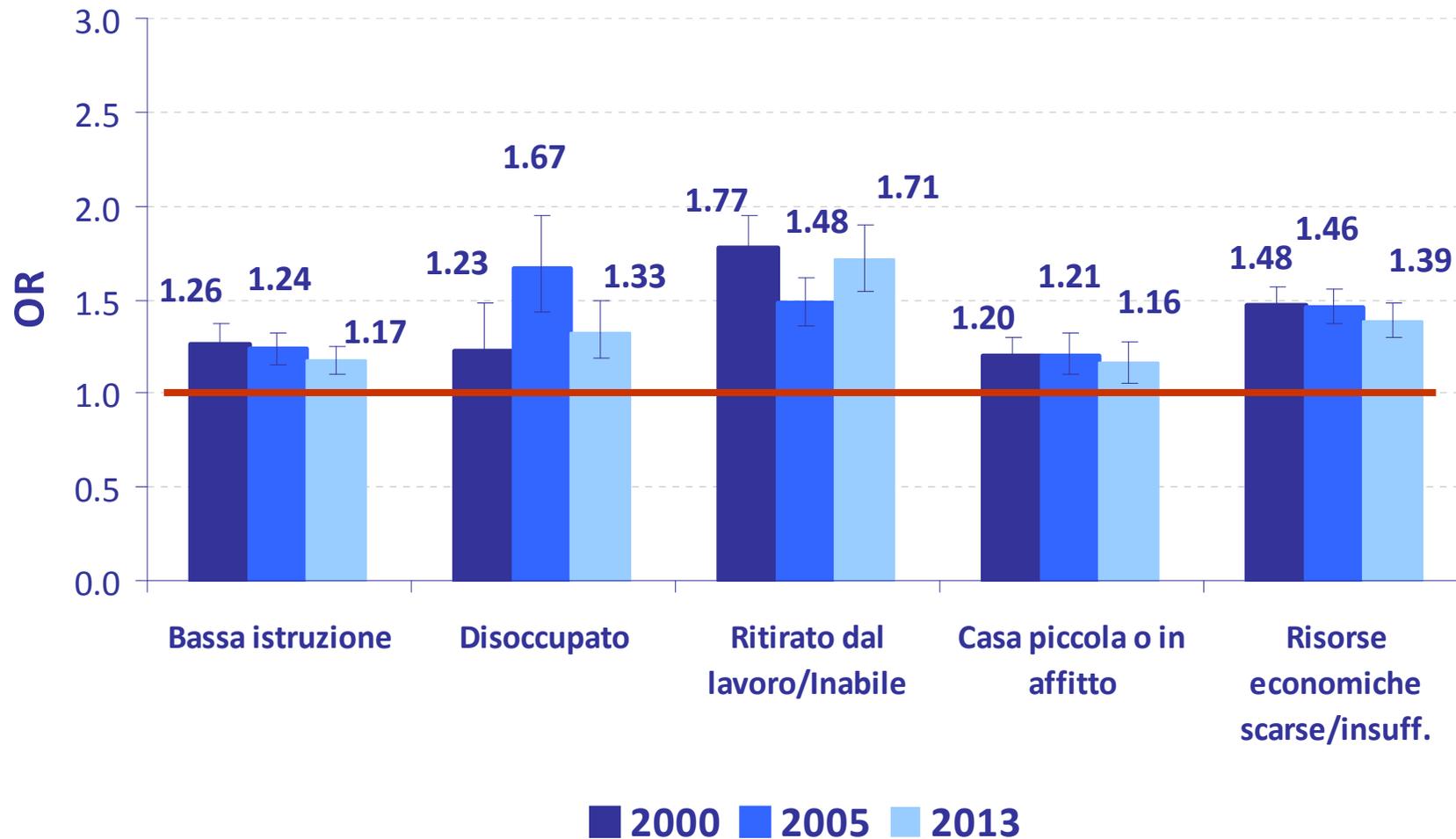
# Speranza di vita per classe sociale a 35 anni tra gli uomini a Torino (2001-2010)



\*Per l'analisi è stata attribuita la classe sociale (Schizzerotto) a ogni individuo che abbia dichiarato di avere una professione almeno in uno dei tre censimenti della popolazione ('81, '91 e '01), lasciando la posizione più alta a chi risultasse presente in più di un censimento.

# Almeno una malattia cronica grave

## Uomini, 25-80 anni



# Carta di identità delle disuguaglianze di salute

- **Natura**
  - Tutte dimensioni salute (incidenza, prevalenza, letalità)
  - Tutte dimensioni posizione sociale (distributiva)
  - Su base individuale e di contesto
- **Direzione**
  - A svantaggio più sfavoriti
  - Eccezioni di malattie influenzali “ricchi”
- **Intensità variabile**
  - Nel tempo
  - Nello spazio
- **Forma**
  - a soglia (vulnerabili)?
  - a gradiente!

**rilevanti**

**sotto responsabilità diverse**

**a diversi livelli**

**non solo inefficienti anche ingiuste**

**evitabili**

**non solo azioni selettive ma soprattutto  
universalismo proporzionato**

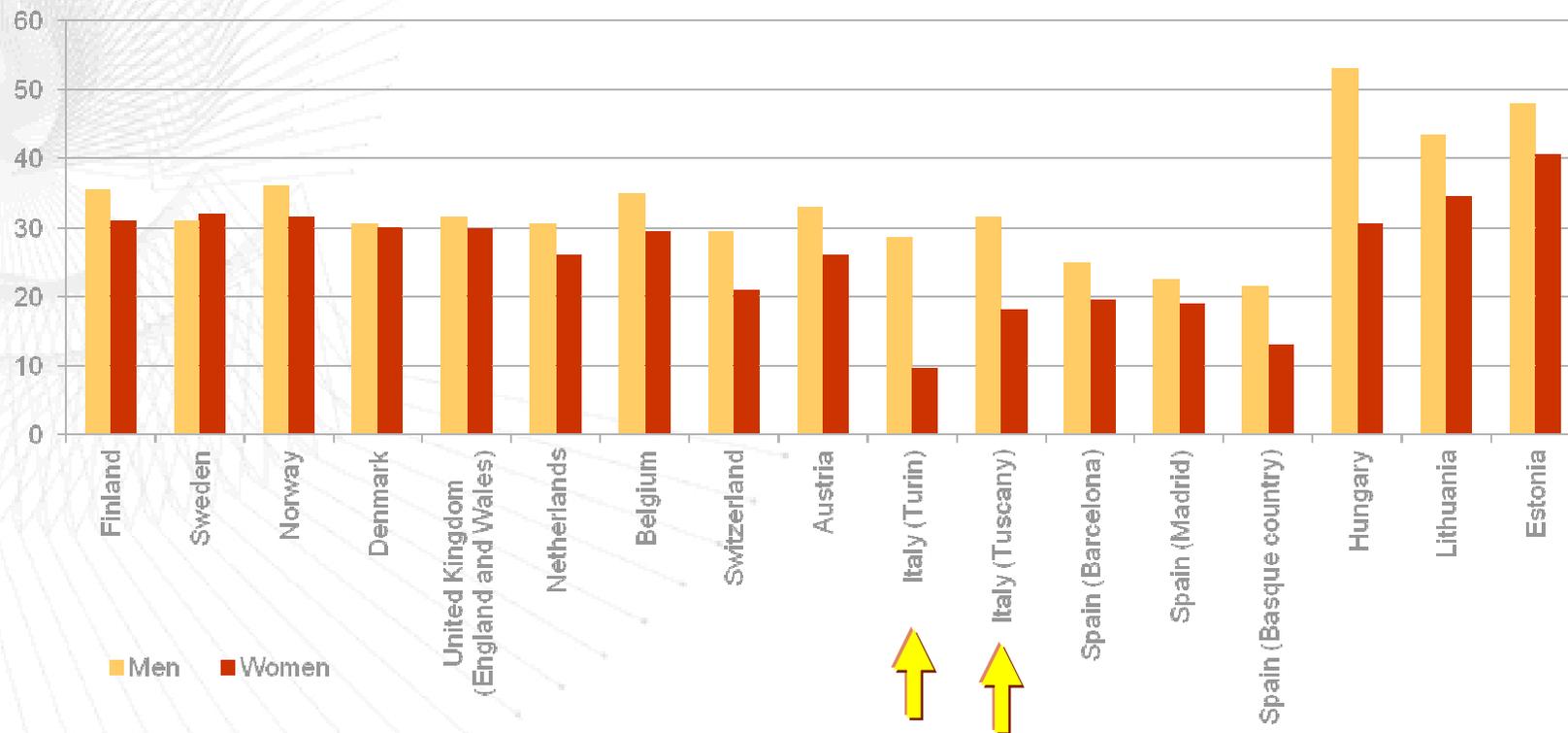
# 1. Quanto siamo distanti dal traguardo?

Distribuzione osservata

Salute

Traguardo: uguaglianza

**Mortalità evitabile se tutti avessero lo stesso rischio di mortalità dei laureati: in Italia intorno al 30% in meno di mortalità tra gli uomini e tra il 10 e 20% tra le donne**



**La carta di identità  
delle disuguaglianze  
di salute**

**I meccanismi**

**Il libro bianco  
sulle disuguaglianze  
di salute in Italia**

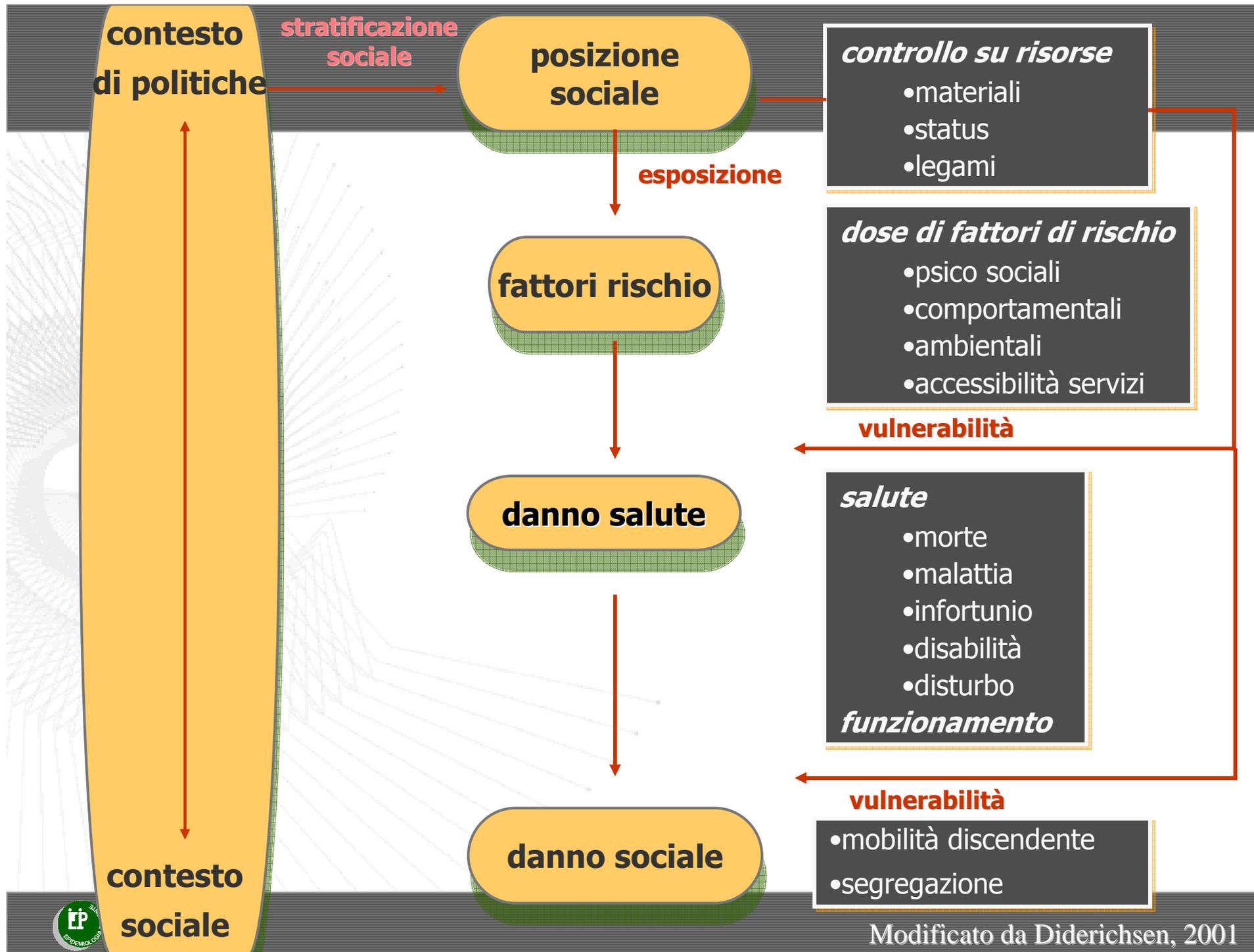
# 1. Quanto siamo distanti dal traguardo?

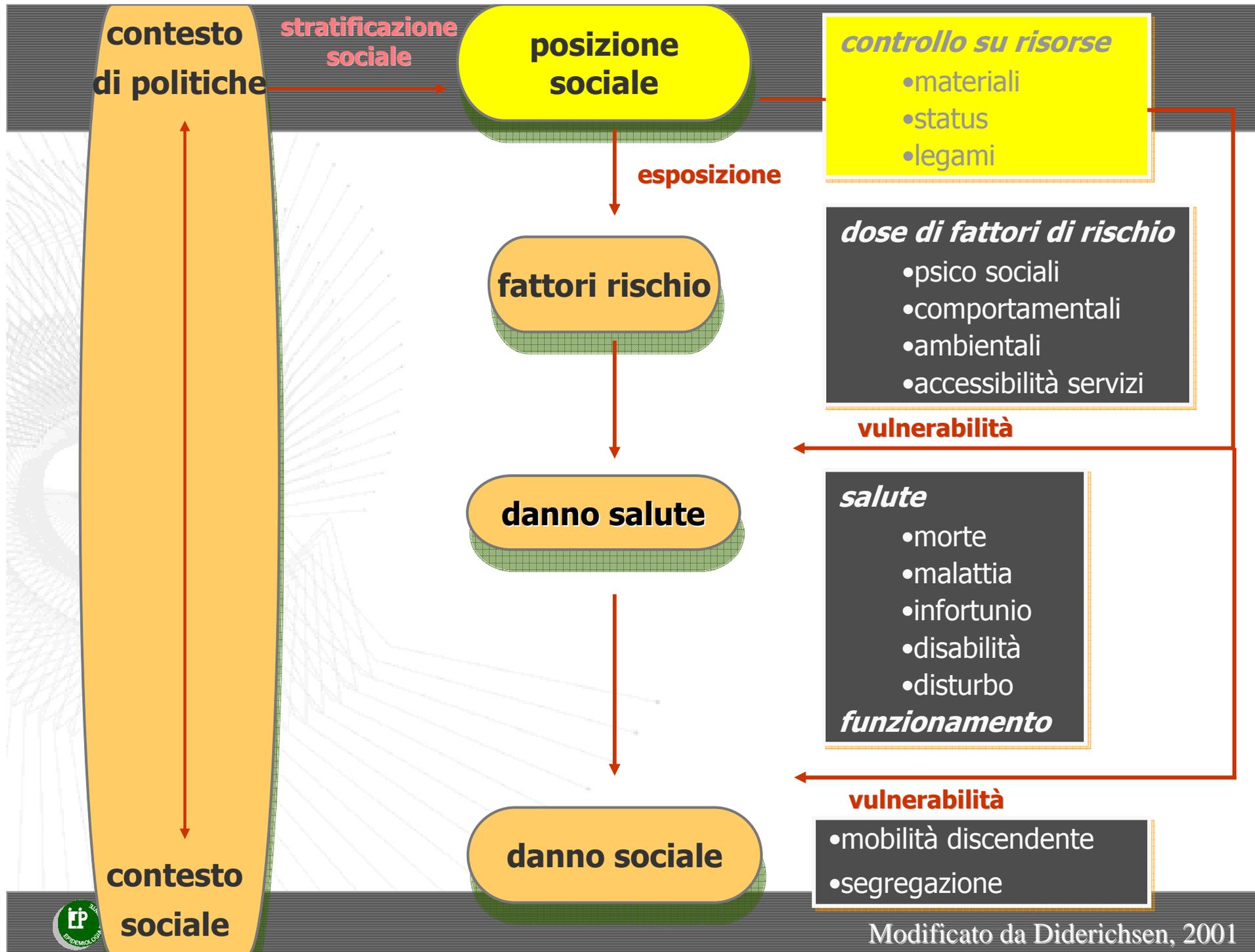
Distribuzione osservata	Salute (mortalità)	Traguardo: uguaglianza
-------------------------	--------------------	------------------------

**Mortalità evitabile se tutti avessero lo stesso rischio di mortalità dei laureati: in Italia intorno al 30% in meno di mortalità tra gli uomini e tra il 10 e 20% tra le donne**

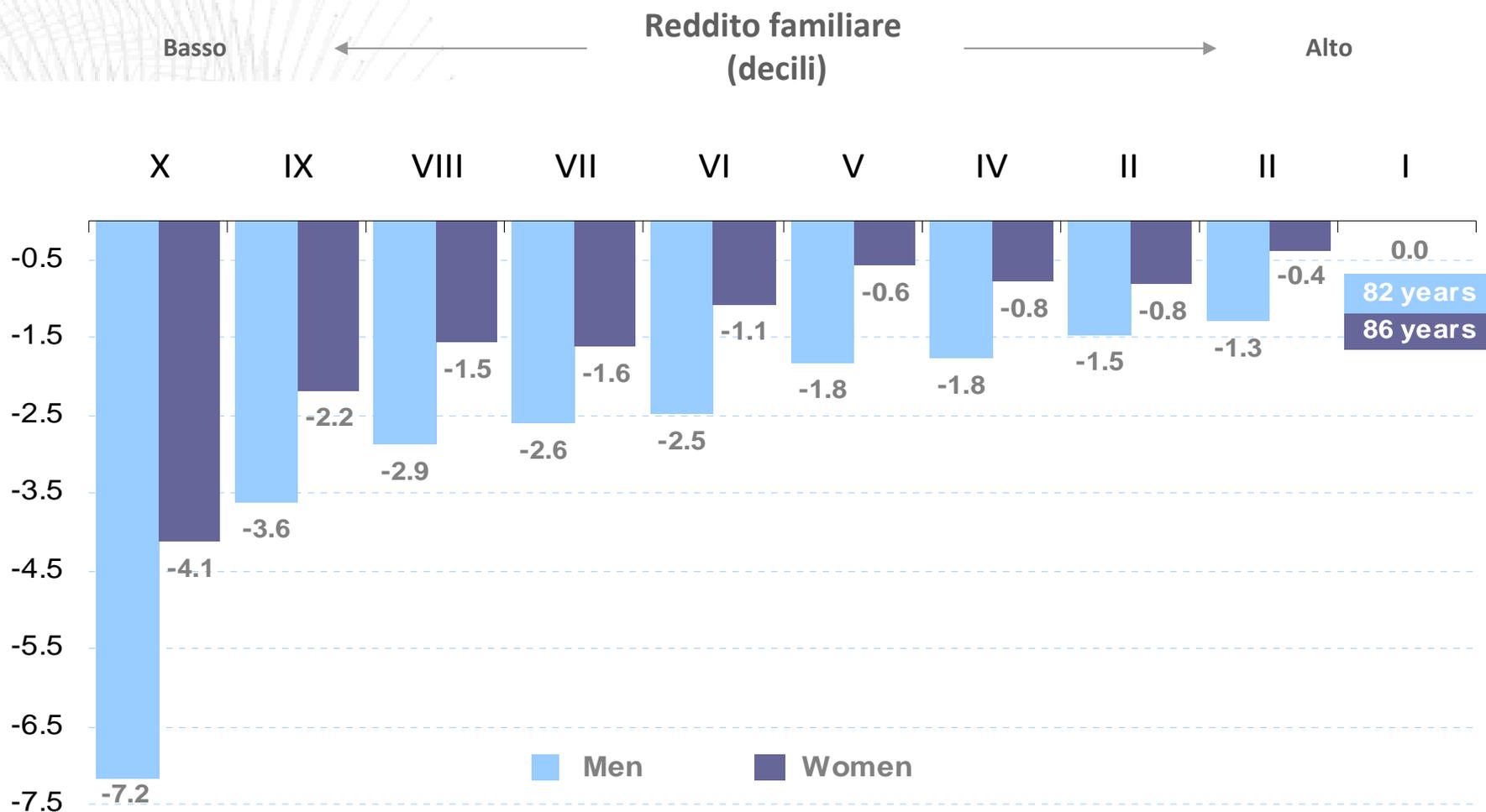
# 2. Quali sono i meccanismi che spiegano questa distanza dal traguardo?

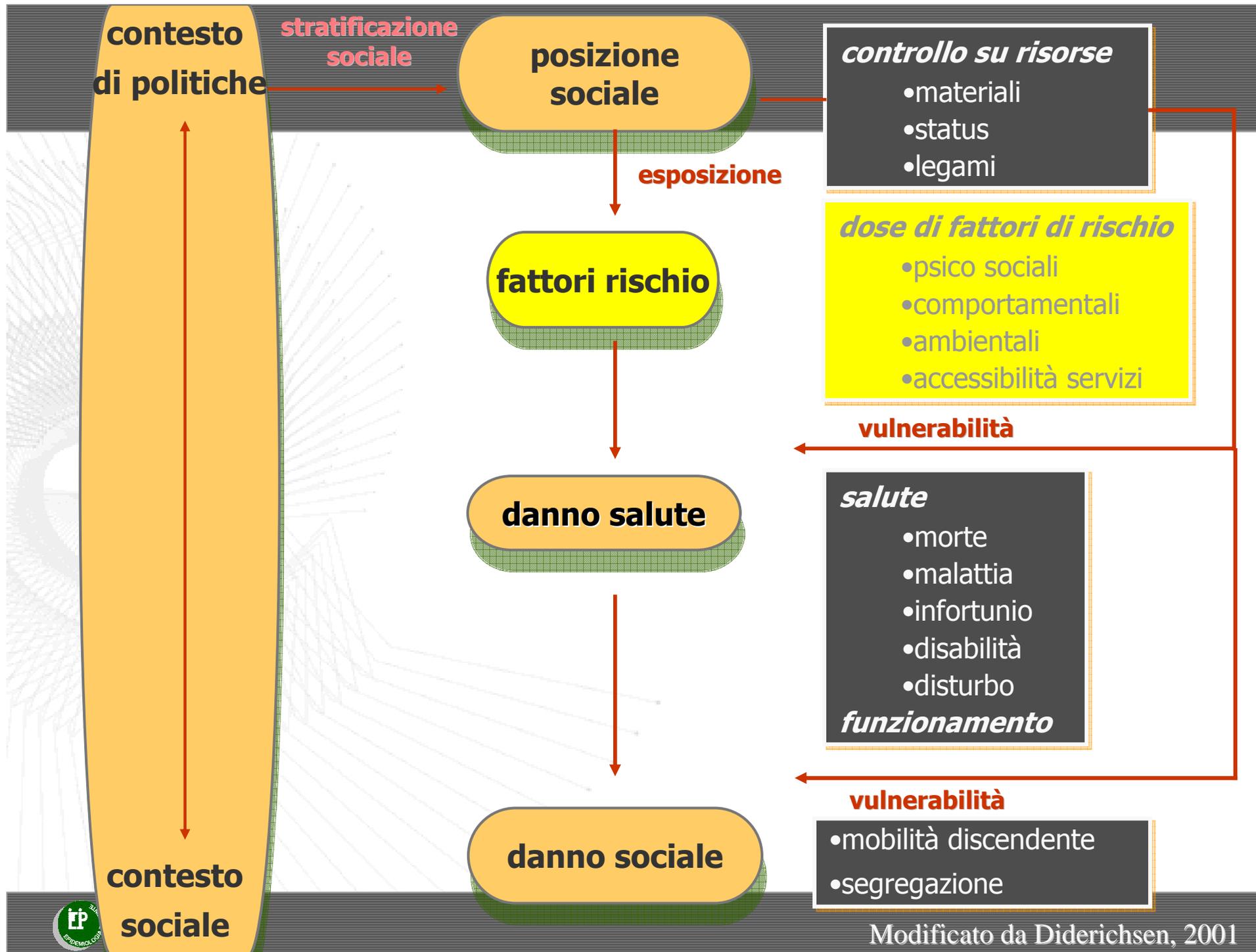
???	???	???
-----	-----	-----



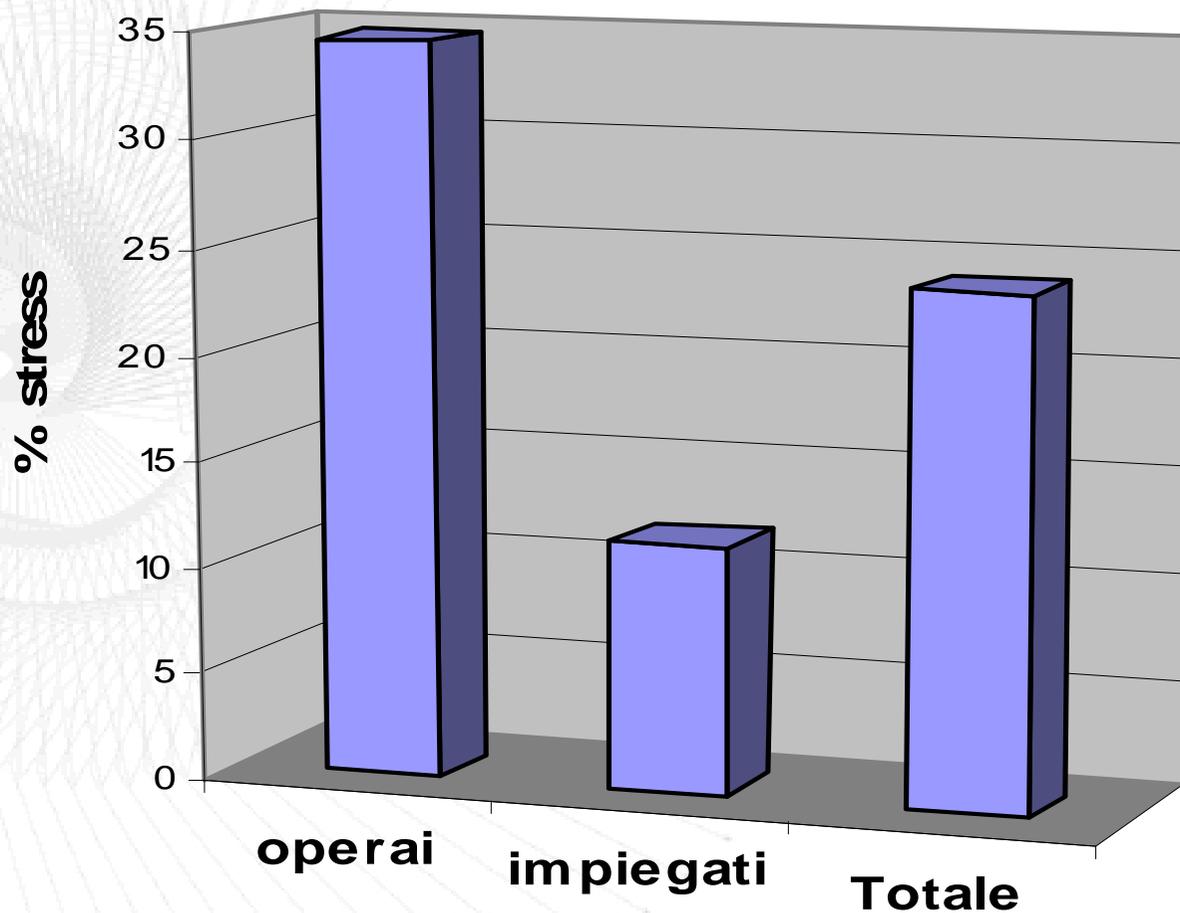


# Speranza di vita alla nascita per reddito mediano della famiglia negli isolati di Torino. 2002-2011.



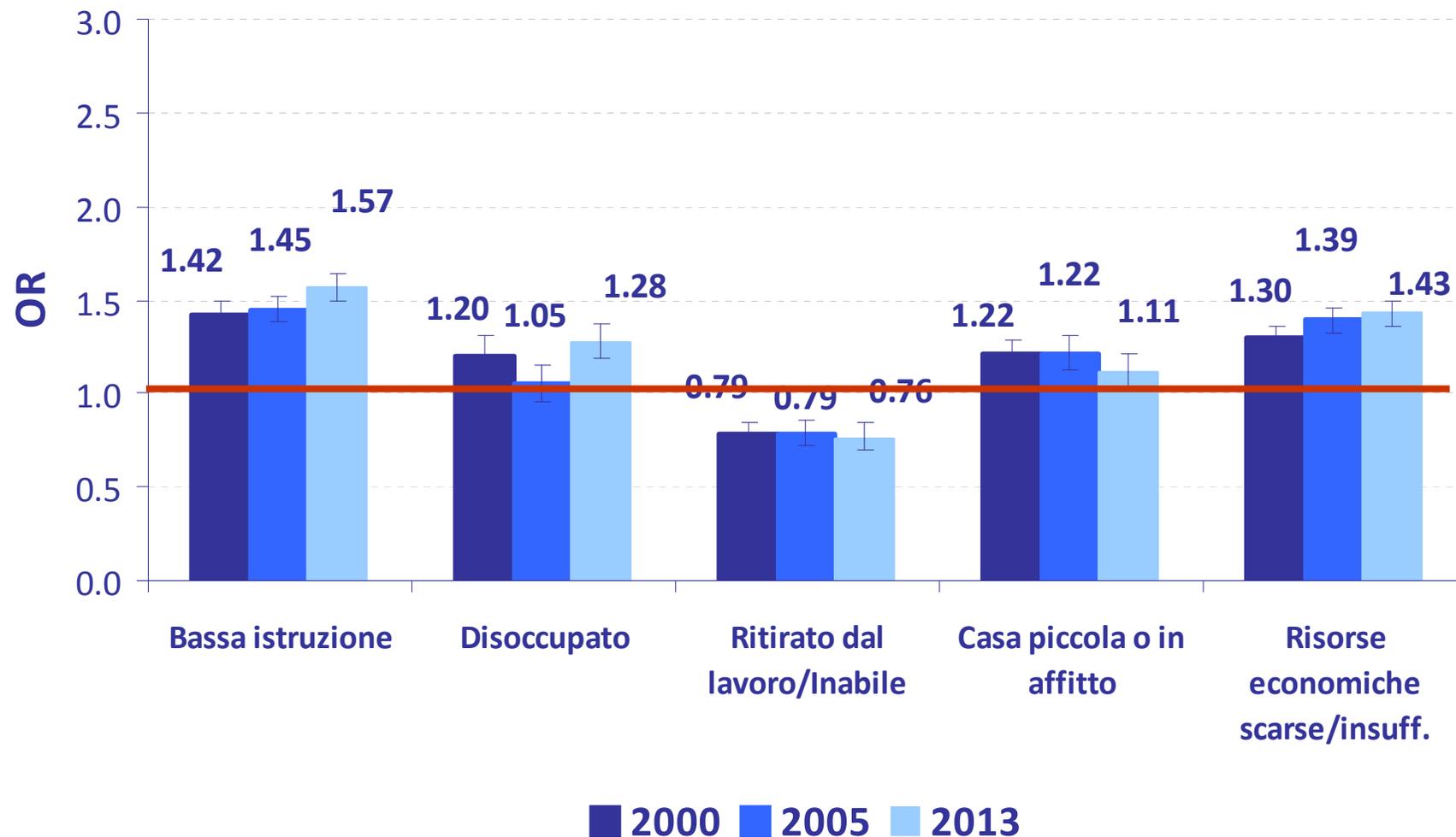


# Disuguaglianze tra lavoratori dipendenti manuali (797) e non manuali (682) nell'esposizione a job strain, Torino 2000

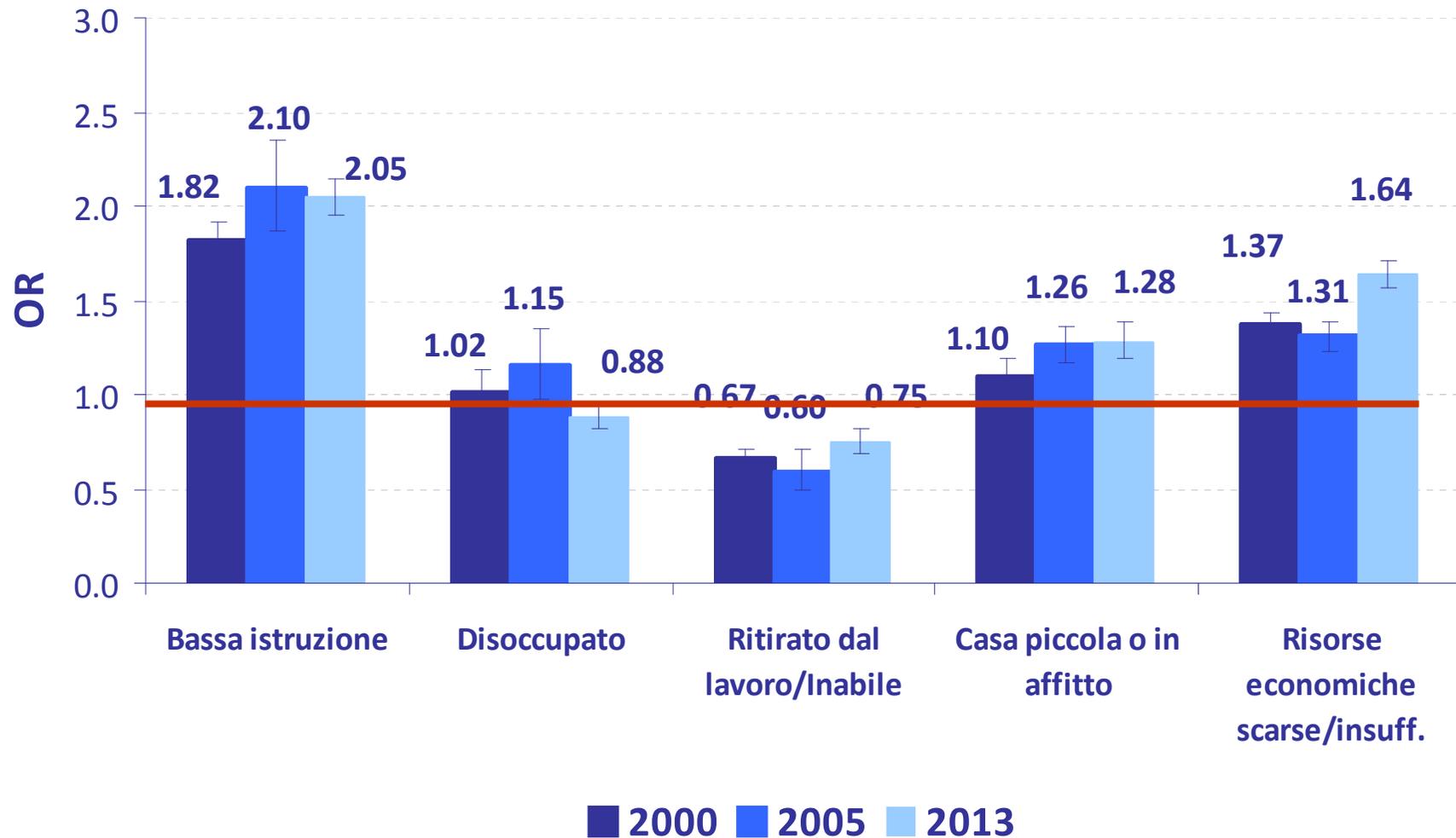


# Fumatori

## Uomini, 25-80 anni

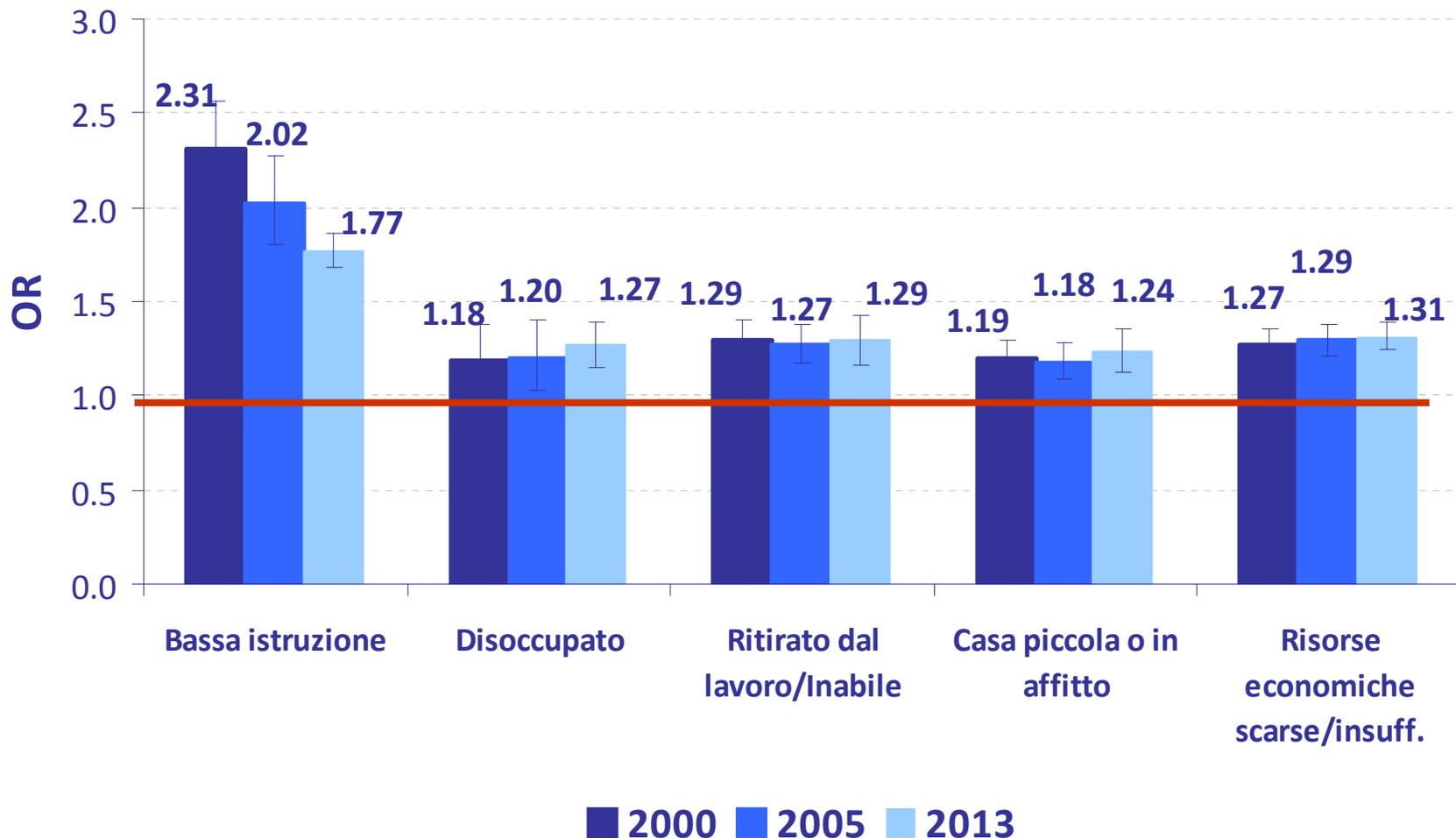


# Nessuna attività fisica Uomini, 25-80 anni

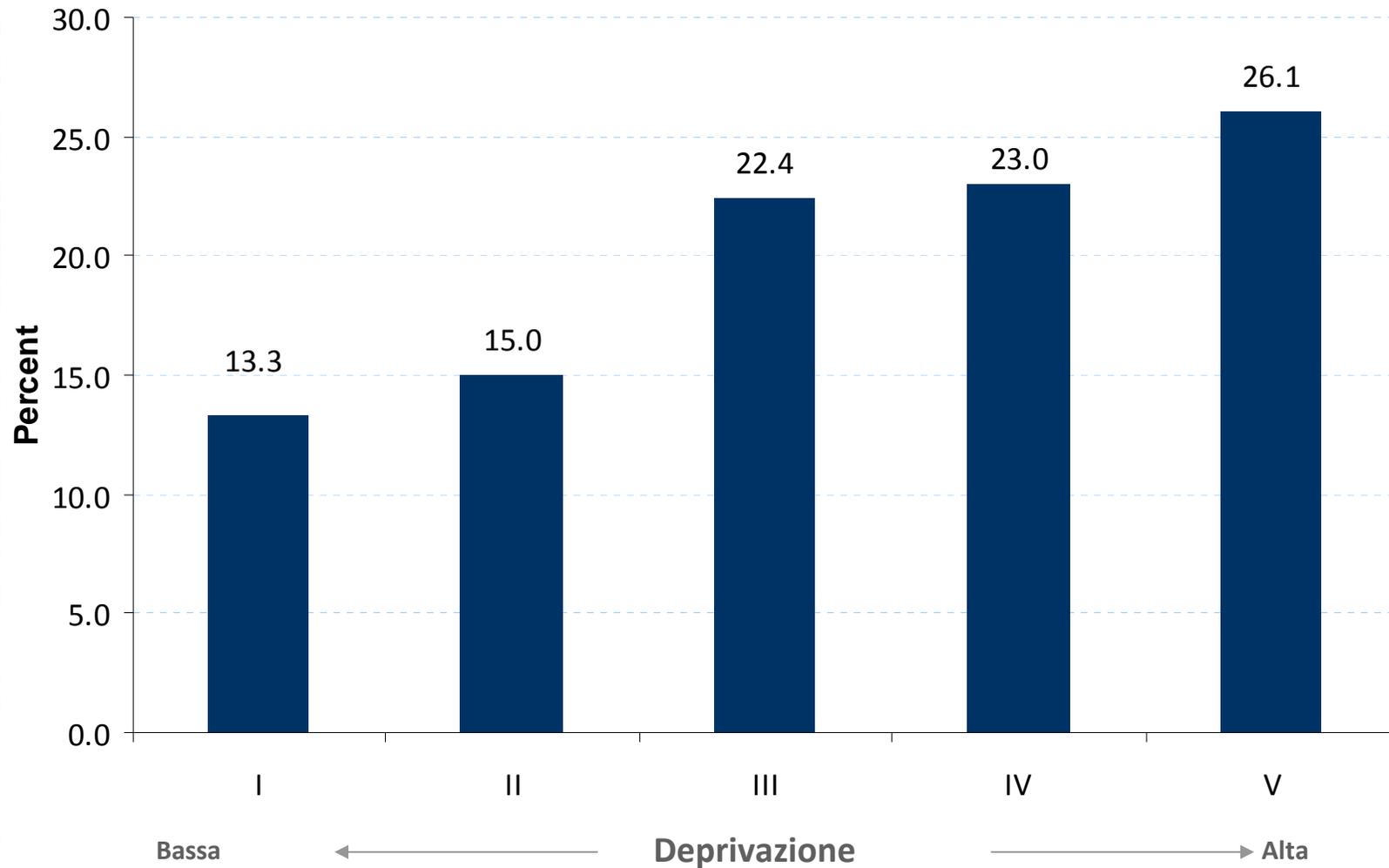


# Obesità

## Donne, 25-80 anni



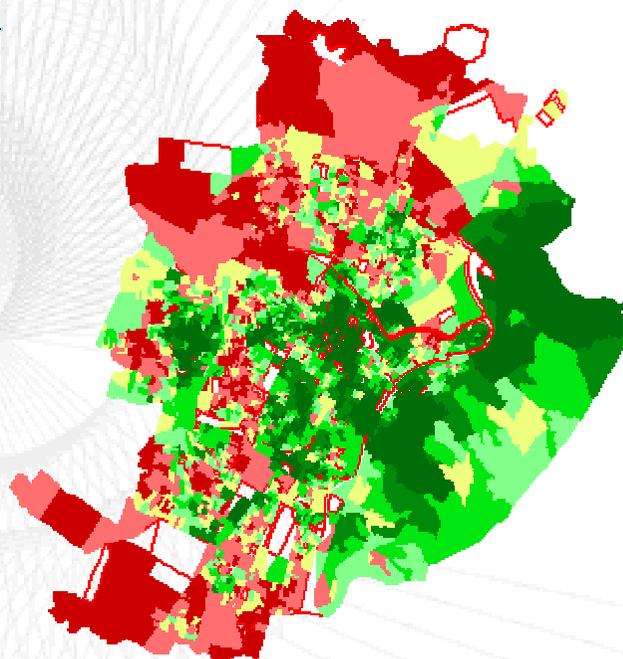
# Disuguaglianze per livello di deprivazione sociale dei residenti che abitano entro due chilometri di distanza da una discarica, Italia 2001



# Infarto miocardico acuto a Torino, 2009 (RR bayesiani)

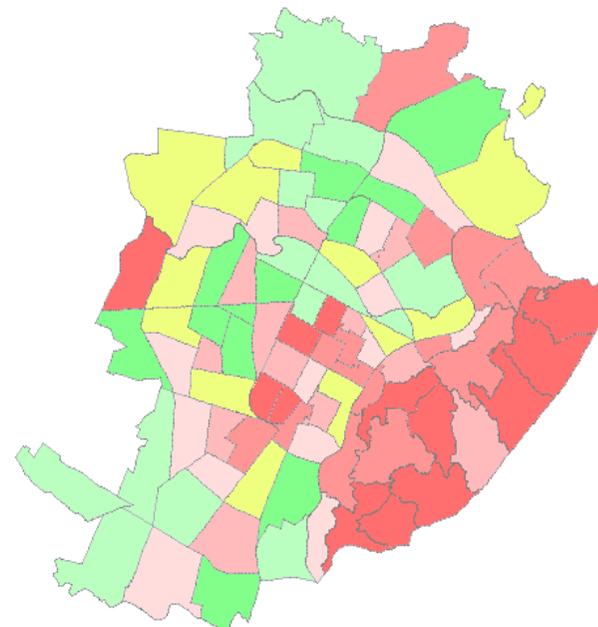
# Rivascolarizzazione coronarica a Torino 2009 (RR)

- 0.52 -< 0.73
- 0.73 -< 0.81
- 0.81 -< 0.89
- 0.89 -< 0.96
- 0.96 -< 1.05
- 1.05 -< 1.19
- 1.19 - 2.24



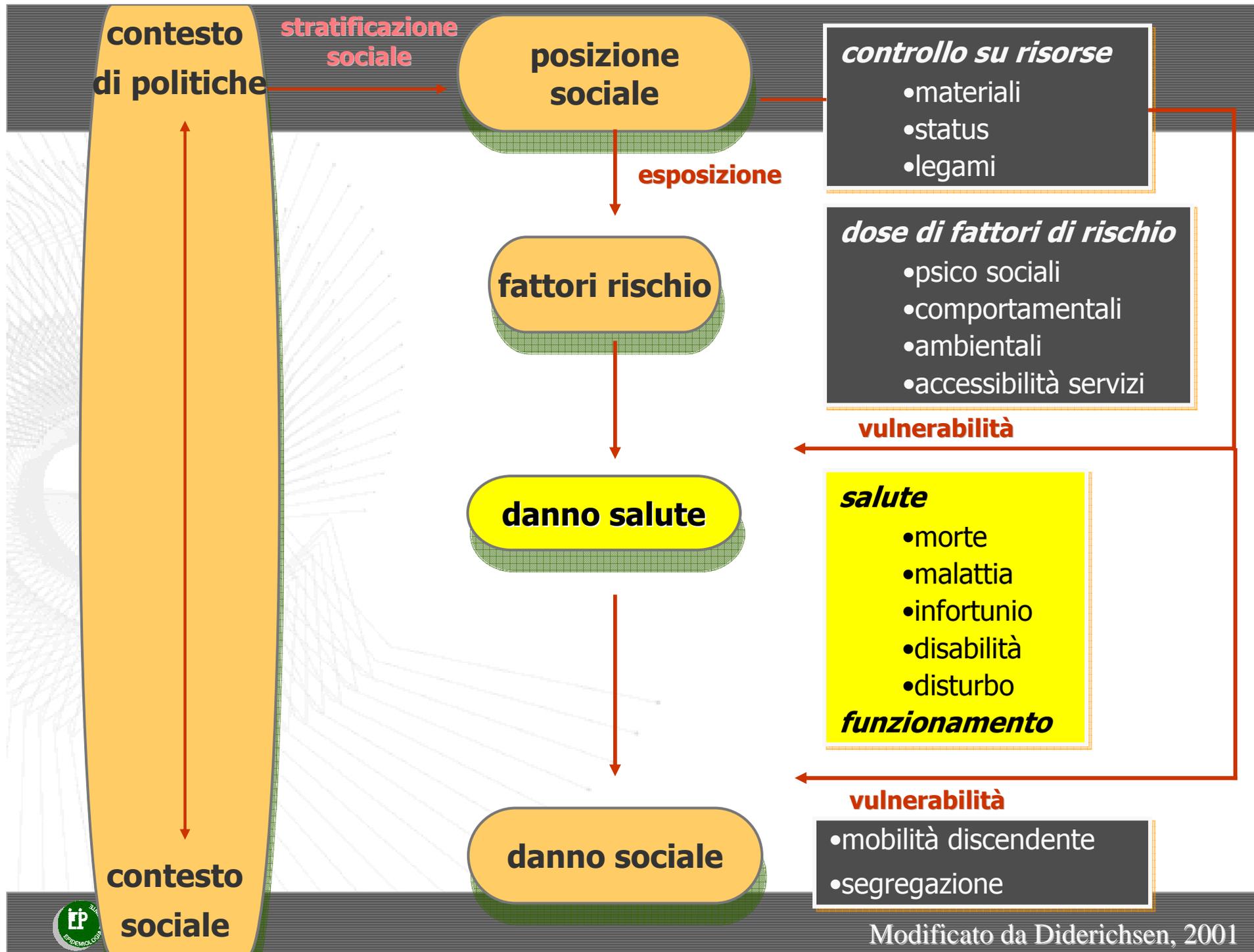
RR  
min. 0.12 : 1.61 max.

- < 0.90
- 0.90 :< 0.95
- 0.95 :< 1.02
- 1.02 :< 1.10
- 1.10 :< 1.20
- 1.20 :< 1.29
- >= 1.29

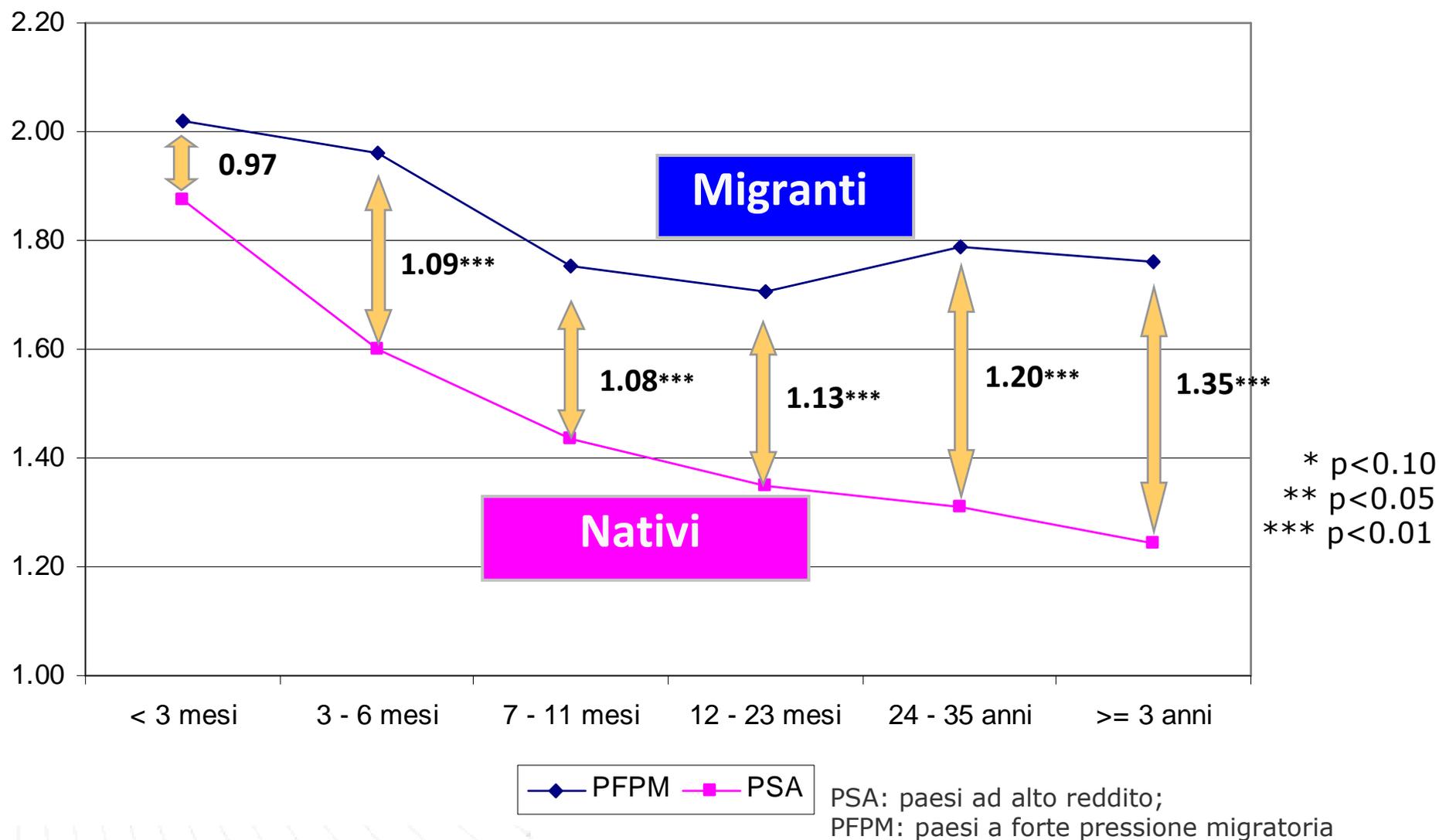


pattern  
continuo

prob.  
RR>1



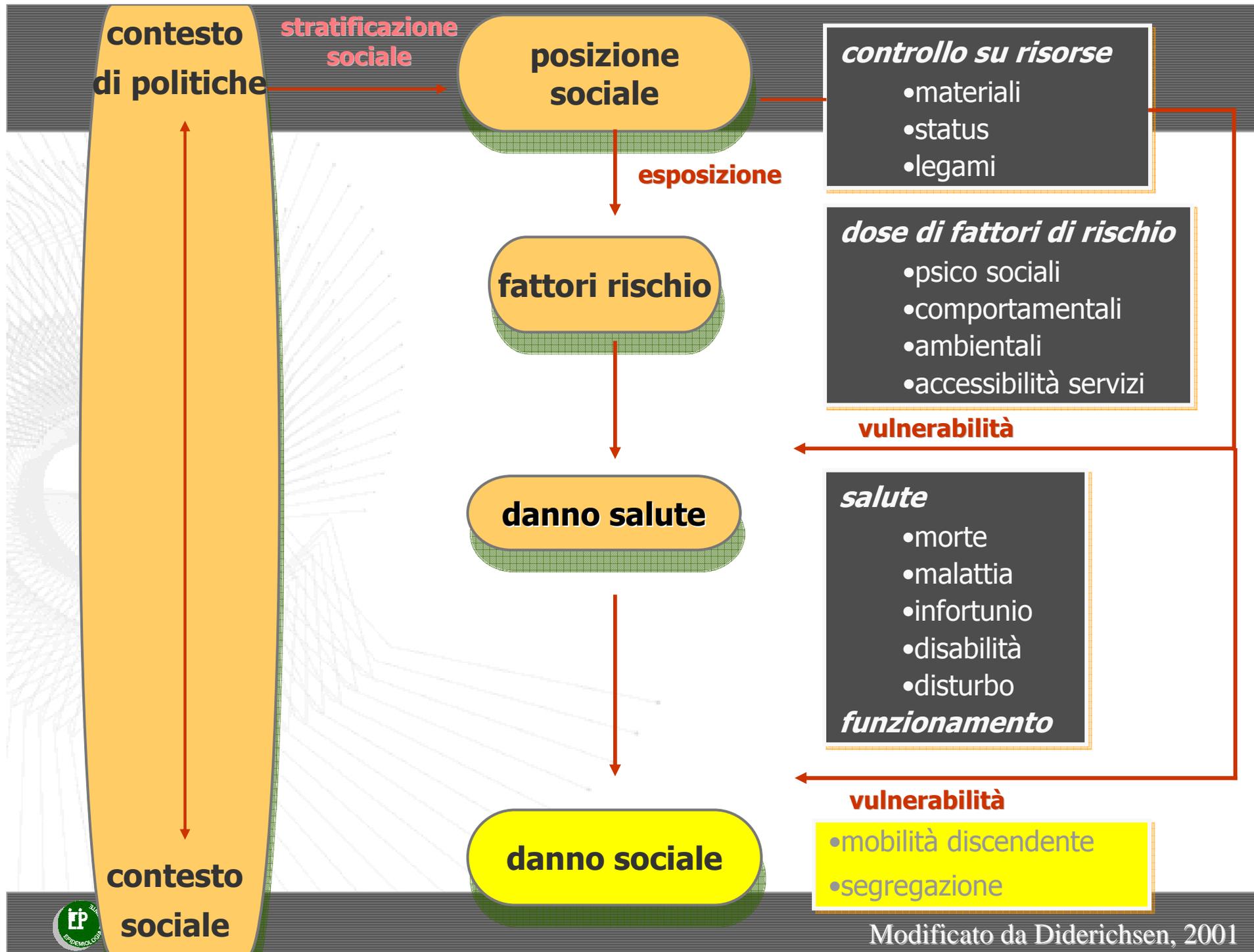
# Disuguaglianze tra italiani e immigrati nell'incidenza di infortuni severi per lunghezza del contratto (tassi e rischi relativi aggiustati per età, posizione, attività economica e anno), Italia anni 2000



§ infortuni gravi con esito, mortale, di invalidità permanente o temporanea superiore a 29 giorni



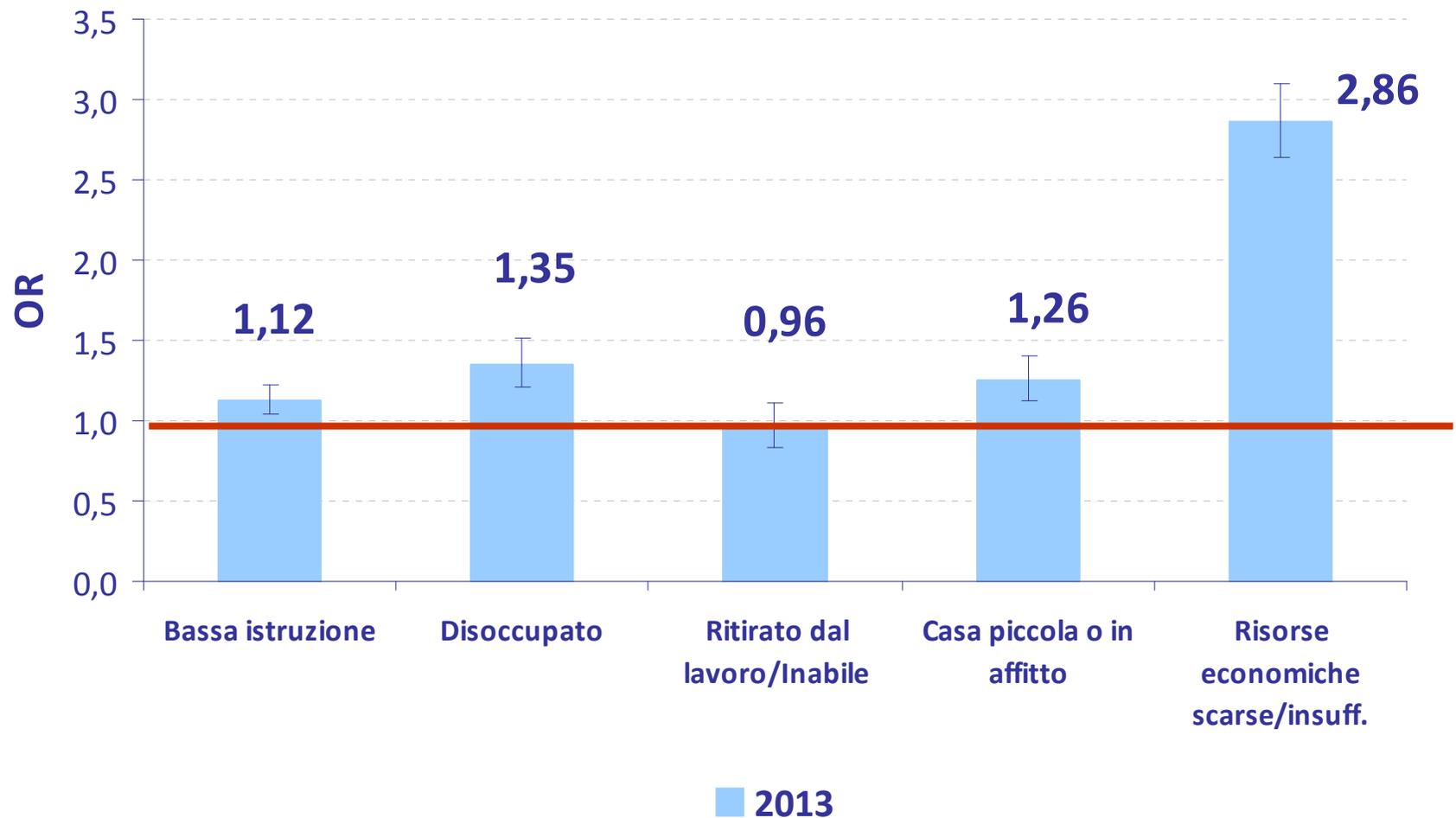
**Bena A, 2012**



# Rinunciano a prestazione sanitaria a causa dei costi

(visite ed esami specialistici, interventi chirurgici e trattamenti di riabilitazione)

## Uomini, 25-80 anni



## 1. Quanto siamo distanti dal traguardo?

Distribuzione osservata	Salute (mortalità)	Traguardo: uguaglianza
-------------------------	--------------------	------------------------

**Mortalità evitabile se tutti avessero lo stesso rischio di mortalità dei laureati: in Italia intorno al 30% in meno di mortalità tra gli uomini e tra il 10 e 20% tra le donne**

## 2. Quali sono i meccanismi che spiegano questa distanza dal traguardo?

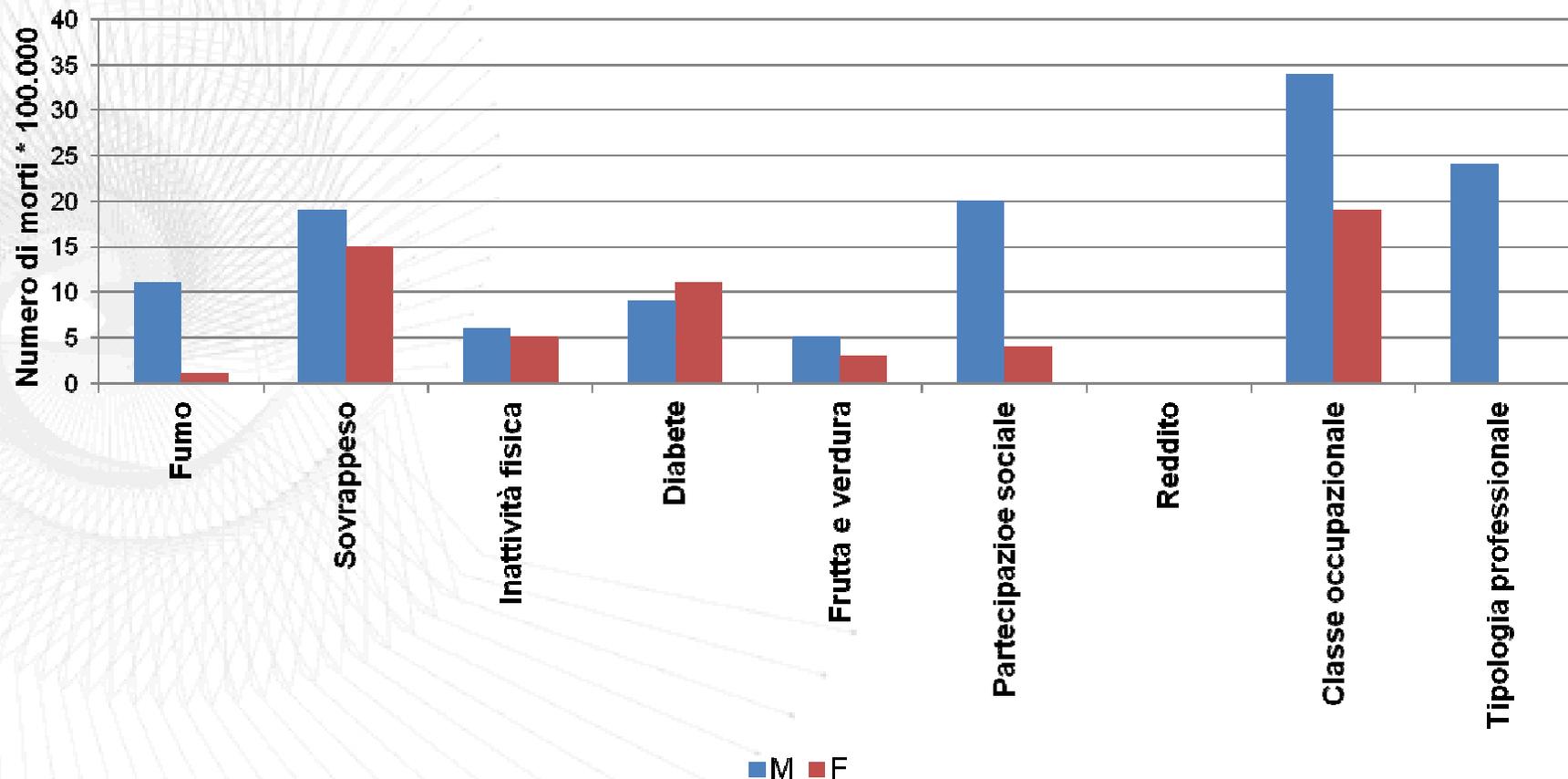
Disuguaglianze di esposizione a fattori di rischio	Disuguaglianze in vulnerabilità a effetti sfavorevoli di salute dei fattori di rischio	Disuguaglianze in vulnerabilità a effetti sociali sfavorevoli della esperienza di malattia
--	--	--

**Qual'è l'importanza relativa di questi meccanismi nello spiegare questa mortalità evitabile legata alle disuguaglianze?**

# Contributo delle disuguaglianze nei fattori di rischio alla mortalità evitabile per causa delle disuguaglianze

Torino

In termini di morti attribuibili



**La carta di identità  
delle disuguaglianze  
di salute**

**I meccanismi**

**Il libro bianco  
sulle disuguaglianze  
di salute in Italia**

**Punti di ingresso  
per azioni efficaci**

### 3. qual'è la frazione prevenibile attraverso interventi *evidence based*?

Su esposizione a FR???	Su vulnerabilità a impatto salute ???	Su vulnerabilità a impatto sociale???
------------------------	---------------------------------------	---------------------------------------

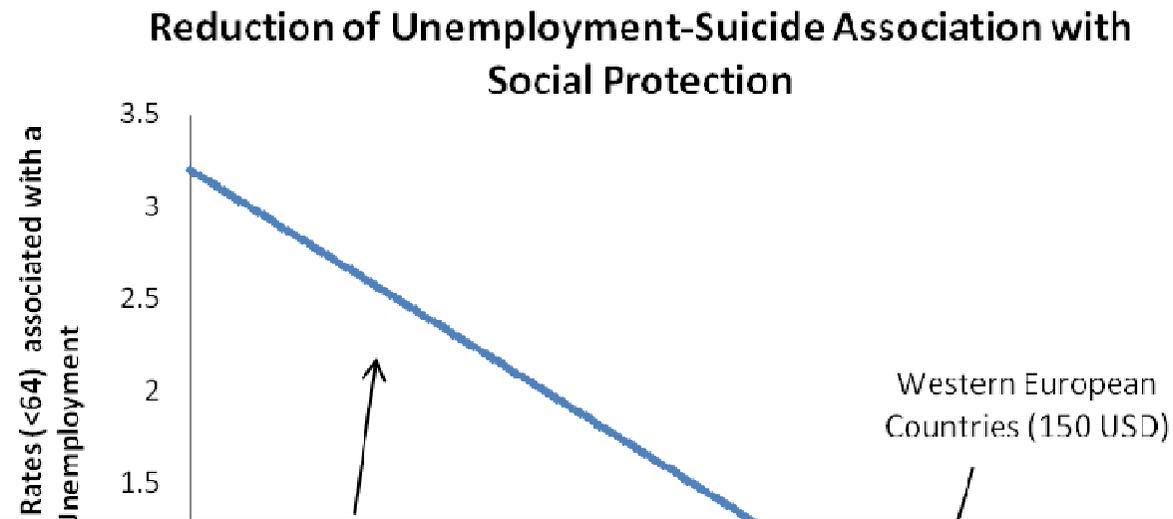
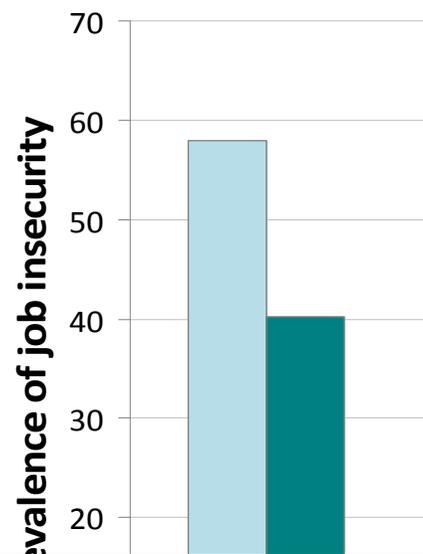
### 4. qual'è la frazione prevenibile attraverso interventi *evidence based* la cui trasferibilità sia stata ben accertata? (target?)

???	???	???
-----	-----	-----

## Scenari realistici?

**PRP "SALUTE IN TUTTE LE POLITICHE"**  
**POTENZIALE RIDUZIONE % DELLE MORTI EVITABILI CHE SI OTTIENE INVESTENDO NEI DETERMINANTI SOCIALI COME NEI PAESI/REGIONI PIU' VIRTUOSI**

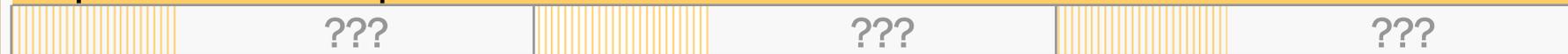
How likely do you think you will lose your job  
in the next 6 months (EU-15)



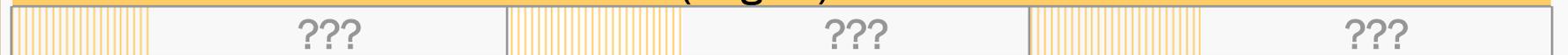
La spesa pubblica può fare la differenza: ogni 100 dollari investiti si diminuisce il rischio di suicidio tra gli adulti del:

- 0,38% con le politiche attive del lavoro (Jobs Act?)
- 0,23% con le politiche di sostegno alle famiglie (Social Card?)
- 0,07% con le politiche di sanità pubblica
- 0,09% con i benefici per la disoccupazione (Jobs Act?)

3. qual'è la frazione prevenibile attraverso interventi *evidence based*?



4. qual'è la frazione prevenibile attraverso interventi *evidence based* la cui trasferibilità sia stata ben accertata? (target?)

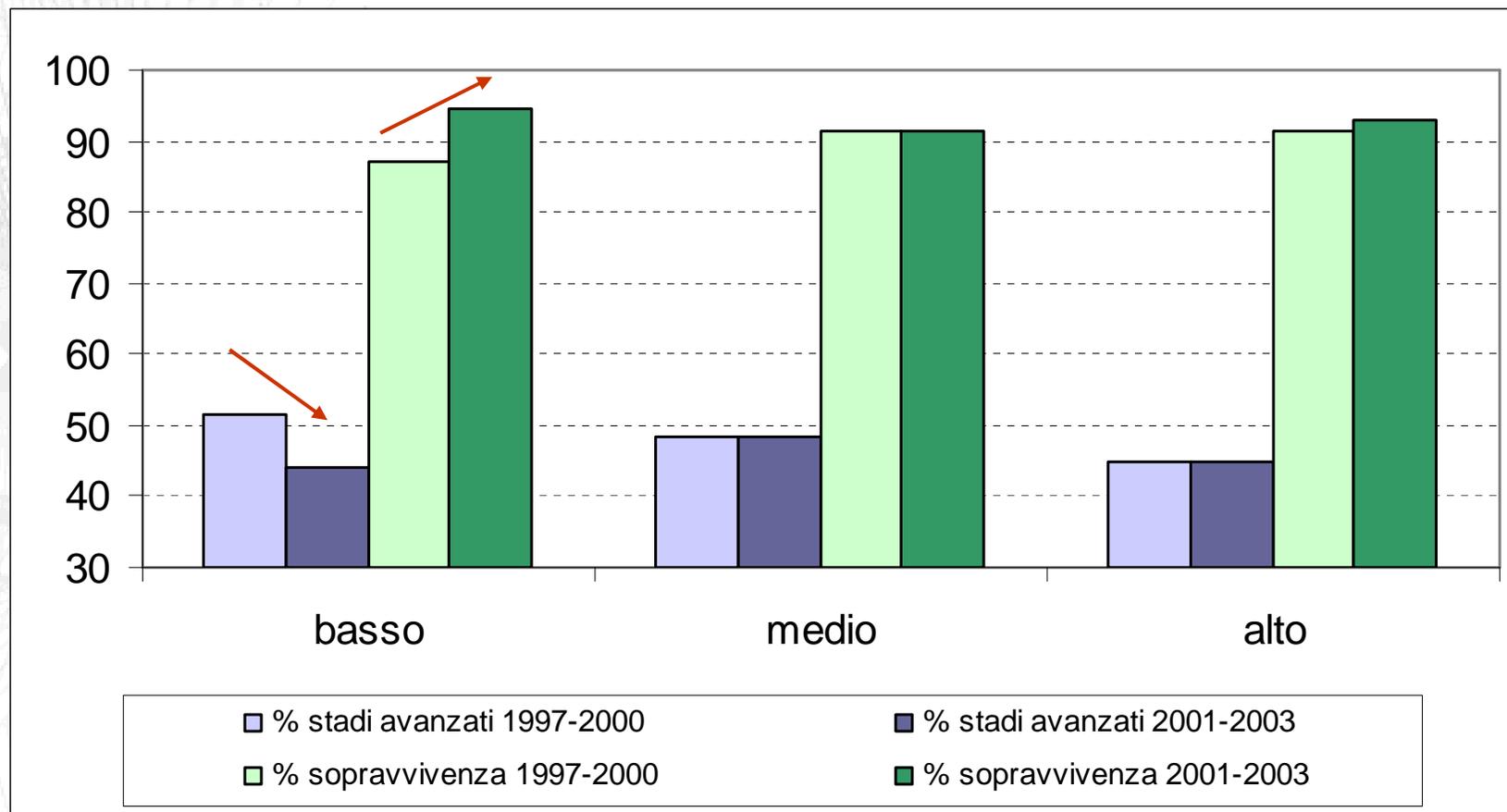


## Scenari realistici?

**PRP "SALUTE IN TUTTE LE POLITICHE"**  
POTENZIALE RIDUZIONE % DELLE MORTI  
EVITABILI CHE SI OTTIENE INVESTENDO  
NEI DETERMINANTI SOCIALI (AD ESEMPIO  
L'ISTRUZIONE) COME NEI  
PAESI/REGIONI PIU' VIRTUOSI

**PRP PREVENZIONE SANITARIA EBP**  
POTENZIALE RIDUZIONE % DELLE MORTI  
EVITABILI CHE SI OTTIENE INVESTENDO  
NEGLI INTERVENTI DI PROVATA EFFICACIA  
PER LA RIDUZIONE DELLE  
DISUGUAGLIANZE

# Effetto del programma di screening mammografico ad inviti in Emilia-Romagna: percentuale di stadi avanzati alla diagnosi e di sopravvivenza a 5 anni, per livello d'istruzione e periodo di calendario, nelle donne di 50-69 anni



1997-2000 = introduzione del programma di screening  
2001-2003 = piena copertura

3. qual'è la frazione prevenibile attraverso interventi *evidence based*?



4. qual'è la frazione prevenibile attraverso interventi *evidence based* la cui trasferibilità sia stata ben accertata? (target?)



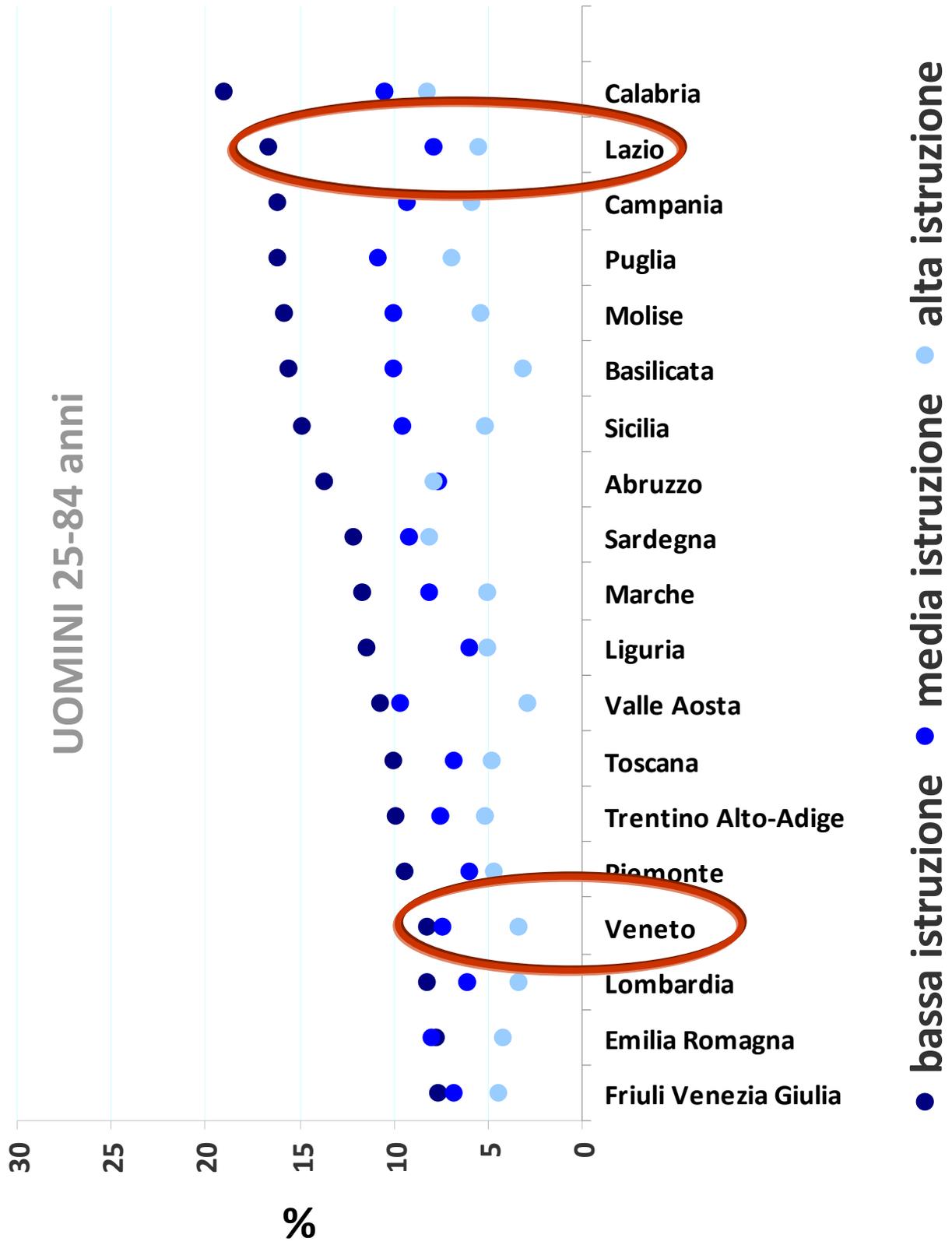
## Scenari realistici?

**PRP "SALUTE IN TUTTE LE POLITICHE"**  
POTENZIALE RIDUZIONE % DELLE MORTI  
EVITABILI CHE SI OTTIENE INVESTENDO  
NEI DETERMINANTI SOCIALI (AD ESEMPIO  
L'ISTRUZIONE) COME NEI  
PAESI/REGIONI PIU' VIRTUOSI

**PRP PREVENZIONE SANITARIA EBP**  
POTENZIALE RIDUZIONE % DELLE MORTI  
EVITABILI CHE SI OTTIENE INVESTENDO  
NEGLI INTERVENTI DI PROVATA EFFICACIA  
PER LA RIDUZIONE DELLE  
DISUGUAGLIANZE (PREZZO TABACCO)

**PRP PREVENZIONE SANITARIA  
BENCHMARK**  
POTENZIALE RIDUZIONE % DELLE MORTI  
EVITABILI CHE SI OTTIENE INVESTENDO  
NELLE DISUGUAGLIANZE DEI FATTORI DI  
RISCHIO COME NEI PAESI/REGIONI PIU'  
VIRTUOSI

# CATTIVO STATO FISICO (PCS) – SALUTE 2013



**La carta di identità  
delle disuguaglianze  
di salute**

**I meccanismi**

**Il libro bianco  
sulle disuguaglianze  
di salute in Italia**

**Implicazioni  
per le politiche**

**Punti di ingresso  
per azioni efficaci**

# Implicazioni per la politica sottomesse alla Commissione Salute Regioni: verso un piano nazionale di contrasto...?

- **Disseminare il Libro Bianco**
- Investire sugli asset della resilienza italiana alle disuguaglianze di salute: ritardo in progressione di curve epidemiche (fumo, dieta, madri sole), universalismo in assistenza sanitaria
- **Focalizzare le disuguaglianze di salute nella programmazione sanitaria (Patto per la Salute) e preventiva (Piano Nazionale di Prevenzione)** (finanziamento, copertura, efficienza e qualità nell'austerità...)
- Sottomettere il Libro Bianco agli **altri ministeri non sanitari** per le implicazioni per le politiche di loro competenza (lavoro, welfare, istruzione, ambiente, fondi strutturali)
- Migliorare la capacità di monitoraggio delle disuguaglianze di salute ad ogni livello rilevante per le azioni e le decisioni (**health equity audit**)
- **Ingaggiare gli stakeholder** che possono avere un ruolo nel contrasto delle disuguaglianze, compresi i professionisti della sanità per il compito di patrocinio
- Garantire una **appropriata governance**
  - Leadership formale
  - Mandato esplicito alle autorità
  - Supporto tecnico per il *capacity building*
  - Meccanismi adeguati per assicurare *accountability*

## Dopo la Comunicazione della Commissione Europea sulla solidarietà nella salute (2009-2011)

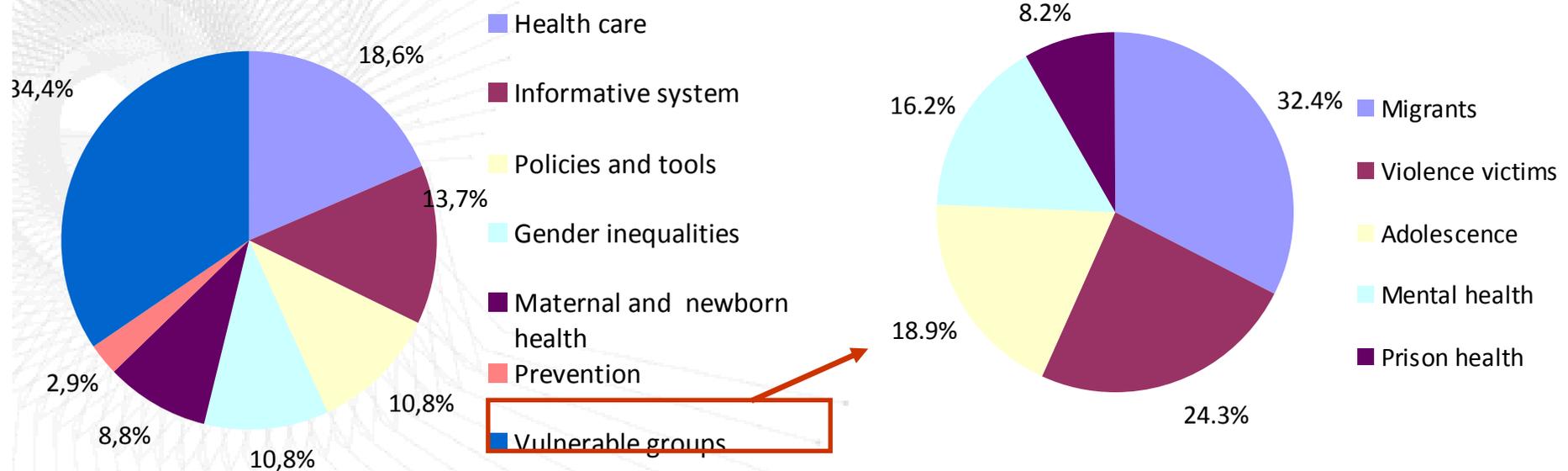
Gruppo di lavoro Equità in salute e sanità della  
Commissione Salute della Conferenza delle  
regioni...

Libro bianco sulle disuguaglianze di salute in Italia  
di prossima pubblicazione (dicembre 2014)

### **Intanto primi investimenti:**

- **azioni di equity audit tra le priorità dei fondi vincolati agli obiettivi del Piano Sanitario nazionale 2012 e 2013 (95 Meuro)**
- **e Piano Nazionale di Prevenzione e Piani Regionali di Prevenzione**

# Fondi vincolati ad obiettivi di piano sanitario 50 Meuro (2012) and 45 Meuro (2013) per la responsabilità dei SSR nella salute dei gruppi vulnerabili (2012) e nella misura delle disuguaglianze (2013)



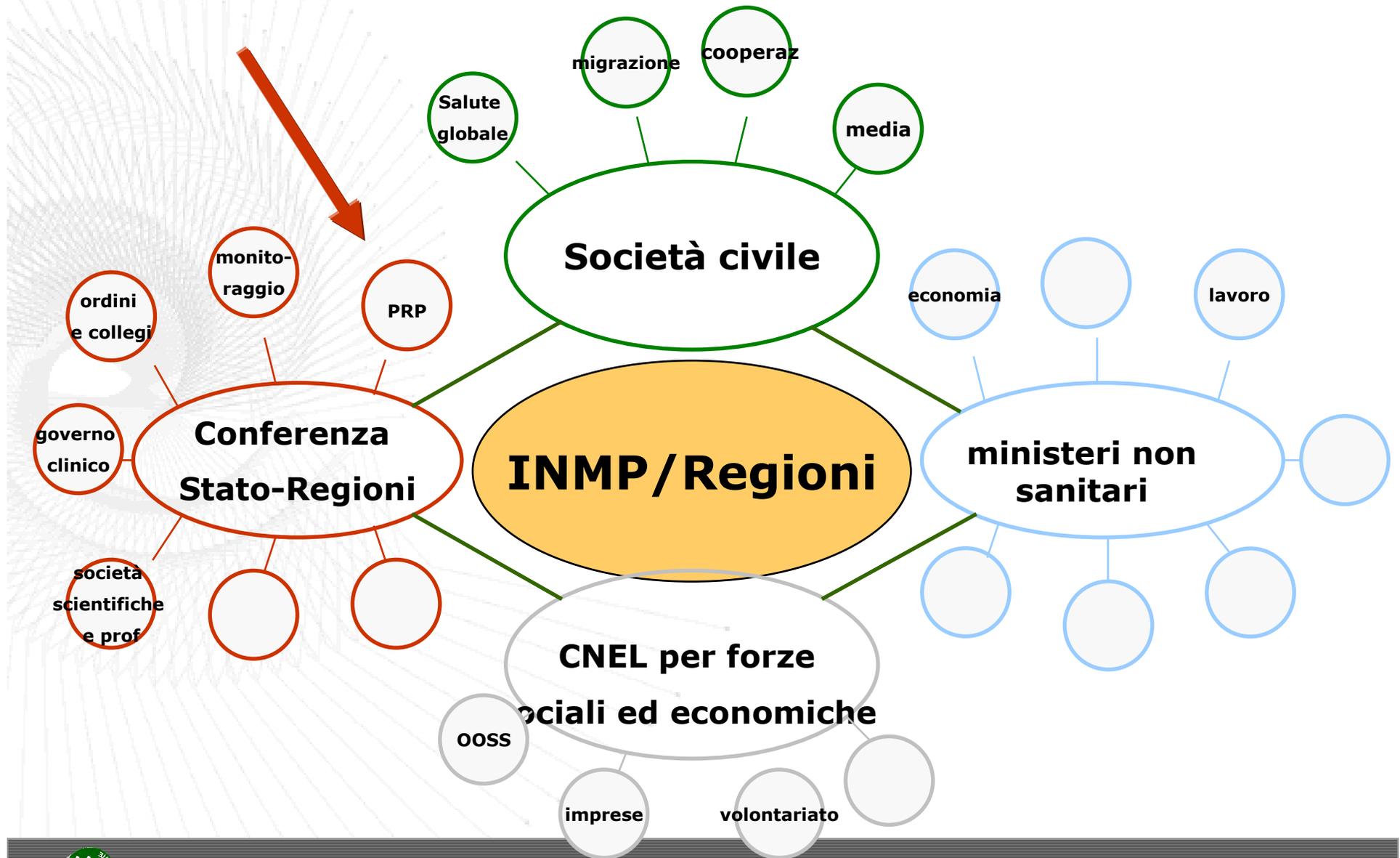
## Dopo la Comunicazione della Commissione Europea sulla solidarietà nella salute (2009-2011)

Gruppo di lavoro Equità in salute e sanità della Commissione Salute della Conferenza delle regioni...  
Libro bianco sulle disuguaglianze di salute in Italia di prossima pubblicazione (dicembre 2014)  
Intanto primi investimenti: azioni di equity audit tra le priorità dei fondi vincolati agli obiettivi del Piano Sanitario nazionale 2012 e 2013 (95 Meuro)

### ***Capacity building***

- progetto disseminazione Libro Bianco da parte di nuovo Istituto Nazionale Migrazione Povertà e Salute (INMP) dal 2014

# Verso molte comunità di pratica ... almeno un progetto condiviso entro il 2015 per ognuna di esse



## Dopo la Comunicazione della Commissione Europea sulla solidarietà nella salute (2009-2011)

Gruppo di lavoro Equità in salute e sanità della Commissione Salute della Conferenza delle regioni...  
Libro bianco sulle disuguaglianze di salute in Italia di prossima pubblicazione (dicembre 2014)  
Intanto primi investimenti: azioni di equity audit tra le priorità dei fondi vincolati agli obiettivi del Piano Sanitario nazionale 2012 e 2013 (95 Meuro)

### ***Capacity building***

- progetto CCM 2014 su *Health Equity Audit nei PRP* (Regioni Piemonte, Lombardia, Veneto, Emilia Romagna, Toscana, Puglia)

# Dopo la Comunicazione della Commissione Europea sulla solidarietà nella salute (2009-2011)

**Le prove suggeriscono che si può fare la differenza... I PRP all'avanguardia di una strategia nazionale di contrasto delle disuguaglianze di salute ?**

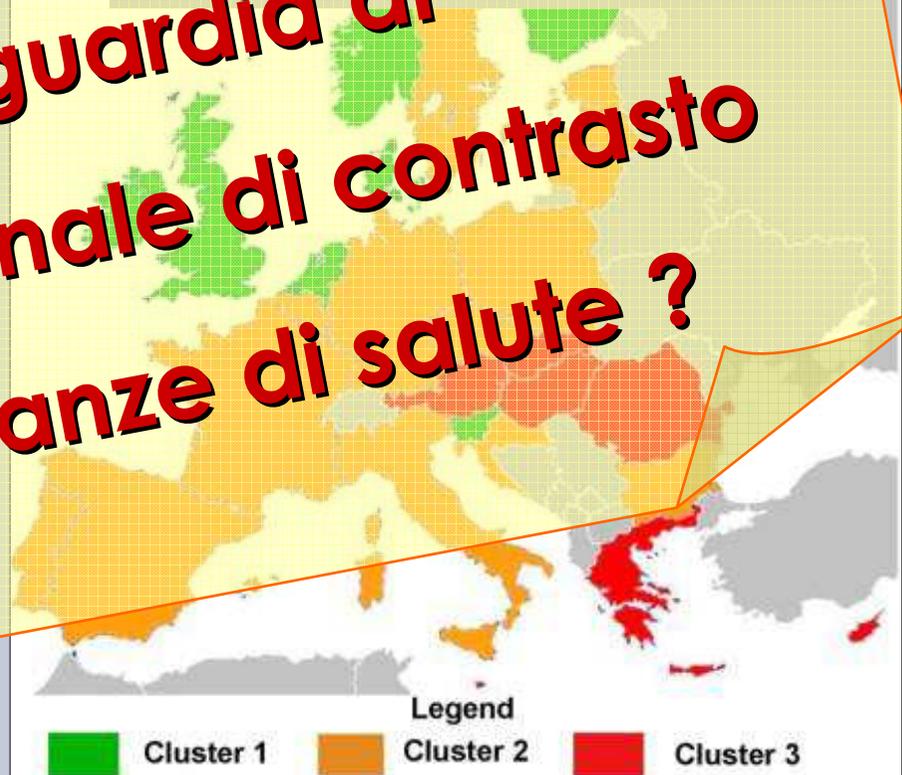
A cura di G. Costa, MAURIZIO BASSI, G. Franco, GENSINI, MICHELE MARRA, ANNA LISA NICELLI, NICOLAS ZENGARINI

LEQUITÀ NELLA SALUTE IN ITALIA

Il rapporto sulle disuguaglianze sociali in sanità

FrancoAngeli

Fondazione Smith Kline



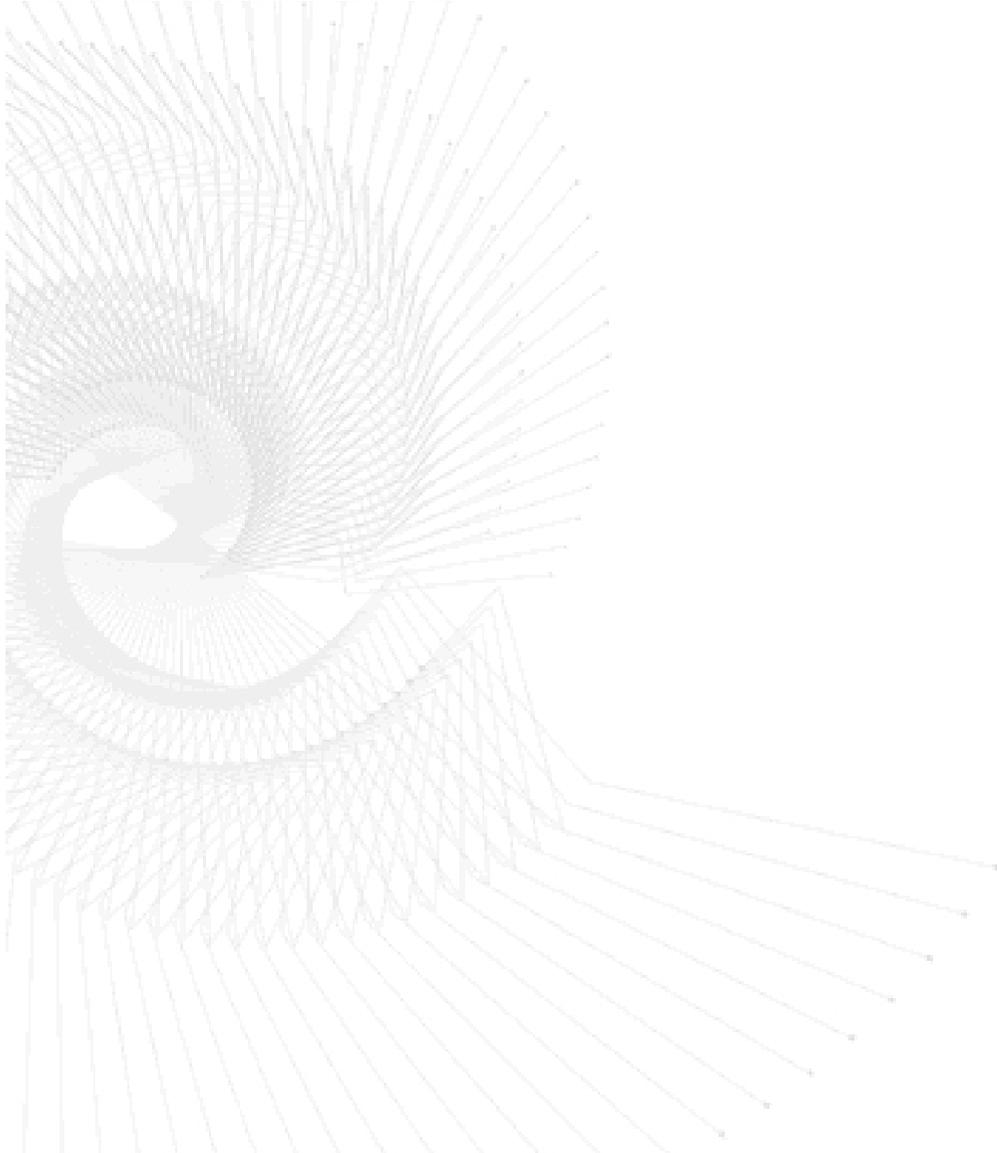
535.55 G. Costa, M. Bassi, G. Franco, Gensini, M. Marra, A.L. Nicelli, N. Zengarini (a cura di) NON PER TUTTI RAPPORTO SULLE DISUGUAGLIANZE DI SALUTE IN ITALIA



**Per saperne di più**

**[giuseppe.costa@epi.piemonte.it](mailto:giuseppe.costa@epi.piemonte.it)**

# Diapositive di riserva



# Lo schema di Salute in Tutte le Politiche



**Quando i determinanti sociali  
sono il target della politica  
(politiche di stratificazione sociale)**

lavoro

**Disoccupazione**

stress

suicidio

**Bisogno/  
Politica**

**Determinanti  
(sociali)**

**Fattori  
rischio**

**Salute**

**La lente di equità fornisce solo una valutazione  
dell'impatto delle decisioni su un outcome che era  
considerato marginale rispetto all'effetto desiderato**

**mobilità**

**veicoli  
eurozero**

**polveri  
sottili**

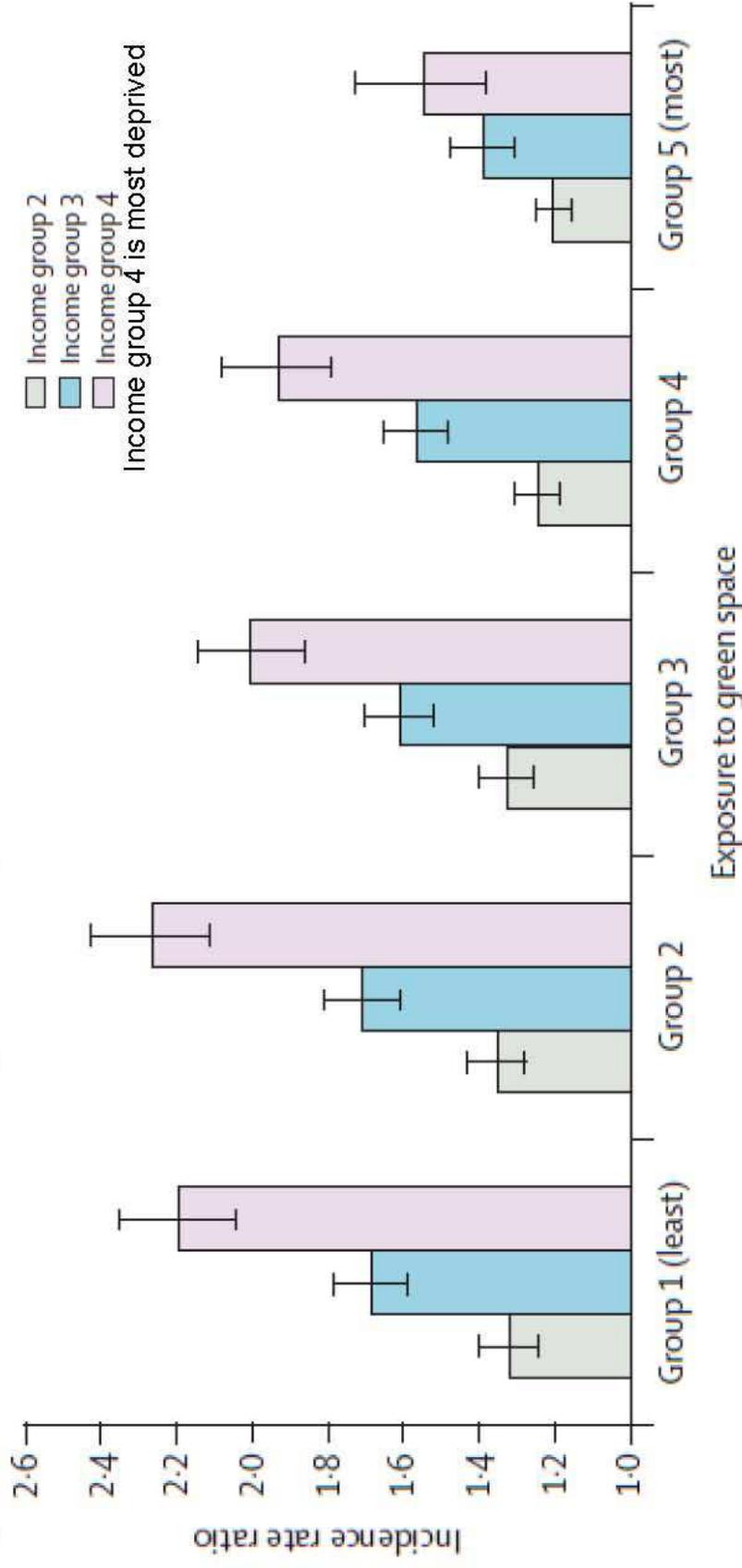
**infarto**



**Quando i determinanti sociali sono modificatori di effetto della pathway di una politica che agisce su determinanti diversi da quelli sociali**

# Greener living environments: lower health inequalities, England

## Deaths from circulatory disease



Source: Mitchell & Popham, Lancet 2008

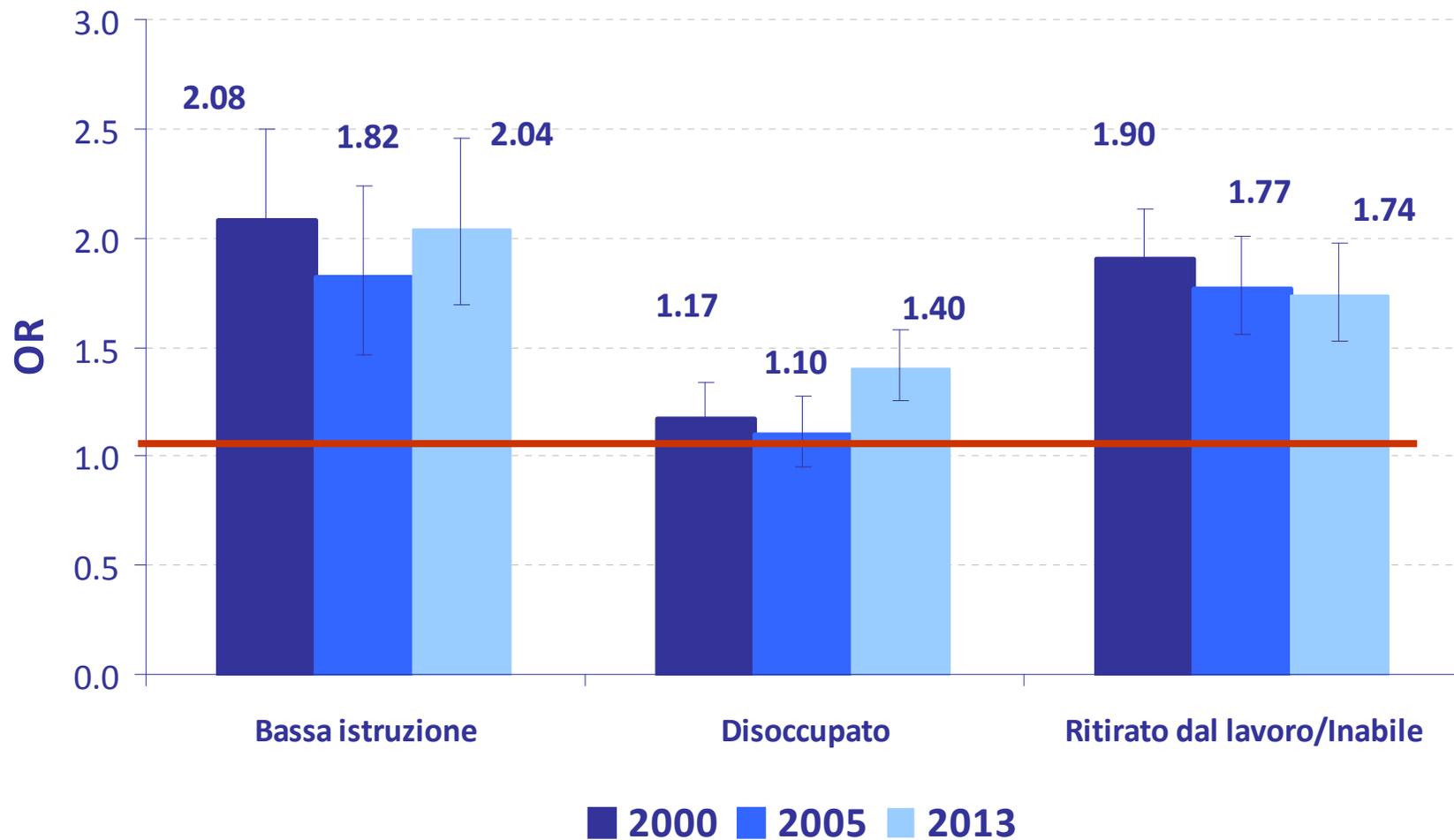
**Nel caso di politiche che agiscono sui determinanti sociali i decisori non sono disposti a mettere in discussione il disegno delle politiche, semmai possono cambiare le priorità sulla base dell'inclusione dell'outcome salute tra quelli considerati**



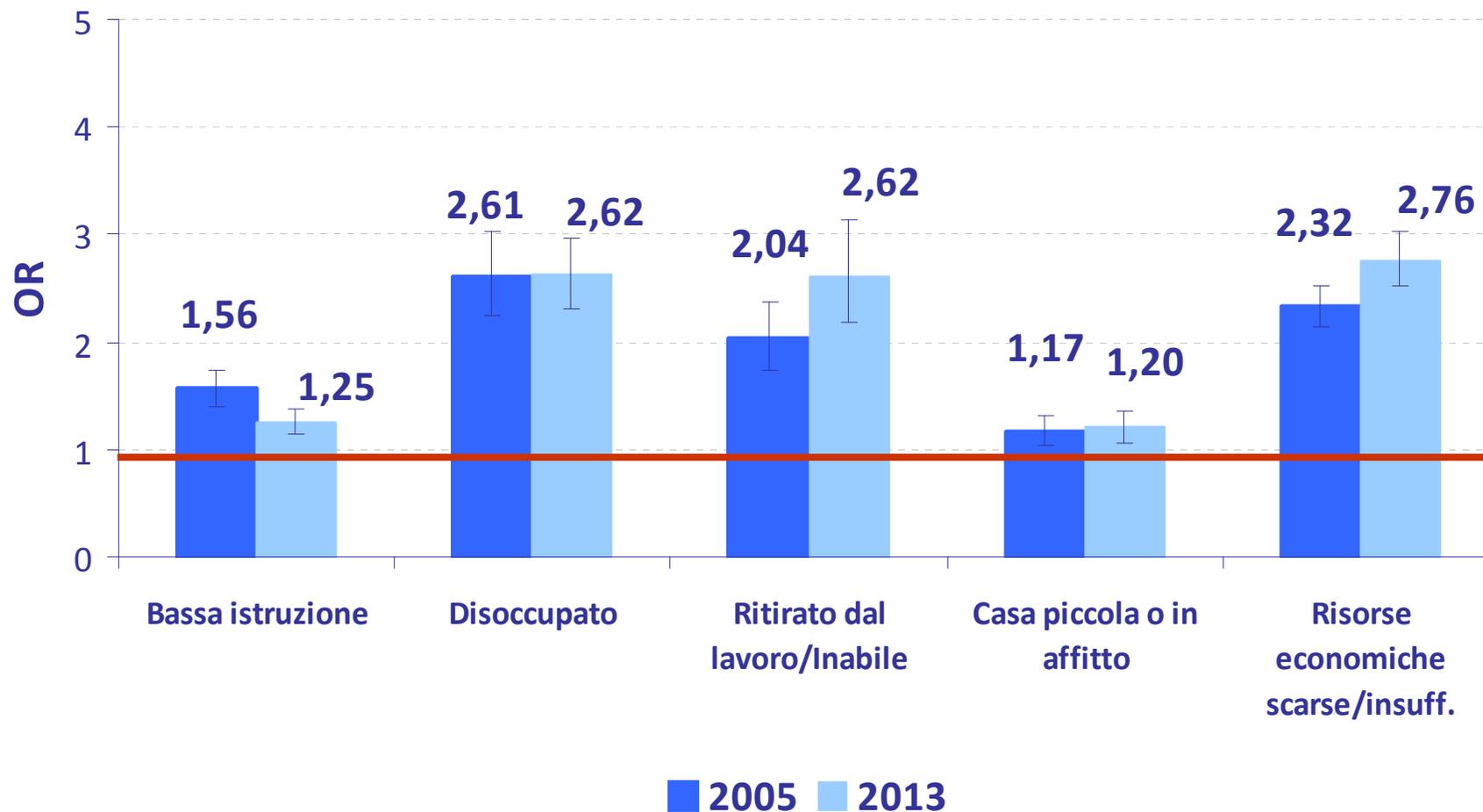
**Nel caso di politiche che non agiscono su determinanti sociali i decisori sono interessati a modificar il disegno delle loro politiche in funzione dell'effetto sulla salute dei determinanti sociali e non solo l'ordine di priorità**

# Disabilità

## Uomini, 25-80 anni



# Indice di stato mentale: sotto il decimo percentile Uomini, 25-80 anni



**Nessun esperimento controllato, pochi esperimenti naturali di politiche che siano valutabili (Demetriq, 2015), affidarsi a plausibilità (schemi logici sui meccanismi)**

- Più facile trovare esperimenti naturali su azioni che hanno peggiorato disuguaglianze di salute
- Dove disponibili esperimenti naturali su azioni miglioranti le prove sono molto controverse (*flexicurity*, azioni di controllo del tabacco, investimenti su educazione, riforme sanitarie...)
- Poche significative azioni efficaci: tutela dalla povertà, politiche attive del lavoro per disabili, screening, riparto finanziamento sanitario e sociale

# Compliance a linee guida e modelli integrati nel caso diabete (a Torino) risultano in:

	Mortalità	Equità mortalità	Spesa
<b>MMG+Diab+LG</b>	1	1,11	1
<b>MMG+Diab</b>	1,29	1,15	1,14
<b>MMG+LG</b>	0,95	1,44	1,00
<b>MMG</b>	1,72	1,30	1,03

**1. Più bassa mortalità**

**2. Minori disuguaglianze di mortalità**

**3. Con costi paragonabili o inferiori ai modelli con maggiore mortalità**

RR



Prestazioni di PET totali erogate in regime ambulatoriale a residenti in Piemonte, per anno di erogazione

RR di accesso  
a malato  
meno istruito

1,27

RR di accesso  
a malato  
meno istruito

0,72

