

Le disuguaglianze nell'utilizzo del Trattamento Sanitario Obbligatorio in Emilia-Romagna: uno studio di coorte retrospettivo

Numero: 597

Autore/Autrice: **Benedetta Perna** | Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Dipartimento di Scienze Mediche e Chirurgiche, Università degli Studi di Bologna; Settore Innovazione nei servizi sanitari e sociali, Regione Emilia-Romagna

benedetta.perna@studio.unibo.it

Altri autori: Simone Agostini, Dipartimento di Scienze Mediche e Chirurgiche - Università degli Studi di Bologna, Settore Prevenzione Collettiva e Sanità Pubblica - Regione Emilia-Romagna; Alice Corsaro, Scuola di dottorato in Medicina clinica e sperimentale - Università di Modena e Reggio-Emilia; Settore Innovazione nei servizi sanitari e sociali - Regione Emilia-Romagna; Sara Cavagnis, Dipartimento di Scienze Mediche e Chirurgiche - Università degli Studi di Bologna; Nicolas Zengarini, S.C. Servizio Sovrazonale di Epidemiologia (SEPI) ASL TO3 – Regione Piemonte; Aldo Rosano, Istituto Nazionale per l'Analisi delle Politiche Pubbliche (INAPP); Serena Broccoli, Settore Prevenzione Collettiva e Sanità Pubblica - Regione Emilia-Romagna Alessio Saponaro, Settore Assistenza territoriale - Regione Emilia-Romagna Elena Berti, Settore Innovazione nei servizi sanitari e sociali - Regione Emilia-Romagna Nicola Caranci, Settore Innovazione nei servizi sanitari e sociali - Regione Emilia-Romagna

Categoria Primaria: Epidemiologia sociale

Categoria Secondaria: Salute mentale

Introduzione L'uso del Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO) è aumentato globalmente, con disuguaglianze documentate per etnia, sesso e singoli indicatori di posizione socioeconomica, ma non è nota l'associazione con fenomeni multidimensionali come la deprivazione. La disponibilità dell'Indice di Deprivazione aggiornato al 2021 (ID21) rende possibile analizzare le disuguaglianze nel ricorso al TSO.

Obiettivo Valutare l'associazione tra ID21 e incidenza di TSO in Emilia-Romagna (E-R).

Metodi Studio di coorte retrospettivo su persone residenti e domiciliate allo stesso indirizzo in E-R per l'intero follow-up (FU) dal 6/5/2023 (fine pandemia) al 31/12/2025, iscritte all'Anagrafe Regionale Assistiti e con ID21 calcolato a livello di sezione di censimento e categorizzato in quintili di popolazione (da Q1 a Q5 in ordine di deprivazione crescente). Sono stati identificati i TSO tramite record linkage con database Schede di Dimissione Ospedaliera e i contatti con servizi di salute mentale nei cinque anni precedenti tramite Sistema Informativo Salute Mentale. Il FU terminava al primo TSO o al decesso/fine studio. Sono stati calcolati i tassi d'incidenza grezzi per 10.000 persone-anno stratificati per età, sesso, cittadinanza, ID21 e contatto pregresso. L'associazione ID21-TSO è stata stimata con modelli di Cox aggiustati per le stesse variabili, testando la modificazione d'effetto del sesso.

Risultati Sono stati inclusi 3.917.095 soggetti (51,0% femmine, età media 47,2 anni, 87,5% cittadinanza italiana) per un totale di 10.249.608 anni-persona. È stato disposto ed eseguito un TSO su 1.202 soggetti (tasso grezzo d'incidenza 3,2 per 10.000 anni-persona, IC 95% 3,0-3,3), i quali sono più frequentemente maschi (57,2% vs 49,0%), non italiani (15,3% vs 12,5%), più giovani (42,5 vs 47,2 anni), più deprivati (Q5 24,0% vs 21,4%), con contatto pregresso (71,1% vs 2,88%). Nel modello aggiustato per sesso, età e cittadinanza, il rischio di TSO risulta incrementato significativamente in Q5 (HR=1,26, IC95%1,06-1,52). Aggiustando anche per pregresso contatto, l'associazione ID21-TSO si attenua ma rimane significativa (Q5 vs Q1: HR=1,20, IC95%1,00-1,43). Non è emersa una significativa modificazione d'effetto del sesso.

Conclusioni La deprivazione rappresenta un fattore di rischio indipendente per TSO. L'attenuazione dell'associazione tra ID21 e rischio di TSO dopo aggiustamento per contatto pregresso con i servizi di salute mentale suggerisce che l'accesso agli stessi possa rappresentare un ambito di intervento per ridurre le disuguaglianze. I risultati vanno interpretati considerando che l'analisi non cattura una parte della popolazione straniera, scarsamente tracciabile nei flussi sanitari, determinando una possibile sottostima del fenomeno. Pertanto, sono necessari ulteriori studi per analizzare tramite fonti integrative la popolazione non inclusa, indagare le barriere di accesso ai servizi e valutare l'effetto della presa in carico continuativa sul rischio di TSO.