

Disuguaglianze di salute: Politiche sanitarie e non sanitarie

Stefania Vasselli

Ministero della salute

Roma, 30 maggio 2019

ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ

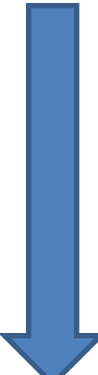
Centro Nazionale per la Salute Globale

e

ASviS

Perché riorientare gli interventi e le politiche verso l'equità

- Perché (anche) in Italia la salute è disuguale
- Perché è noto il meccanismo di generazione delle disparità nella salute e quindi i relativi punti di ingresso per le politiche e gli interventi (sanitari e non) di contrasto
- Perché esistono diverse soluzioni del problema, a vari livelli
- Perché le soluzioni hanno bisogno di essere legittimate, sostenute, praticate, organizzate, mantenute attraverso:

- 
1. Una storia ed una prospettiva istituzionale
 2. Un impianto concettuale
 3. Una base di conoscenze, evidenze, competenze, metodologie, strumenti
 4. Una governance
 5. Una declinazione operativa

Il percorso evolutivo dei **Piani nazionali di prevenzione ha fornito risposte a ciascuno di questi bisogni**

PNP 2014-2019

Macro obiettivi (MO)		Obiettivi centrali (OC)	Indicatori centrali (IC)
MO1	Ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle malattie non trasmissibili	15	31
MO2	Prevenire le conseguenze dei disturbi neurosensoriali	2	2
MO3	Promuovere il benessere mentale nei bambini, adolescenti e giovani	2	2
MO4	Prevenire le dipendenze da sostanze	1	1
MO5	Prevenire gli incidenti stradali e ridurre la gravità dei loro esiti	3	5
MO6	Prevenire gli incidenti domestici	5	7
MO7	Prevenire gli infortuni e le malattie professionali	8	8
MO8	Ridurre le esposizioni ambientali potenzialmente dannose per la salute	12	16
MO9	Ridurre la frequenza di infezioni/malattie infettive prioritarie	13	45
MO10	Attuare il Piano Nazionale Integrato dei Controlli per la prevenzione in sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria	12	18
TOTALE	10	73	135

PNP 2014-2019

Vision, Principi e Priorità

- ❑ Afferma il ruolo cruciale della promozione della salute e della prevenzione come fattori di sviluppo della società
- ❑ Recepisce gli obiettivi sottoscritti a livello internazionale
- ❑ Mira a ridurre il carico di malattia, **garantire equità e contrasto alle disuguaglianze di salute** e rafforzare l'attenzione ai gruppi fragili
- ❑ Prioritizza gli interventi sulla base di evidenze di costo efficacia e sostenibilità
- ❑ Promuove una sistematica attenzione alla intersectorialità e alla trasversalità degli interventi in funzione della concreta attuazione della «Salute in tutte le politiche»
- ❑ Tiene conto dell'impatto sulla governance del sistema, in considerazione del doppio ruolo del SSN di erogatore di interventi e di steward verso altri Attori e Stakeholder
- ❑ Investe sul benessere dei giovani in un approccio dal forte contenuto formativo e di empowerment
- ❑ Considera l'individuo e le popolazioni in rapporto al proprio ambiente

Empowerment
(individuale e
di comunità)

Intersectorialità

Sostenibilità

Efficacia

Equità

Dalla presa di coscienza
PNP 2010-2012

.. "Il Piano 2010-2012 ha marginalmente affrontato il tema delle disuguaglianze di salute o meglio non si è dotato di un approccio efficace e sistematico contro le disuguaglianze (sia nei principi sia negli strumenti operativi), rischiando in tal modo di crearle o aumentarle come effetto dei progetti dei PRP"

Cfr allegato all'Intesa Stato Regioni 13 novembre 2014; Intesa Stato Regioni 21 dicembre 2017)

Alle aspirazioni
PNP 2014-2018

"Il Piano 2014-2018 intende:

- ...*
- adottare un approccio di sanità pubblica che garantisca equità e contrasto alle diseguaglianze..*
- ...*
- basare gli interventi di prevenzione, promozione e tutela della salute sulle migliori evidenze di efficacia, implementati in modo equo e che siano programmati per ridurre le diseguaglianze"..*

Il PNP 2020-2025:

- si avvale dei dati scientifici, dei metodi e degli strumenti disponibili e validati per guidare e realizzare un sistematico scrutinio dei rischi e bisogni di salute e degli interventi, onde riconoscere possibili punti di generazione di disuguaglianze sociali e di genere, meritevoli di azione/correzione da parte sanitaria o non sanitaria.***
- propone il modello operativo dell'HEA per contribuire a sviluppare una governance intersettoriale per la promozione di Salute più Equa in Tutte le Politiche.***

cfr. PNP 2020-2025 (in progress)

All'orientamento verso l'efficacia
PNP 2020-2025

Il PNP non viaggia mai da solo

Progetto "Supporto alla valutazione del PNP" (Programma CCM 2014)

Progetto "Supporto ai Piani Regionali di Prevenzione attraverso l'elaborazione e l'implementazione di un framework di monitoraggio" (Programma CCM 2016)

Progetto "Oltre il monitoraggio: la piattaforma Piani Regionali di Prevenzione come strumento di pianificazione del PNP 2020-2025" (Programma CCM 2018)

Progetto "Scegliere le priorità di salute e selezionare gli interventi efficaci per prevenire il carico delle malattie croniche non trasmissibili (Programma CCM 2017)

Progetti "Supporto alle sorveglianze PASSI e Passi d'Argento" (Programma CCM 2016)

Azioni (CCM e centrali) a supporto di:

- Accountability
- Pianificazione, monitoraggio e valutazione
- Utilizzo dei dati
- Costruzione di capacity building
- Produzione di evidenze
- Messa a punto di toolbox
- Creazione di innovazione

Progetto "Equity Audit nei Piani regionali di prevenzione in Italia" (Programma CCM 2014)

Progetto "L'Equità nei Piani di Prevenzione Regionali in Italia" (Programma CCM 2018)



Perché riorientare gli interventi e le politiche verso l'equità

- Perché (anche) in Italia la salute è disuguale
- Perché è noto il meccanismo di generazione delle disparità nella salute e quindi i relativi punti di ingresso per le politiche e gli interventi (sanitari e non) di contrasto
- Perché esistono diverse soluzioni del problema, a vari livelli
- Perché le soluzioni hanno bisogno di essere legittimate, sostenute, praticate, organizzate, mantenute attraverso:

1. Una storia ed una prospettiva istituzionale

2. Un impianto concettuale

3. Una base di conoscenze, evidenze, competenze, metodologie, strumenti

4. Una governance

5. Una declinazione operativa



Già nel **framework sono contenuti messaggi chiave per tutti gli stakeholder**

Sommario

PNP 2020-2025 in progress

1. Introduzione

- 1.1 Il percorso del PNP 2014-2019 e le prospettive del PNP 2020-2025
- 1.2 Il PNP come LEA
- 1.3 Il PNP verso i Piani di settore
- 1.4 Governance multilivello
- 1.5 Meccanismi di finanziamento

I quali convergono verso il ri-orientamento di tutto il sistema della prevenzione verso un approccio di *Promozione della Salute*

- 3.4.1 Il Burden of Disease
- 3.4.2 I criteri di selezione degli interventi prioritari
- 3.4.3 I modelli interpretativi
- 3.4.4 I “Repertori”
- 3.5 Azioni trasversali
 - 3.5.1 Formazione
 - 3.5.2 Comunicazione
- 3.6 Azioni centrali

Il PNP rappresenta lo strumento strategico per iniziative multisettoriali utili ad armonizzare e integrare il sistema prevenzione nel Paese, secondo un approccio whole-of-government e whole-of-society, cioè di tutto il governo, nazionale o locale, e dell'intera società.

Il PNP rafforza gli interventi sinergici e funzionali all'estensione/supporto a linee strategiche della prevenzione, per massimizzare l'efficienza e l'efficacia dell'azione e per definire il ruolo di governance della prevenzione verso le diverse aree della salute e verso gli altri settori

Il PNP mette in campo una globalità di strumenti capaci di attivare una programmazione intersettoriale, equa, efficace e sostenibile mirante a sviluppare nella comunità e nei suoi membri competenze, risorse e opportunità per poter aver voce e influenzare i fattori che condizionano la salute e il benessere

Il PNP persegue il miglioramento della salute della popolazione considerando i determinanti sociali attraverso l'azione congiunta e trasversale, a livello nazionale, regionale e locale, dei diversi settori della società, delle istituzioni e dei portatori di interesse rivolta agli individui, alle comunità e ai loro ambienti di vita

Il PNP rappresenta lo strumento strategico per iniziative multisettoriali utili ad armonizzare e integrare il sistema prevenzione nel Paese, secondo un approccio whole-of-government e whole-of-society, cioè di tutto il governo, nazionale o locale, e dell'intera società

Perché riorientare gli interventi e le politiche verso l'equità

- Perché (anche) in Italia la salute è disuguale
- Perché è noto il meccanismo di generazione delle disparità nella salute e quindi i relativi punti di ingresso per le politiche e gli interventi (sanitari e non) di contrasto
- Perché esistono diverse soluzioni del problema, a vari livelli
- Perché le soluzioni hanno bisogno di essere legittimate, sostenute, praticate, organizzate, mantenute attraverso:

Una storia ed una prospettiva istituzionale

Un impianto concettuale

Una base di conoscenze, evidenze, competenze, metodologie, strumenti

Una governance

Una declinazione operativa

Perché partiamo da un solido patrimonio comune del **sapere e dell'**agire****

Il sapere

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.

Hamer L, Health Equity Audit Made Simple: A briefing for Primary Care Trusts and Local Strategic Partnerships Working document January 2003

Il sapere: dal NO

1. Non esiste una sola dimensione della salute "colpita" dalle disuguaglianze

Diseguali:

- Nell'aspettativa di vita (alla nascita e in buona salute)
- Nella mortalità e morbosità causa specifica
- Nella salute percepita
- Nelle conseguenze della malattia
- Nei comportamenti a rischio
- Nella prevenzione
- Nella cura



**Esposizione
Vulnerabilità
Effetti**

2. Non esiste una sola causa ed un solo meccanismo causale

I "determinanti distali" di salute e malattia (scuola, lavoro, reddito, abitazione, famiglia, comunità, città, contesto di vita, etnia,...) influenzano i "determinanti prossimali" (fattori di rischio, stili di vita e comportamenti, accesso alla prevenzione e all'assistenza,...) ed entrambi, interagendo, impattano sugli esiti lungo tutto il corso della vita

3. Non esiste una popolazione generale di riferimento la cui salute deve essere tutelata in modo uguale ma tante popolazioni quanti sono i bisogni, i contesti (non è sufficiente avere una sola variabile di stratificazione...),...

Equità in salute significa permettere a ciascuno di raggiungere un livello di salute adeguato, partendo dalle differenze e riconoscendole, e lavorando per creare opportunità per la salute (empowerment, life skills, ambienti salutogenici, comunità resilienti,..)

Il sapere: dal NO

4. Non esiste una sola tipologia di approccio e di azione

Possiamo:

- Concentrarci esclusivamente sul miglioramento delle condizioni di salute dei gruppi più svantaggiati
- Agire sulla riduzione del gap di salute che esiste tra i più svantaggiati e i più avvantaggiati
- Contrastare le disuguaglianze agendo su tutta la popolazione con un approccio universalistico, offrendo cioè la stessa cosa a tutti, oppure secondo un approccio a gradiente dando a ognuno in base al bisogno
- Fare interventi "macro", che agiscono sulle cause delle disuguaglianze sociali (distribuzione iniqua dei determinati strutturali)
- Fare interventi "micro", che agiscono sulle conseguenze delle disuguaglianze sociali (distribuzione iniqua delle esposizioni, della vulnerabilità ai fattori di rischio, barriere all'accesso), indirizzando l'intervento:
 - al setting
 - all'individuo
 - alla comunità

5. Non esiste una sola "evidenza"

Non è detto che qualunque intervento di promozione della salute in grado di migliorare la salute riesca anche a ridurre le disuguaglianze

Le evidenze sull'impatto degli interventi in termini di salute sono più numerose, solide e disponibili rispetto a quelle sull'impatto degli interventi in termini di equità

SCUOLA

Dal momento che le opportunità di salute si determinano già nei primi anni di vita, bisognerebbe investire nelle capacità genitoriali e nelle condizioni di vita degli anni prescolari per far crescere le possibilità di apprendimento di capacità e competenze utili per la salute. Queste poi si possono ulteriormente strutturare attraverso un'offerta scolastica dinamica che deve saper far crescere, oltre alle credenziali educative, anche le *life skills*, cioè quelle abilità cognitive, emotive e relazionali di base che consentono alle persone di operare con competenza sul piano individuale e sociale

ASSISTENZA

Dato che, infine, i sistemi di cura, insieme alle relazioni sociali di prossimità, possono rendere capaci le persone di valorizzare le proprie risorse e competenze, è fondamentale contrastare tutte quelle barriere alle cure e all'assistenza di qualità - siano esse economiche, organizzative, professionali o culturali - che possono portare alla rinuncia alle cure o a una scarsa appropriatezza ed efficacia delle prestazioni

Il sapere: al SI

PREVENZIONE

Poiché i principali fattori di rischio per la salute sono sistematicamente più frequenti e più dannosi tra le persone di bassa posizione sociale, le politiche di prevenzione e promozione della salute devono orientare e calibrare i loro interventi verso questi gruppi a maggior rischio

REDDITO

Dal momento che le risorse materiali delle famiglie sono essenziali per la tutela della salute, le politiche di sostegno al reddito e di contrasto alla povertà devono essere considerate anche in relazione all'impatto sulle disuguaglianze di salute

LAVORO

Poiché l'occupabilità e la qualità del lavoro sono i principali determinanti della salute nell'adulto, le politiche occupazionali e quelle volte alla promozione della salute nei luoghi di lavoro dovrebbero orientare i loro dispositivi e programmi all'equità nella salute

CASA, CITTA'

Stante che le condizioni di vita, sia fisiche che relazionali, nei diversi contesti (casa, quartiere, città, comunità) hanno un significativo potenziale di moderazione delle disuguaglianze di salute, le politiche abitative, di riqualificazione ambientale e di sostenibilità urbana devono essere ricalibrate di conseguenza

Ministero della Salute L'ITALIA per L'EQUITÀ nella SALUTE



Parlando delle migliori evidenze scientifiche attualmente disponibili nei determinanti e negli stili di vita, e da un'analisi delle esperienze e delle buone prassi realizzate a beneficio dei gruppi più vulnerabili e nelle situazioni a rischio, il presente documento presenta possibili strategie concrete di intervento, da proporre ai decisori politici e agli stakeholders impegnati nel contrasto delle disuguaglianze di salute. Non si tratta, tuttavia, di un testo conclusivo. "L'Italia per l'equità nella salute" vuole essere la piattaforma da cui partire per un dibattito partecipativo e aperto anche ai rappresentanti delle società civili e della società civile.

Il sapere: al SI

1. Esiste un approccio vincente

Gli **interventi "ambientali"** sono quelli più efficaci perché non richiedono alle persone di aderirvi, ma è il contesto

- **Politiche intersettoriali**
- ***Intersectionality approach***
- **Empowerment**
- **Networking**
- **Comportamento proattivo**
- **Rispetto**

Governance for health equity (OMS, 2013)

Una partenza svantaggiata è fortemente penalizzante anche rispetto a contesti facilitanti. E' quindi cruciale investire sulle **competenze genitoriali nei primi mesi o anni di vita dei figli e sulla scuola dell'infanzia** perché quello è il momento in cui si costruisce il capitale di competenze e capacità con cui la persona diventerà adulta e capace di costruirsi credenziali educative, carriera sociale e familiare ossia sostanzialmente avere il controllo sulla propria vita, che è il fattore che determina le uguaglianze di salute

2. Esiste un punto di contatto tra le evidenze

Requisito comune alle strategie che si sono dimostrate efficaci è la costruzione di reti e alleanze (intersettoriali) in cui il **sistema sanitario può assumere un ruolo decisivo di fulcro, regia, coordinamento**

Ruolo di *stewardship* e *advocacy* del sistema sanitario per favorire l'inclusione di considerazioni e valutazioni di salute, sostenibilità ed equità in tutte le politiche, per realizzare convergenze ed alleanze su obiettivi condivisi, finalizzati a promuovere la salute e a contrastare le disuguaglianze

Approccio per *setting*, *life-course*

PNP

Il sapere: al SI

3. Esiste una urgenza

- Le organizzazioni sanitarie si confrontano sempre più con forme di “diversità” non riconducibili a classificazioni tradizionali (es. poveri, emarginati...)
- **Vulnerabilità sociale** → fenomeni multidimensionali e nuove forme di fragilità
- Non possiamo più limitarci ad attuare interventi per target specifici
 - **Sviluppare strategie complessive e integrate di contrasto alle iniquità**
 - **Analizzare i meccanismi organizzativi alla base delle possibili iniquità/discriminazioni**

La nostra società presenta le disuguaglianze come se fossero un dato di fatto, anziché il risultato di una serie di interazioni rituali **localizzate** (e quindi organizzate) nello spazio e nel tempo.

Diversi si nasce, disuguali si diventa (Sennett, 2003)

L'agire

- Il contrasto alle disuguaglianze è **attuabile qualunque sia il livello decisionale ed il grado di autonomia** di cui si dispone ma occorre monitorarne gli effetti anche al fine di introdurre eventuali correttivi
- Comprendere il livello nel quale si ha mandato e ruolo per agire significa anche sfuggire dall'idea che sia possibile ottenere risultati solo se si interviene a livello alto e strutturale
- Al contrario consente di aprire e saper sfruttare **finestre di opportunità** per:
 - realizzare **interventi sostenibili**, con gli strumenti che abbiamo a disposizione nei diversi ambiti e contesti, inseribili nelle attività istituzionali e correnti, senza che questo necessariamente diventi un onere aggiuntivo, possibilmente mantenendo e ricalibrando quanto è già in essere
 - riuscire anche ad impattare sulle **regole di sistema e sui meccanismi di governance** affinché il perseguimento dell'equità sia un orientamento culturale, professionale, organizzativo costante, ovvero un **approccio sistemico** a livello nazionale, regionale e locale
 - **Il punto di partenza è indossare le "lenti dell'equità" per osservare i fenomeni rispetto alla dimensione dell'equità ed interrogarci di conseguenza**





Come?

Health Equity Audit (HEA)

PROCESSO completo e strutturato

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

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).

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.
3. Mettere quindi in condizioni decisori o stakeholder di approcciarsi alle disuguaglianze e di agire per ridurle in maniera **evidence based**



Necessita:

- Di metodi e strumenti quantitativi e qualitativi (check list, focus group) flessibili e adattabili alla peculiarità e complessità del contesto in cui si opera e del problema che si vuole affrontare

- Di dati (integrati) ed evidenze a supporto a partire da un framework concettuale

- Di una modalità sistematica (in ogni fase) di ingaggio dei gruppi di interesse (soggetti proponenti la politica, il piano o il programma o l'intervento; soggetti che metteranno in pratica; rappresentanti dei fruitori/utenti; eventuali altri interlocutori reputati importanti)

- Di cultura, formazione e informazione continua sul tema

- Di valutazione e disseminazione dei risultati per (eventualmente) ricominciare il ciclo, stabilizzando quello che funziona e che ha prodotto un cambiamento



Il Ciclo dell'HEA

Implica:

Un percorso di revisione e di rinnovamento anche degli assetti e delle regole di sistema, dei modelli di governance, delle formule organizzative

10 punti per rendere effettivo/fattibile un HEA

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

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



Dalla presa di coscienza
PNP 2014-2018

La dimensione dell'equità entra tra i **criteri della valutazione ex ante dei PRP** e viene esplorata attraverso (la sperimentazione di) una griglia:

- La Regione ha inserito il contrasto alle disuguaglianze tra le priorità del PRP?
- La Regione è in grado di misurare l'entità delle disuguaglianze presenti sul suo territorio?
- La Regione ha avviato azioni per il contrasto delle disuguaglianze?
- La Regione ha avviato policy per il contrasto delle disuguaglianze?

Accordo Stato Regioni 25 marzo 2015 (Documento di valutazione del PNP e dei PRP 204-2018)

Alle aspirazioni
PNP 2014-2018

L'applicazione della griglia permette di classificare (score) le Regioni sulla base della **capacità di rispondere al mandato del PNP** di includere e tradurre il principio del contrasto alle disuguaglianze nella pianificazione regionale

Progetto CCM "Supporto alla valutazione del PNP"

All'orientamento verso l'efficacia
PNP 2014-2018

I PRP vengono intercettati in corso d'opera per essere ricalibrati verso l'orientamento all'equità con lo sviluppo di azioni concrete, in **specifici setting di intervento**, in 6 Regioni pilota (Piemonte, Lombardia, Emilia Romagna, Veneto, Toscana, Puglia) attraverso l'applicazione dell'HEA

Progetto CCM "HEA nei PRP"

PNP 2020-2025

Viene fornita ai gruppi di coordinamento dei PRP **formazione e assistenza tecnica** affinché tutte le Regioni utilizzino l'HEA per garantire una base metodologica comune, la scelta ragionata di almeno un ambito di azione e la realizzazione di un intervento/processo, ad esempio trasferendo nel proprio contesto quanto già testato e validato nell'esperienza pilota

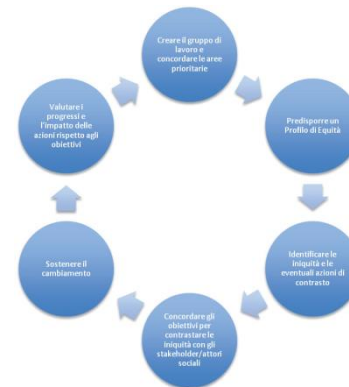
Progetto CCM "L'Equità nei Piani di Prevenzione Regionali in Italia" (in corso)



L'esperienza dell'HEA nei PRP: due direttrici

1) Vista alta e trasversale:

- Screening rapido del Piano regionale/ Piani Locali già approvati per eventuali ricalibramenti (Emilia Romagna, Piemonte, Veneto)
- Indicazioni per la programmazione Regionale ed Aziendale (Lombardia, Emilia Romagna)



2) HEA di/in specifici "ambiti":

➤ Setting

SCUOLA
("Scuole che promuovono salute")
Piemonte

AMBIENTE
E SALUTE
Puglia

LUOGHI DI LAVORO
("Luoghi di lavoro che promuovono salute")
Lombardia

➤ Programmi

Programma
Screening
Lombardia

Programma
GenitoriPiù /
Early Life
Veneto

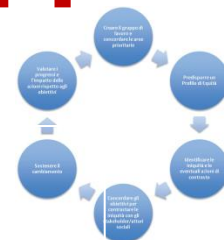
➤ Progetti/azioni

Contrasto ad
Obesità
e Sedentarietà
in target specifici
Emilia Romagna

Sanità di Iniziativa
per soggetti ad alto
rischio
Cardiovascolare
Toscana



L'esperienza dell'HEA nei PRP: tanti risultati



- Realizzati diversi corsi di formazione su strumenti e metodi per il contrasto alle disuguaglianze
- Elaborati nuovi dati di rischio attribuibile
- Prodotte revisioni bibliografiche su evidence based prevention
- Incrementate la banche dati documentali disponibili (es. ProSA) e creati web e **toolbox** ad hoc



Disuguaglianze di salute

Ridurre le disuguaglianze con azioni di contrasto sui determinanti sociali

Iscriviti alla newsletter **qui**

Escl da Area Riservata

HOME

CHI SIAMO

TEMI ▾

RISORSE ▾

STRUMENTI

PUBBLICAZIONI ▾

EVENTI

GRUPPI DI LAVORO ▾



La salute di un mondo in movimento: un numero monografico di "The Lancet"



NEWSLETTER DISUGUAGLIANZE DI SALUTE

• **Iscriviti qui!**

ACCESSO RAPIDO

- Archivio Newsletter
- Ridurre e contrastare le disuguaglianze di salute in Italia: le tappe del percorso
- Atlante italiano delle disuguaglianze di mortalità per livello di istruzione
- Health Equity Audit nei Piani Regionali della Prevenzione in Italia (toolbox)
- "40 anni di salute a Torino, spunti per leggere i bisogni e i risultati delle politiche"
- Indicatori di salute a supporto dei Piani Regionali di Prevenzione
- Sintesi dal Libro Bianco
- L'Italia per l'equità nella salute



La salute di un mondo in movimento: un numero monografico di "The Lancet"

<https://www.disuguaglianzedisalute.it/health-equity-audit/>

Le sfide

1. Connessione con la JOINT ACTION HEALTH EQUITY EUROPE (JAHEE - WP6 - raccomandazioni e buone pratiche nel setting prevenzione) attraverso l'azione centrale CCM (trasferimento del know how)
2. Approccio di sistema (dentro e fuori):
 - non solo interventi sulle singole dimensioni di vulnerabilità, ma trasformazione del sistema nel suo complesso
 - non solo promozione di equità nell'erogazione dei servizi, ma anche rispetto e valorizzazione delle differenze come trasformazione organizzativa
3. Aggiornare i dati e indicatori disponibili (da esposizione a impatto) e l'infrastruttura (epidemiologica, informativa, di analisi) necessaria a produrli ed utilizzarli (quali indicatori? Es. GBD. Quali integrazioni? Es. covariata sociale in tutti informativi sanitari...)
- 4. PNP come "indirizzo" e "motore" dei LEA, che, per definizione, sono garanzia di equità**

Prevenzione Collettiva e Sanità Pubblica

Il livello della "Prevenzione collettiva e sanità pubblica" include le attività e le prestazioni volte a tutelare la salute e la sicurezza della comunità da rischi infettivi, ambientali, legati alle condizioni di lavoro, correlati agli stili di vita.

Il livello si articola in 7 aree di intervento che includono programmi/attività volti a perseguire specifici obiettivi di salute.

Per ogni programma vengono indicate le "componenti principali" e tali indicazioni, pur non avendo carattere specificamente vincolante, rappresentano fattori di garanzia per il raggiungimento degli obiettivi. Infine, sono riportati i tipi di prestazioni erogate.

Sono esclusi da questo livello gli interventi di prevenzione individuale, fatta eccezione per le vaccinazioni organizzate in programmi che hanno lo scopo di aumentare le difese immunitarie della popolazione (come quelle incluse nel Piano Nazionale Vaccini) e per gli screening oncologici, quando sono organizzati in programmi di popolazione.

Sono escluse altresì le prestazioni che, pur costituendo un compito istituzionale delle strutture sanitarie, sono erogate con oneri a totale carico del richiedente e risultano pertanto escluse dai livelli essenziali di assistenza.

Sono incluse le prestazioni poste solo parzialmente a carico del richiedente in base a disposizioni nazionali o comunitarie ed alle relative norme regionali attuative.

L'informazione epidemiologica, anche quando non espressamente citata tra le componenti del programma, dovrà comunque guidare le aziende sanitarie nella pianificazione, attuazione e valutazione dei programmi e nella verifica del raggiungimento degli obiettivi di salute.

Il livello si articola nelle seguenti aree di intervento.

- A Sorveglianza, prevenzione e controllo delle malattie infettive e parassitarie, inclusi i programmi vaccinali
- B Tutela della salute e della sicurezza degli ambienti aperti e confinati
- C Sorveglianza, prevenzione e tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro
- D Salute animale e igiene urbana veterinaria
- E Sicurezza alimentare – Tutela della salute dei consumatori
- F Sorveglianza e prevenzione delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani ed i programmi organizzati di screening; sorveglianza e prevenzione nutrizionale

Allegato 1 al DPCM 12 gennaio 2017

Livelli Essenziali di Assistenza

(GU n.65 del 18 marzo 2017)

LEA: Prevenzione collettiva e sanità pubblica

Area F. Sorveglianza e prevenzione delle malattie croniche

N.	Programmi/Attività	Componenti del programma	Prestazioni
F1	Cooperazione con altre istituzioni ed enti della comunità per l'attuazione di programmi settoriali con il coinvolgimento dei cittadini, secondo il Programma nazionale "Programma nazionale salute" (DPCM 4.5.2007)	<p><u>Profilo di salute della comunità</u></p> <p>Disponibilità e utilizzo delle informazioni tratte dai sistemi di sorveglianza correnti (malattie infettive, malattie croniche e incidenti stradali, domestici e infortuni, stili di vita, percezione dello stato di salute, ricorso ai servizi sanitari), da rilevazioni che coinvolgono la comunità, al fine di:</p> <ul style="list-style-type: none"> analisi... 	<p>Elaborazione del profilo di salute attraverso la disponibilità e utilizzo delle informazioni tratte dai sistemi di sorveglianza</p>
		<p><u>Promozione di sinergie con altri soggetti, costruzione di alleanze e partenariati per la salute</u></p> <p>Promozione di alleanze tra soggetti istituzionali, sociali, imprenditoriali e professionali per concordare azioni a sostegno di politiche per la salute al fine di promuovere il benessere in tutte le fasce della popolazione</p>	<p>Attivazione di processi intersettoriali per la salute in tutte le politiche</p>
F2	Sorveglianza dei fattori di rischio di malattie croniche e degli stili di vita nella popolazione		<p>Sorveglianza dei fattori di rischio di malattie croniche e degli stili di vita nella popolazione</p>
F3	Prevenzione delle malattie croniche epidemiologicamente più rilevanti, promozione di comportamenti favorevoli alla salute, secondo	Programmazione, attuazione e valutazione di interventi finalizzati alla individuazione di condizioni di rischio anche individuali per le MCNT (anche attraverso esami analitici) e	Programmazione, attivazione e valutazione di interventi di sanità pubblica finalizzati alla prevenzione delle MCNT

Elaborazione del profilo di salute attraverso la disponibilità e utilizzo delle informazioni tratte dai sistemi di sorveglianza

Sorveglianza dei fattori di rischio di malattie croniche e degli stili di vita nella popolazione

priorità ed indicazioni concordate a livello nazionale	all'indirizzo verso una adeguata presa in carico		
F4	Prevenzione e contrasto del tabagismo, del consumo a rischio di alcol	<p>Sviluppo per "setting" (ambiente scolastico, ambiente di lavoro, comunità) di programmi di prevenzione dell'iniziazione e promozione della disassuefazione condivisi tra servizi sanitari e socio-sanitari e istituzioni educative e tra servizi sanitari e socio-sanitari e "datori di lavoro"</p> <p>Campagne informativo-educative rivolte alla popolazione generale e/o a target specifici</p> <p>Promozione del counseling da parte degli operatori sanitari</p> <p>Sorveglianza del rispetto del divieto di fumo</p>	<p>Attivazione di programmi intersettoriali per la prevenzione dei fattori di rischio</p> <p>Informazioni sui rischi per la salute</p> <p>Offerta di counseling individuale</p>
F5	Promozione di una sana alimentazione per favorire stili di vita salutari	<p>Valutazione della adeguatezza nutrizionale dei menù offerti anche in relazione ad esigenze dietetiche specifiche.</p> <p>Interventi sui capitolati d'appalto per migliorare la qualità nutrizionale</p> <p>Campagne informativo-educative rivolte alla popolazione generale e/o a target specifici</p> <p>Promozione del counseling sulla corretta alimentazione e da parte degli operatori sanitari</p>	<p>Attivazione di programmi intersettoriali per la prevenzione dei fattori di rischio</p> <p>Informazione e comunicazione ai cittadini e agli operatori</p> <p>Offerta di counseling individuale</p> <p>Supporto ad enti ed istituzioni nella predisposizione dei menu della ristorazione collettiva</p>
F6	Promozione di una sana alimentazione per favorire stili di vita salutari		<p>Attivazione di programmi intersettoriali per la prevenzione dei fattori di rischio</p> <p>Informazione e comunicazione ai cittadini e agli operatori</p> <p>Offerta di counseling individuale</p> <p>Supporto ad enti ed istituzioni nella predisposizione dei menu della ristorazione collettiva</p>

Sviluppo per setting (ambiente scolastico, ambiente di lavoro, comunità) di programmi di promozione di sani stili di vita nella popolazione generale e in gruppi a rischio, condivisi tra servizi sanitari e socio-sanitari, istituzioni educative e datori di lavoro

Programmi predefiniti verso/per l'applicazione dei «LEA-Prevenzione»

LEA-prevenzione
collettiva e
sanità pubblica
(Allegato 1
DPCM
12.1.2017)

Differenze
disuguaglianze
geografiche

Differenze e
debolezze di
esigibilità

Resistenze
organizzative e
programmatorie

L
A
C
U
N
E

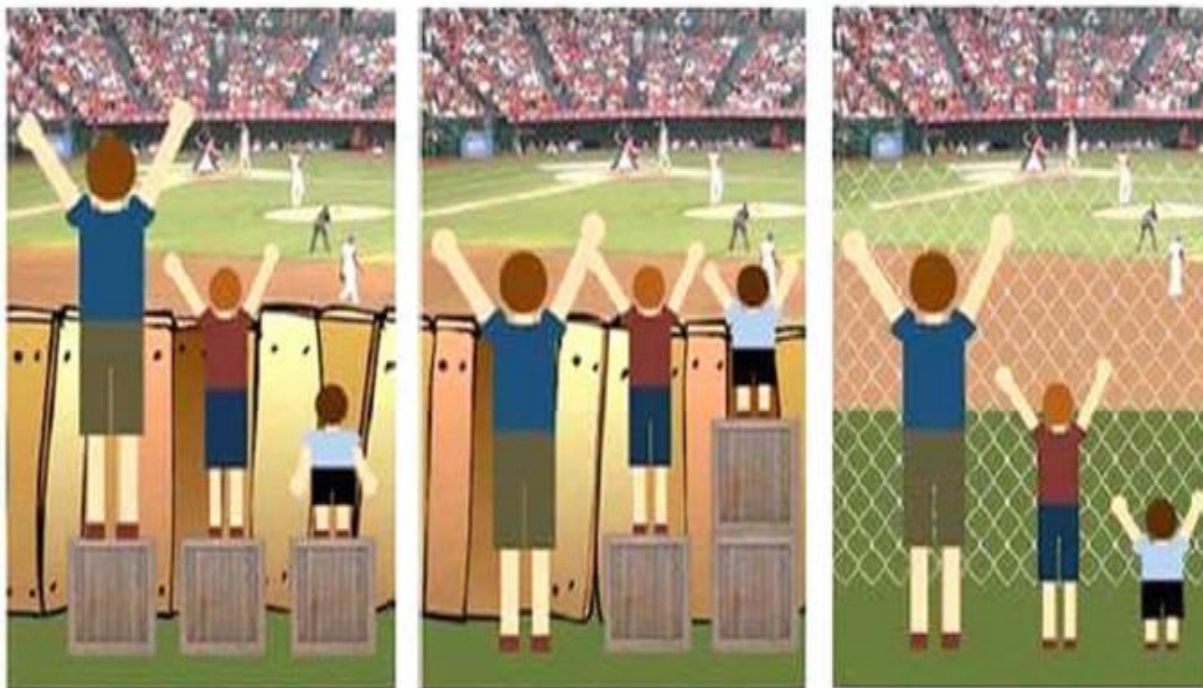
- Divario geografico nella garanzia dei LEA
- LEA «tradizionali», es. screening e vaccinazioni (con strutture e funzioni organizzative ben delineate, regolate da leggi o piani di settore) *vs* LEA «nuovi» (non c'è legge/piano di settore che individui l'interlocutore dal quale esigere il LEA, es. per **l'area promozione della salute e prevenzione malattie croniche**)
- Prevenzione organizzata per Settori/servizi poco comunicanti e integrati, inadatti ad accogliere e praticare l'intersettorialità

POSSIBILE SOLUZIONE

Per dare (ulteriore) visibilità, legittimazione e forza ai LEA, il PNP 2020-2025 propone l'introduzione nei PRP di **Programmi "predefiniti e comuni" a tutte le Regioni** (monitorati con indicatori comuni), che scelgono l'azione per setting come migliore formula di strategia e di governance e le evidenze di costo efficaci e di equità (o le buone pratiche documentate) come miglior criterio guida per selezionare gli interventi prioritari

L'approccio di equità

EQUALITY VERSUS EQUITY



UGUAGLIANZA

Parità di diritti umani e individuali, indipendentemente dalla posizione sociale e dalla provenienza

EQUITÀ

Giustizia sostanziale, capacità di tenere conto delle particolarità e delle differenze nel prendere una decisione