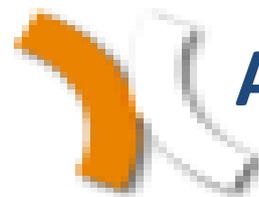


Disuguaglianze di salute: politiche sanitarie e non sanitarie.
Istituto Superiore di Sanità - 30 maggio 2019

Il ruolo di Agenas nella politiche di contrasto alle disuguaglianze di salute

Maria Chiara Corti



Agenas

Disuguaglianze di salute: Progetti Agenas

Realizzazione di un sistema standardizzato di misure delle disuguaglianze di salute, in sistemi d'indagine e sorveglianza già disponibili, al fine di identificare priorità e target, e valutare l'impatto di interventi di contrasto

- Aggiornamento della documentazione sui principali indicatori semplici e compositi di svantaggio sociale a livello individuale e su dati aggregati;
- Revisione delle esperienze di arricchimento dei sistemi informativi e statistici sanitari e locali con covariate sociali;
- Aggiornamento ed estensione a un maggior numero di città del sistema di indagine longitudinale metropolitano.

Disuguaglianze di salute: Progetti Agenas

Crisalidi - Misurare l'impatto della crisi sulla salute e sulle disuguaglianze – obiettivi:

- Analizzare i trend temporali negli indicatori di salute soggettiva e obiettiva, in quelli di esposizione ai fattori di rischio e nella loro variazione sociale negli anni pre-crisi e durante la crisi ;
- Stimare l'impatto atteso a breve e lungo termine sulla salute e sulle disuguaglianze di salute delle politiche;
- Sviluppare e testare uno strumento di previsione dell'impatto redistributivo delle politiche e degli interventi sulle disuguaglianze in tempi di crisi

Disuguaglianze di salute: i contributi di Agenas

Elaborazioni metodologiche per creare indicatori di equità:

- *Lo stato di salute percepito come indicatore per le analisi di health equity*
- *Costruzione di un indice di deprivazione per sezione di censimento per le analisi epidemiologiche*

Studi sulle evidenze di disuguaglianze di salute :

- *Analisi delle disuguaglianze regionali in sanità*
- *Analisi dell'equità nella distribuzione delle patologie*
- *Analisi dell'equità negli accessi alle prestazioni sanitarie*
- *Analisi dell'equità nell'efficacia dell'assistenza*

Proposte per la valutazione dell'equità nelle analisi costi-benefici:

- *Analisi dei criteri di finanziamento delle Regioni con criteri di equità*
- *Rimodulazione del sistema di copayment (ticket) per maggior rispetto dell'equità*

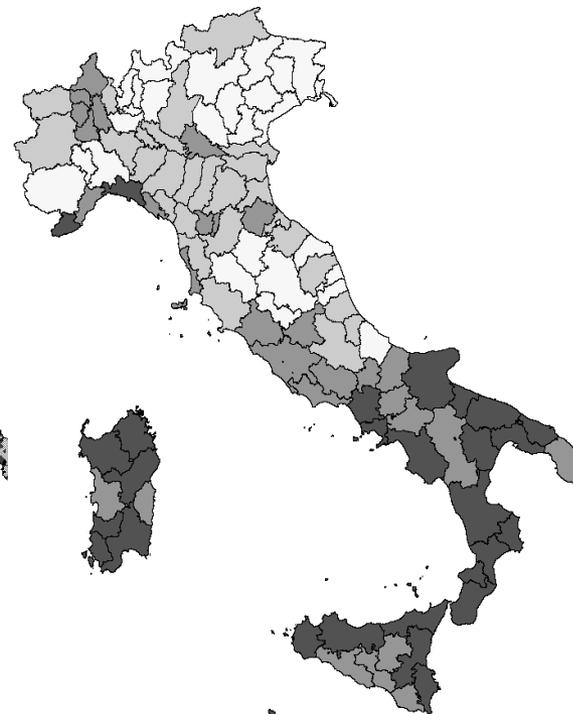
Elaborazioni metodologiche per creare indicatori di equità

Aggiornamento dell'indice di deprivazione al 2011 e cfr con 1991 e 2001

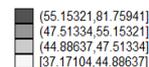
Indice di deprivazione: 1991

Indice di deprivazione: 2001

Indice di deprivazione: 2011

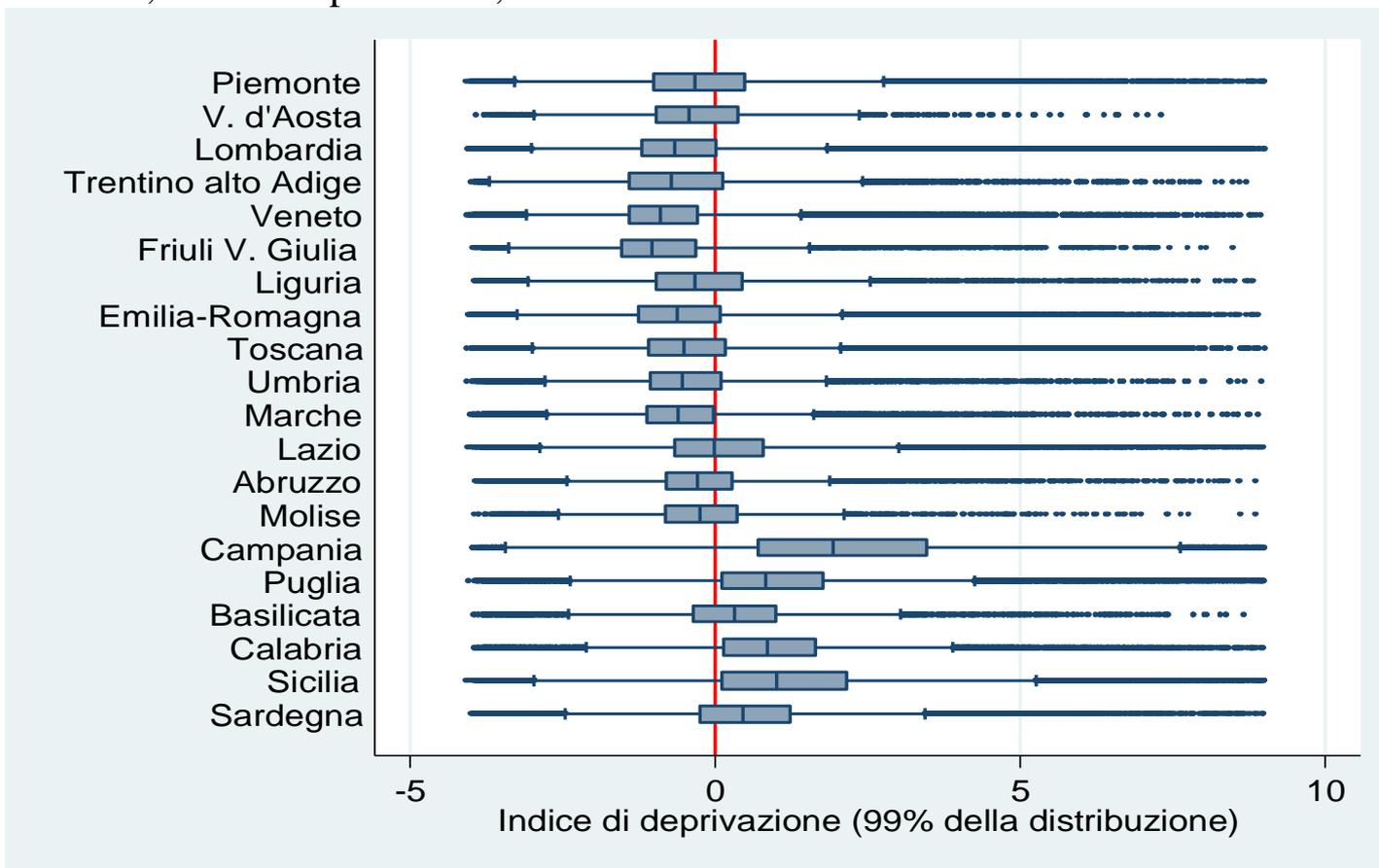


livello di deprivazione socioeconomica, comuni italiani 2001



Revisione dell'indice di deprivazione su dati del censimento 2011

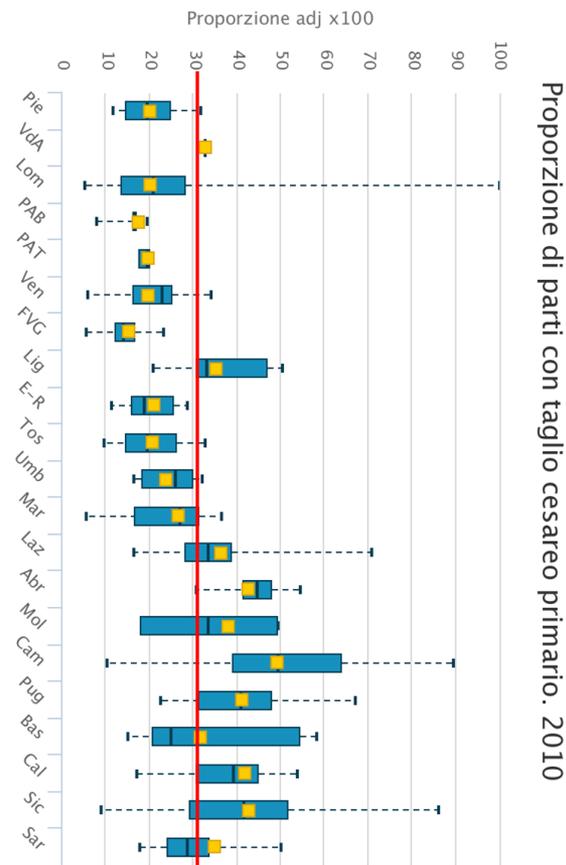
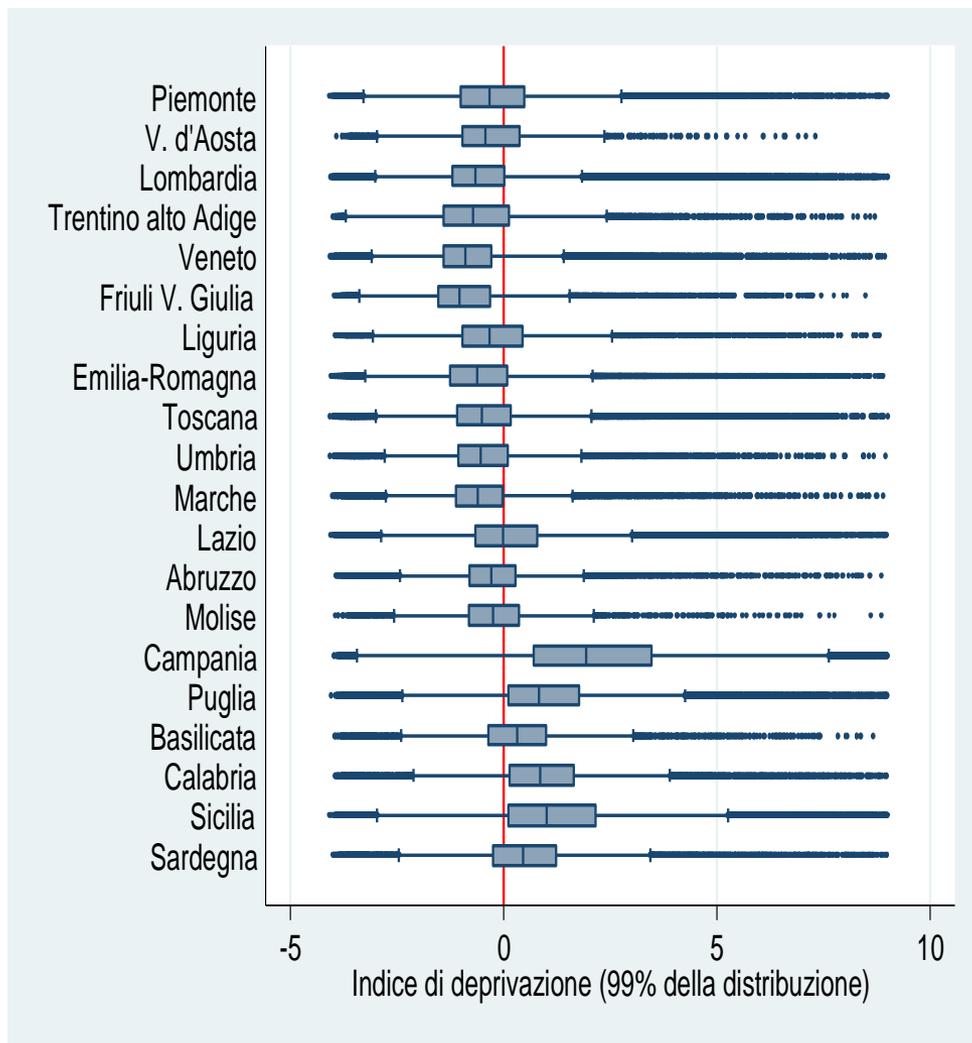
Distribuzione regionale dell'ID calcolato sulle sezioni di censimento: valori medi, 25° e 75° percentile, valori estremi



Si tratta di un ID calcolato sui dati censuari del 2011 che, sfruttando il maggior dettaglio dei dati censuari a disposizione, supera alcuni limiti dell'ID 2001 rispetto a due degli indicatori utilizzati, relativi al livello di istruzione e alle condizioni di monogenitorialità, mantenendo la stessa impostazione per il calcolo dei singoli indicatori e della misura di sintesi.

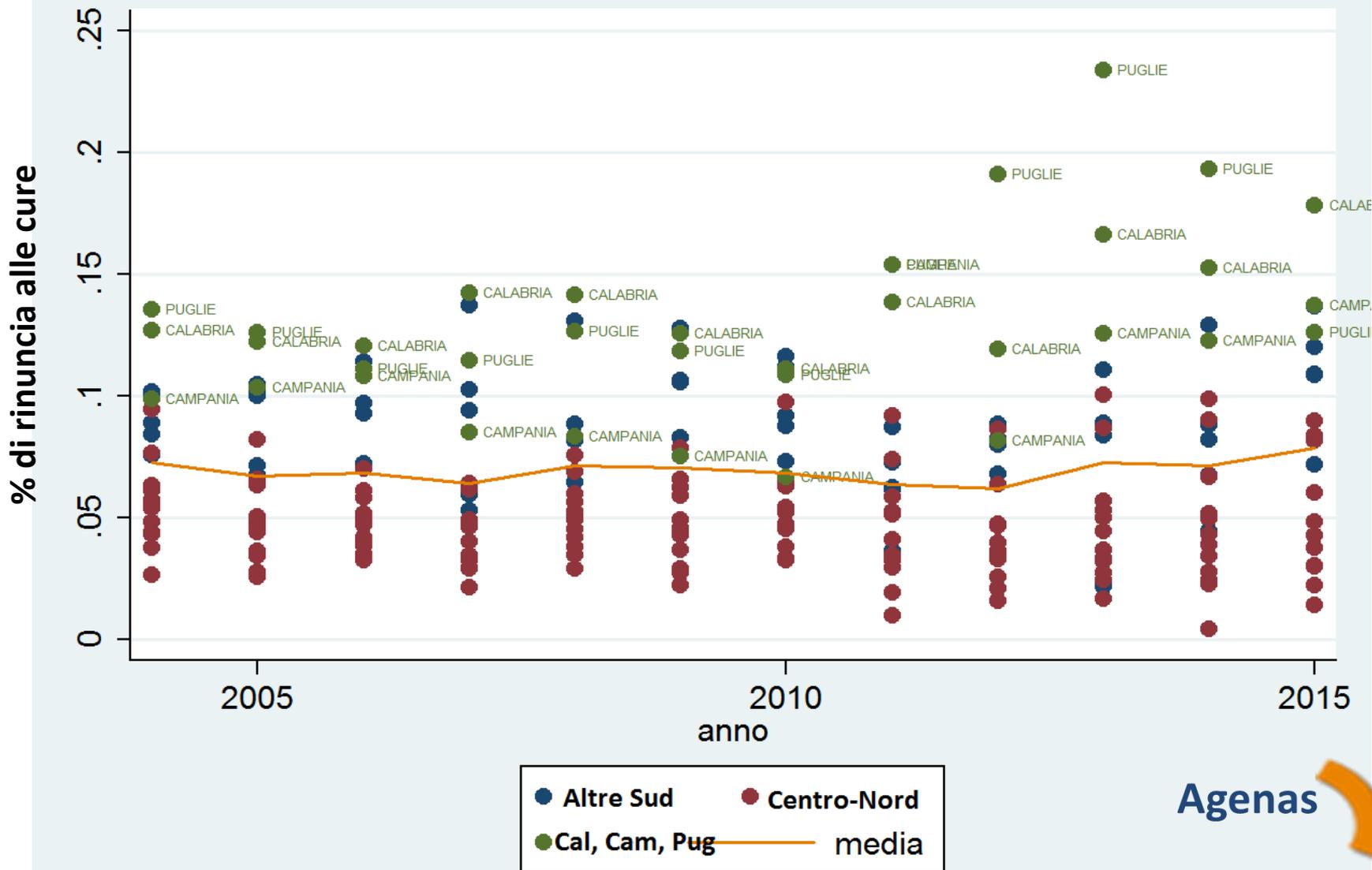
Indice di deprivazione nel 2011 vs % di parti cesarei nel 2010

Distribuzione regionale dell'ID calcolato per regione vs proporzione di parti cesarei per regione PNE 2010:

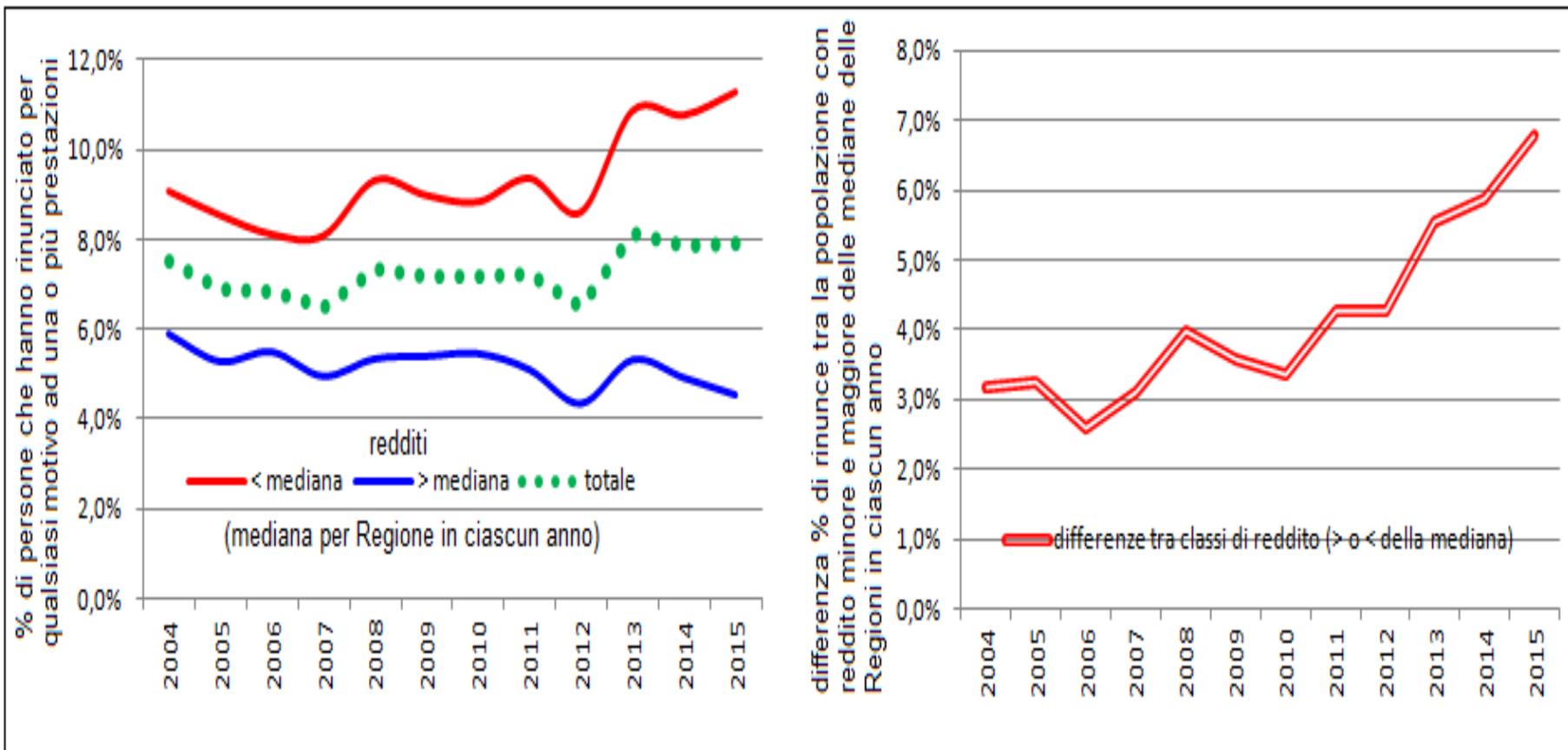


Studi sulle evidenze di disuguaglianze di salute

Quota di coloro che rinunciano alle cure nelle regioni italiane.



Rinuncia alle cure e classi di reddito

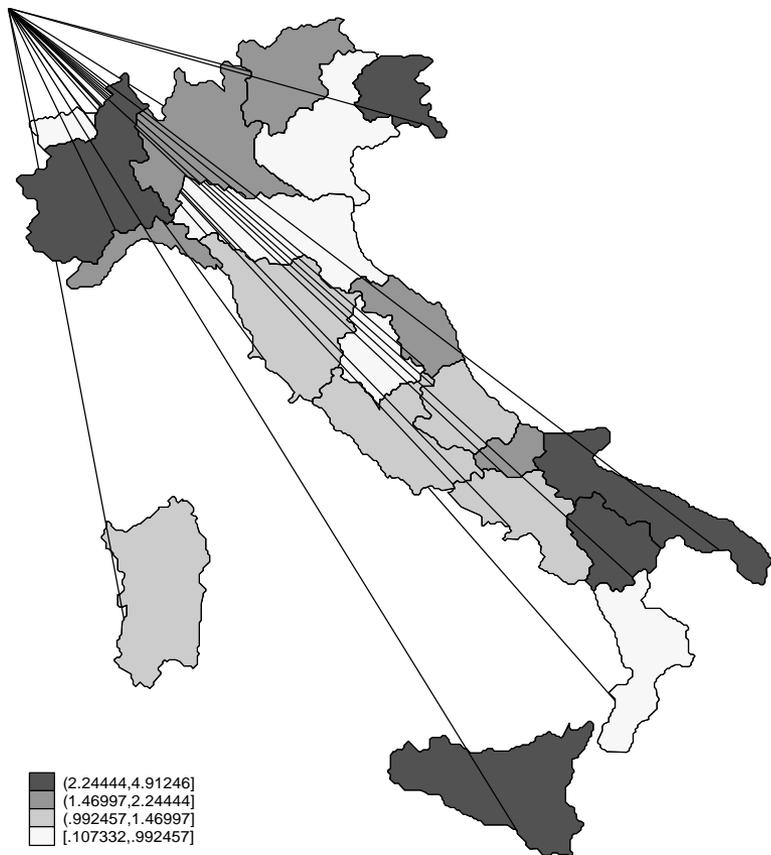


Rinuncia negli ultimi 12 mesi per motivi economici o per le liste di attesa lunghe

Fonte: Cislighi, Rosano et al 2017 su dati EU-SILC. In: Italia per l'equità nella Salute

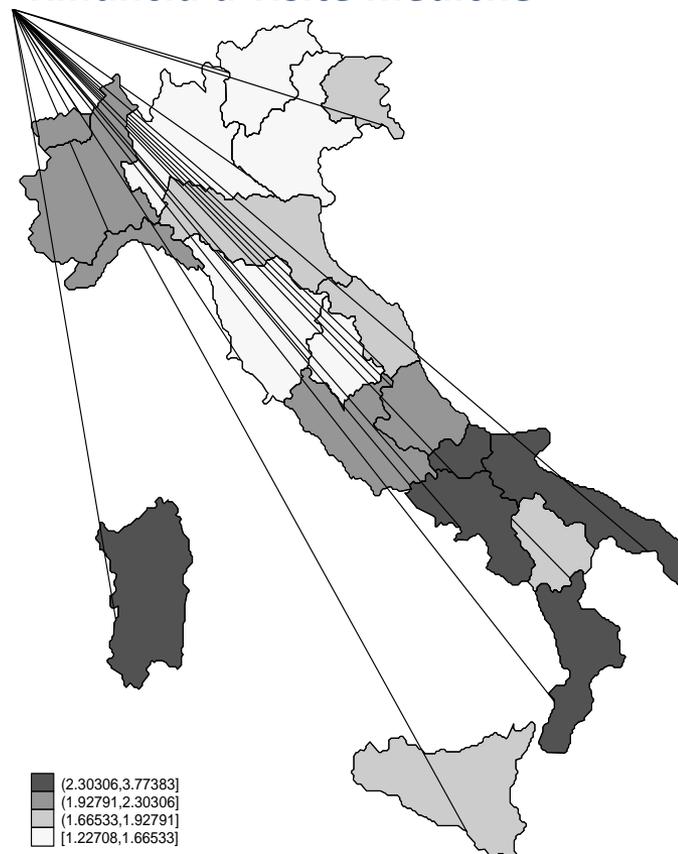
Mappe regionali dei rischi comparativi (OR) tra Lavoratori Precari e Lavoratori Stabili, aggiustati per sesso ed età. Anni 2012-2014

Percezione di cattivo stato di salute



OR medio nazionale: 1.40

Rinuncia a visite mediche



OR medio nazionale: 1.59

Fonte. Rosano A. Condizione di salute e accesso ai servizi sanitari dei lavoratori precari al tempo della crisi
Sociologia del lavoro. 2018

Proposte per la valutazione dell'equità nelle analisi costi-benefici

Le proposte di Agenas sui ticket

Evidenze: che il copayment serva per far aumentare l'appropriatezza è in illusione. è uno strumento necessario per far cassa ed è solo in quest'ottica che lo si deve valutare

Il problema: per “salvare” il SSN nelle sue dimensioni di universalità ed equità c'è spazio per evitare il copayment? Se sì, allora niente copayment che a nessuno piace ... altrimenti va ricercata la soluzione migliore per fare del copayment

Una proposta: Il sistema della franchigia su una quota dei prezzi/tariffe e con un tetto progressivo sul reddito è la soluzione che maggiormente rispetta l'equità d'accesso e che evita l'incentivo al ricorso al privato



Le analisi di Agenas sul riparto del FSN

Il criterio guida: Il criterio che in tutti i paesi con un sistema pubblico regionalizzato applicano per il riparto è quello **della stima dei bisogni** di ciascuna regione ed il riparto delle risorse segue la stessa proporzionalità.

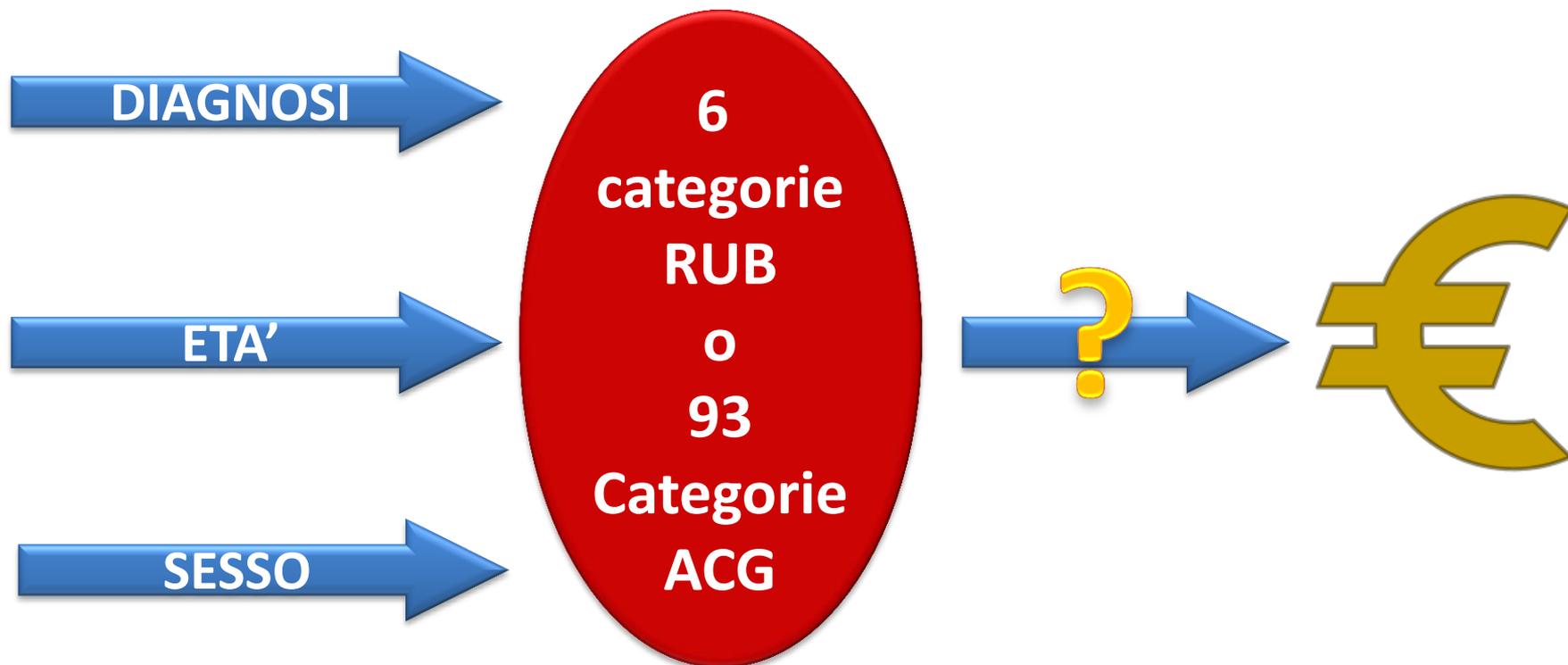
Il problema: La soluzione migliore per l'individuazione dei bisogni sarebbe quella di rilevare nelle singole Regioni l'intensità dei fattori di rischio e la prevalenza delle

Si stima che l'età riesca a spiegare almeno la metà della variabilità dei costi.

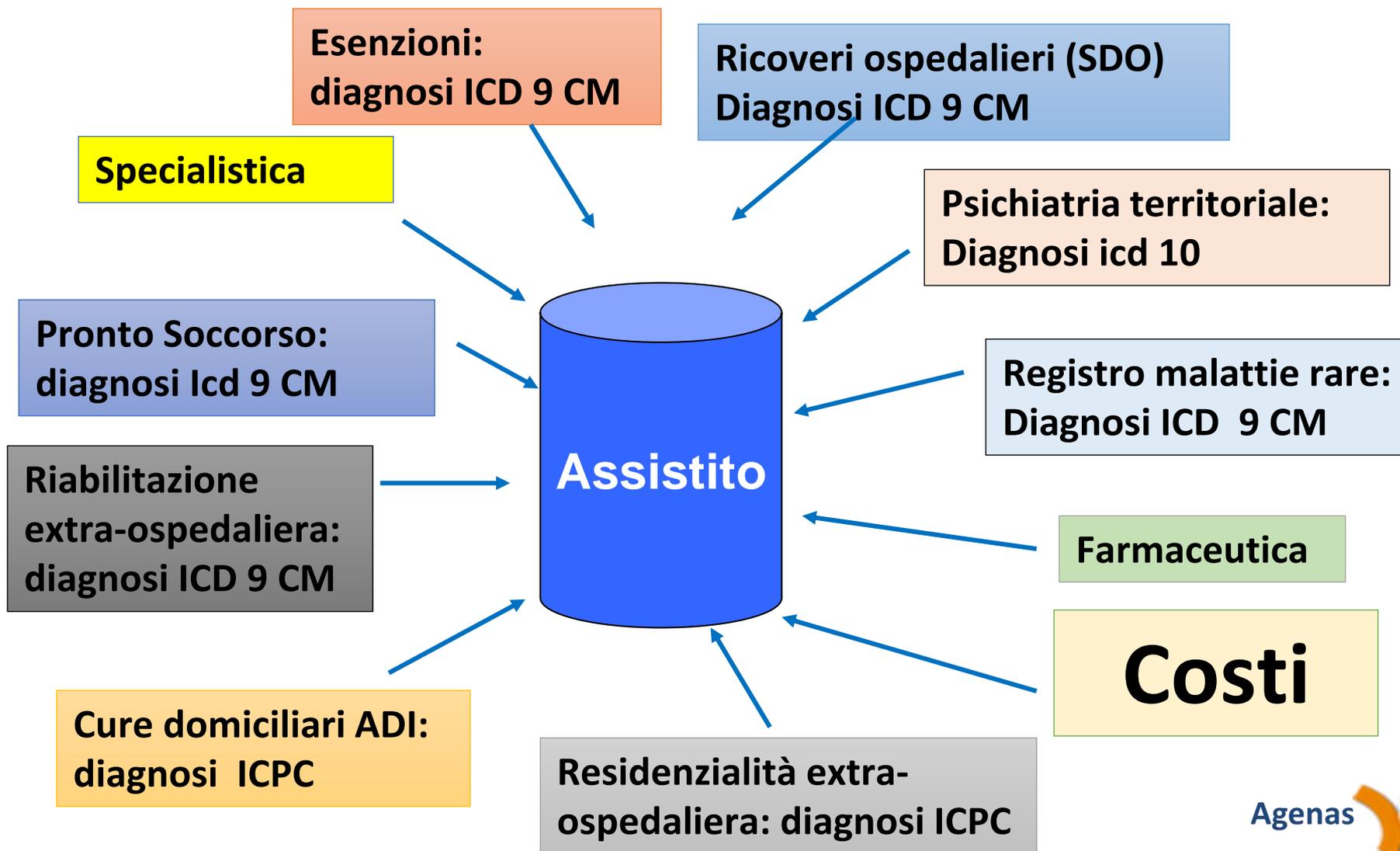
dei costi. Se l'età non spiega tutto si devono cercare delle altre proxy del bisogno sanitario e queste possono essere individuate ad esempio nelle **condizioni socio economiche della popolazione**, come viene fatto in alcuni paesi all'estero

*Fonte: Riflessione sui criteri da utilizzare per il riparto del fabbisogno sanitario.
A cura di C. Cislighi. Agenas. 2010*

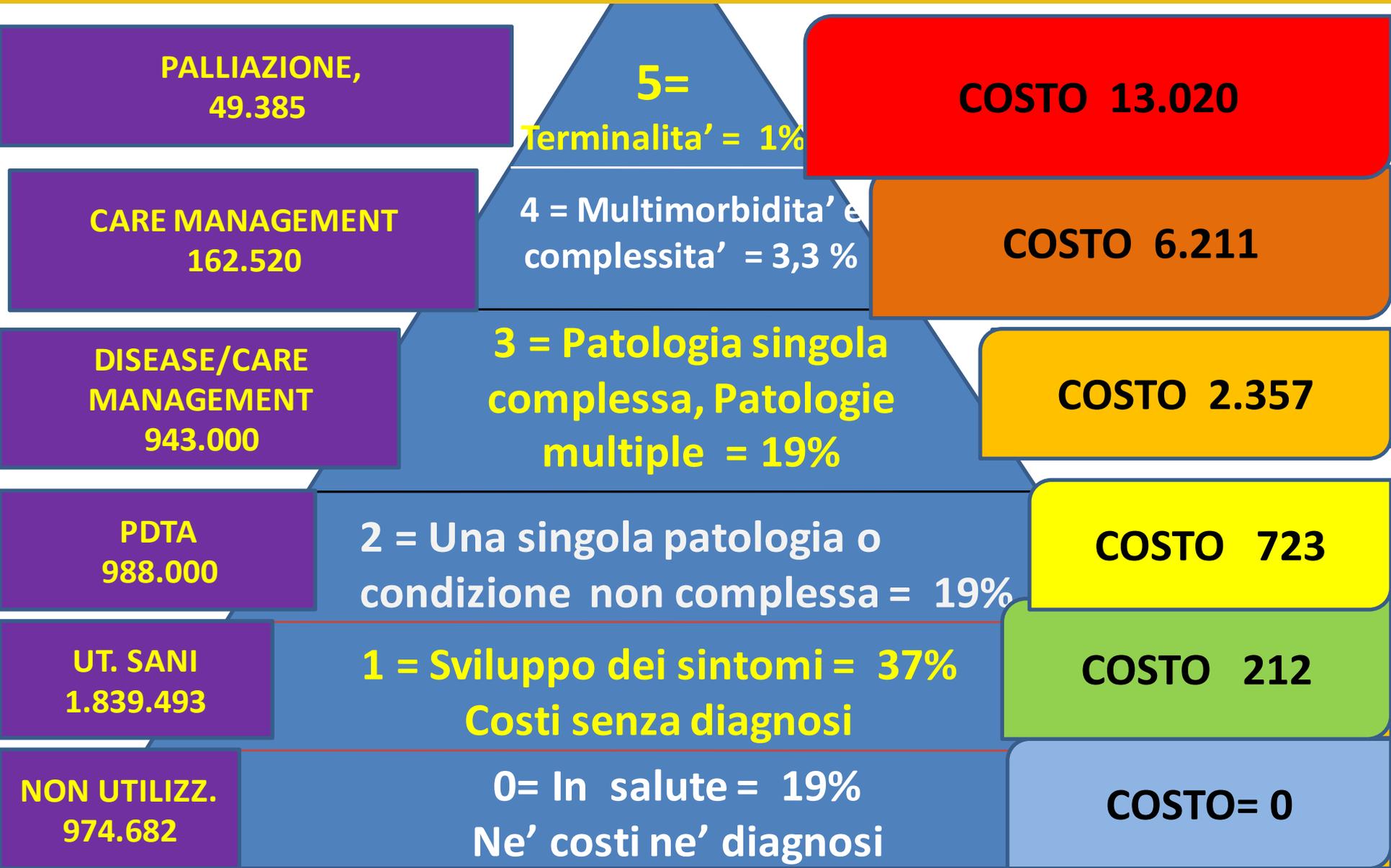
In quale misura la multi morbidità spiega la variabilità dei costi assistenziali?



Nel Sistema ACG l'unità di osservazione è l'ASSISTITO e uso le malattie e non le prestazioni per classificare



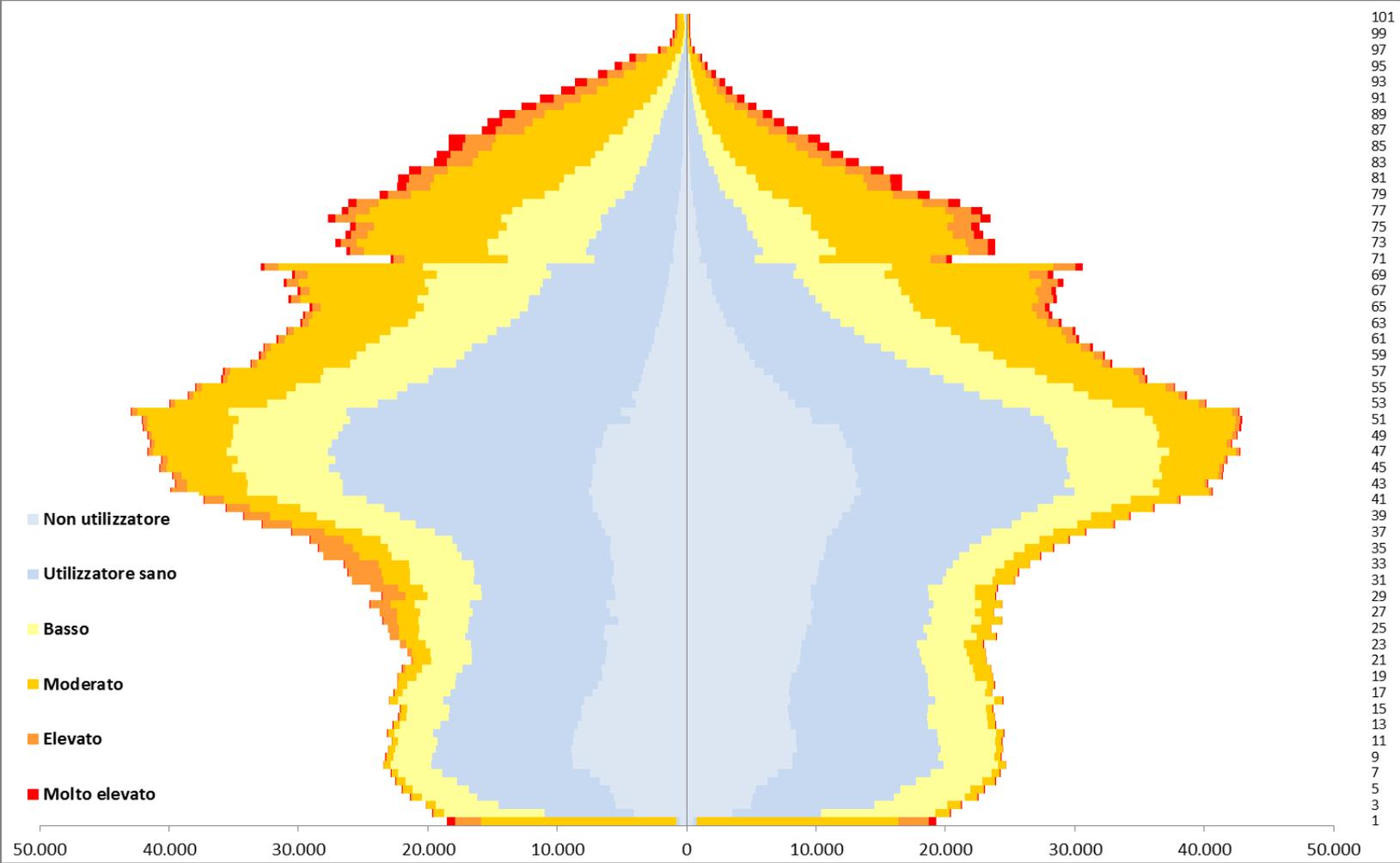
Stratificazione del rischio: 6 categorie di rischio (RUB)



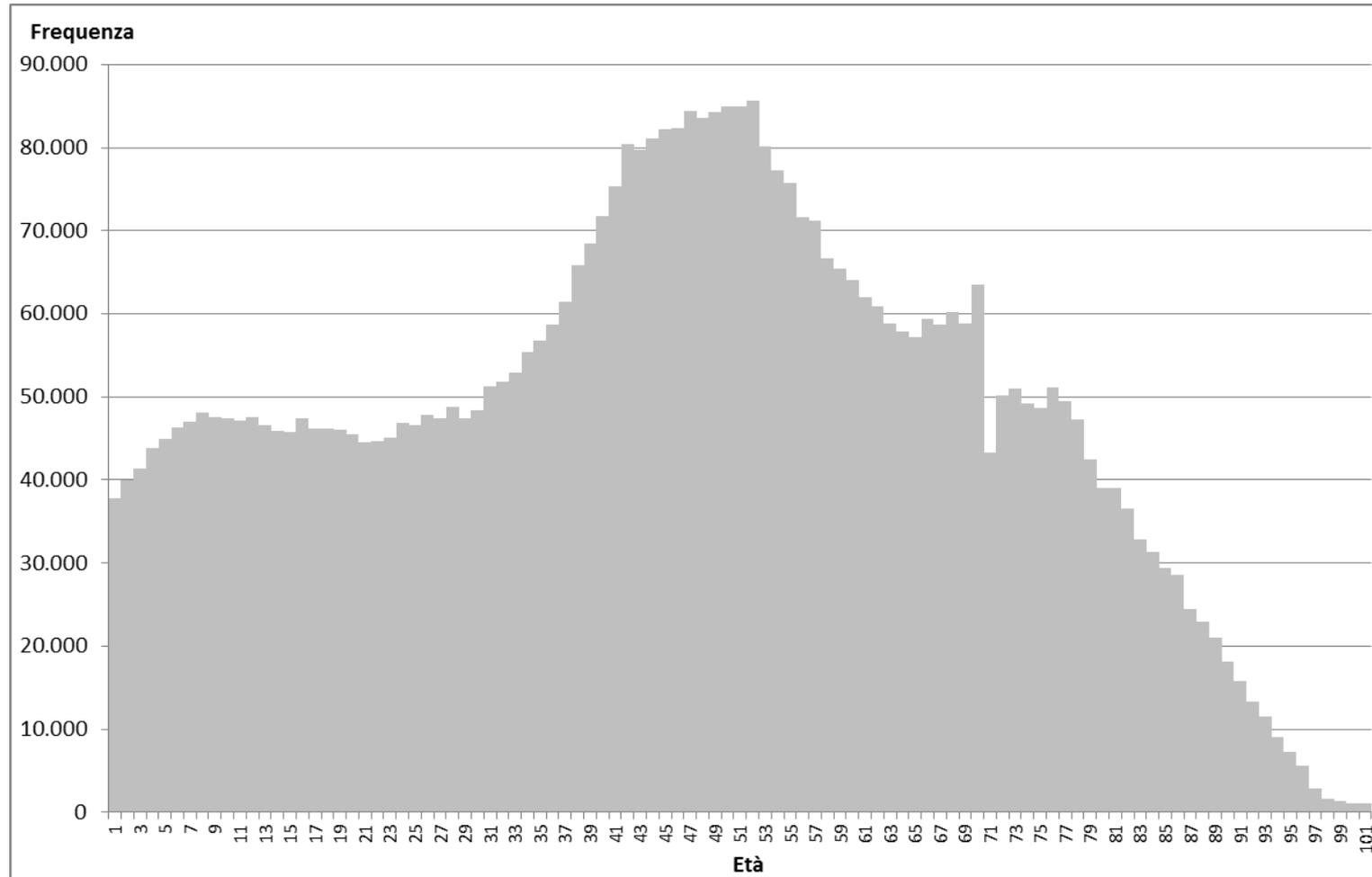
DALLA POPOLAZIONE (VENETO = 5 milioni)

ALL'USO DI RISORSE

Struttura per età, sesso e carico di malattia (RUB). Archivio ACG. Anno 2015. Regione Veneto

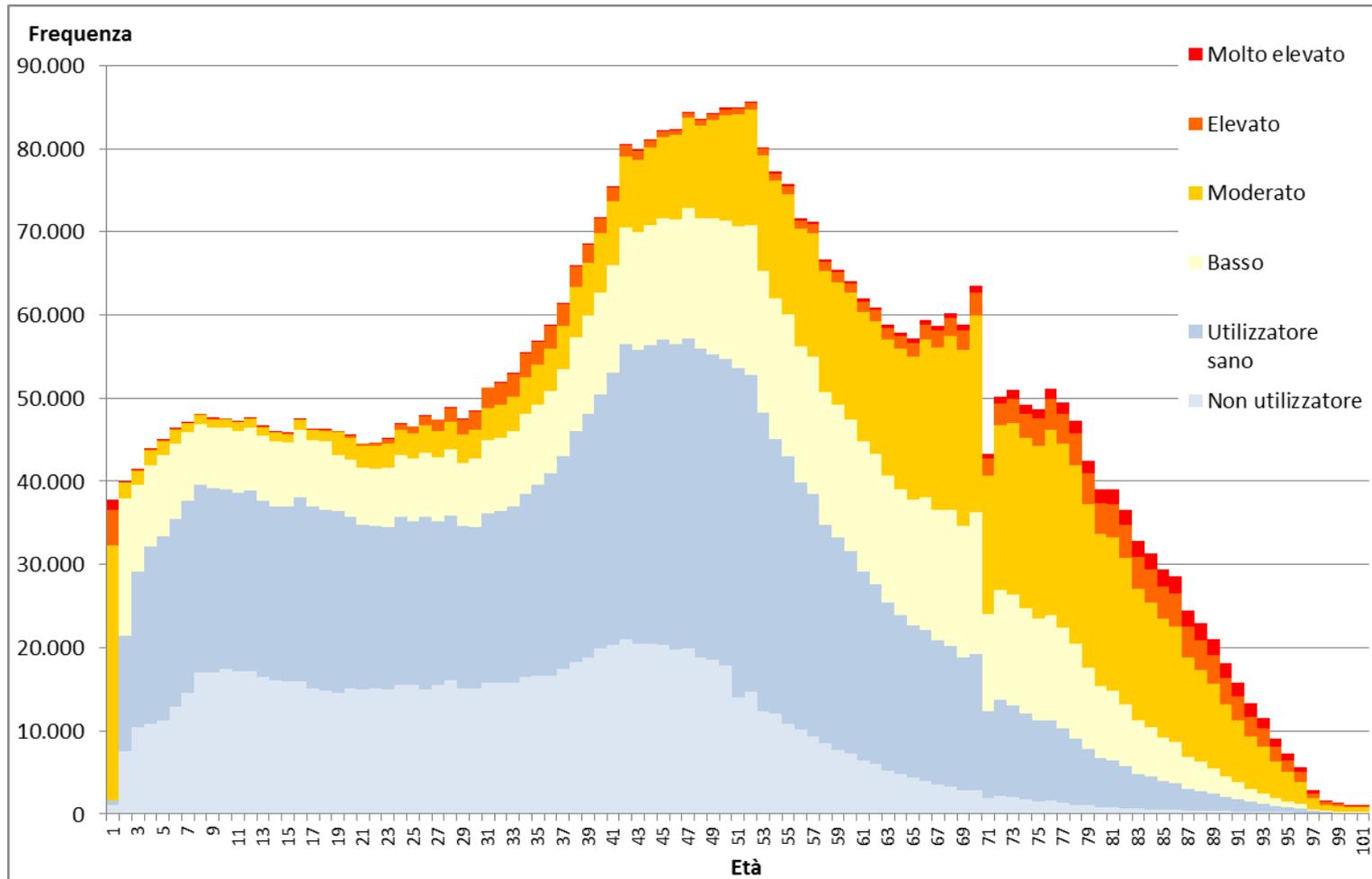


Distribuzione per età: nuova demografia Archivio ACG. Anno 2015. Regione Veneto

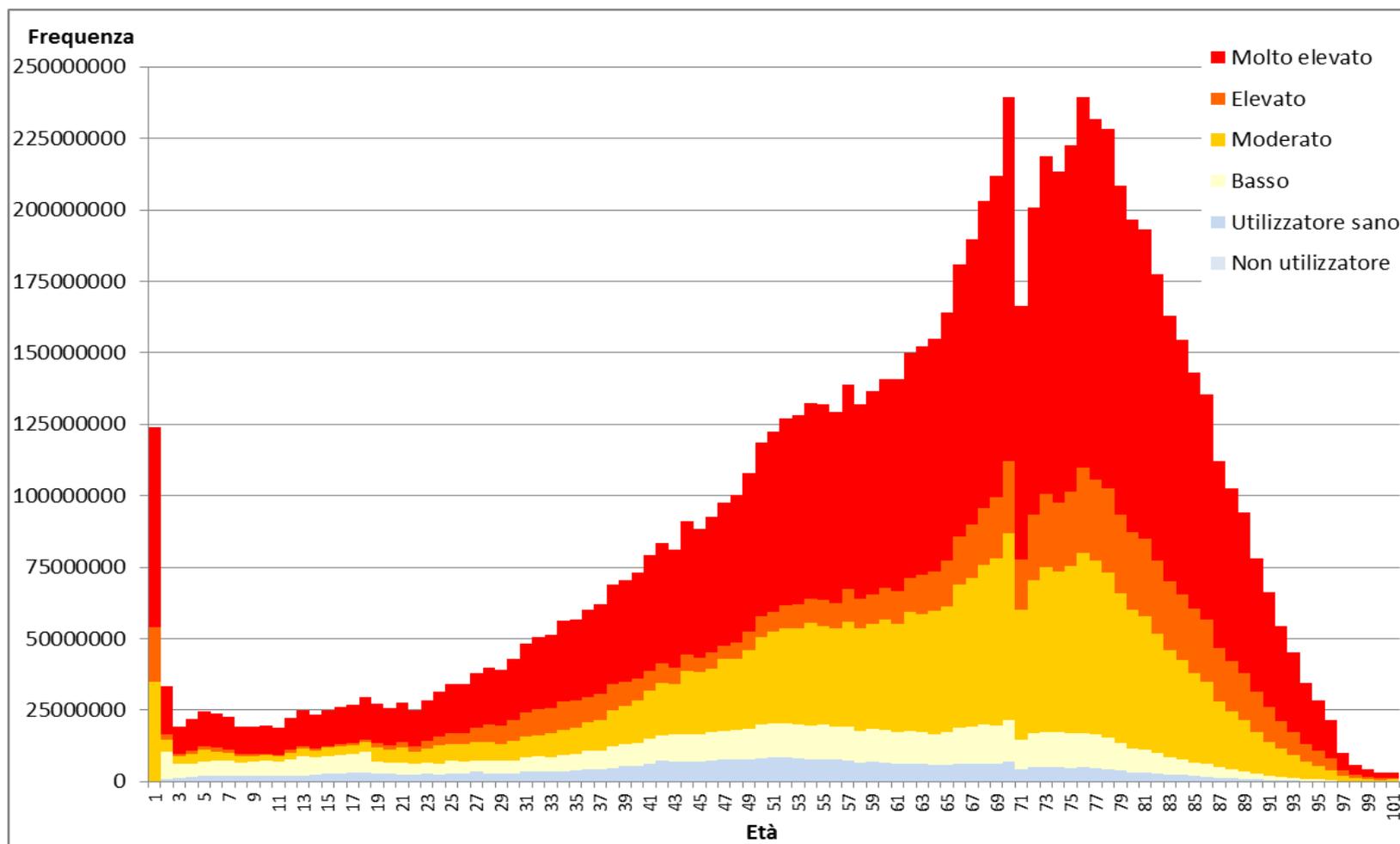


Distribuzione per età e carico di malattia (RUB)

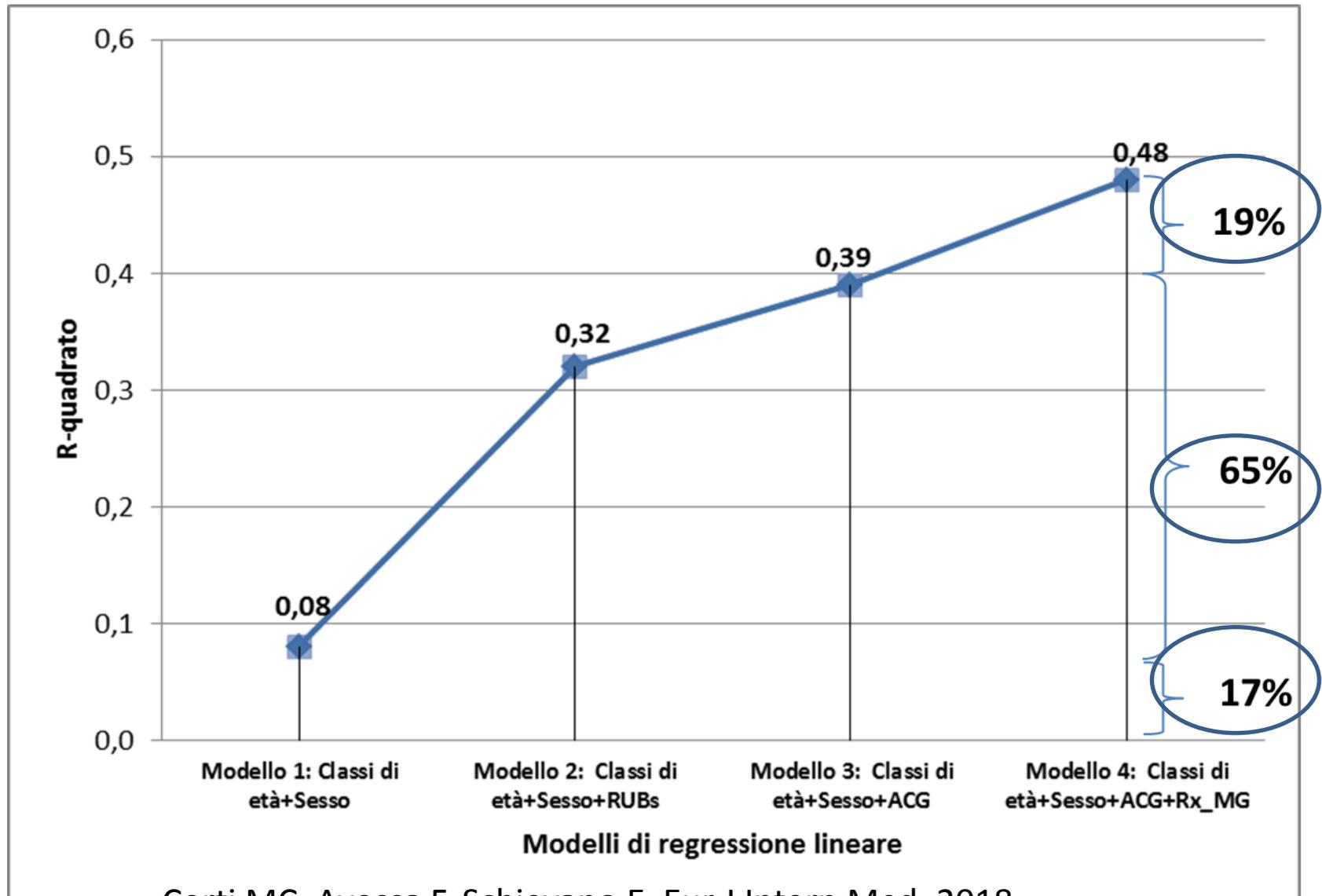
Archivio ACG. Anno 2015. Regione Veneto



Distribuzione del costo totale per età e carico di malattia (RUB). Archivio ACG. Anno 2015. Regione Veneto



% di varianza spiegata (R2) dei costi sanitari

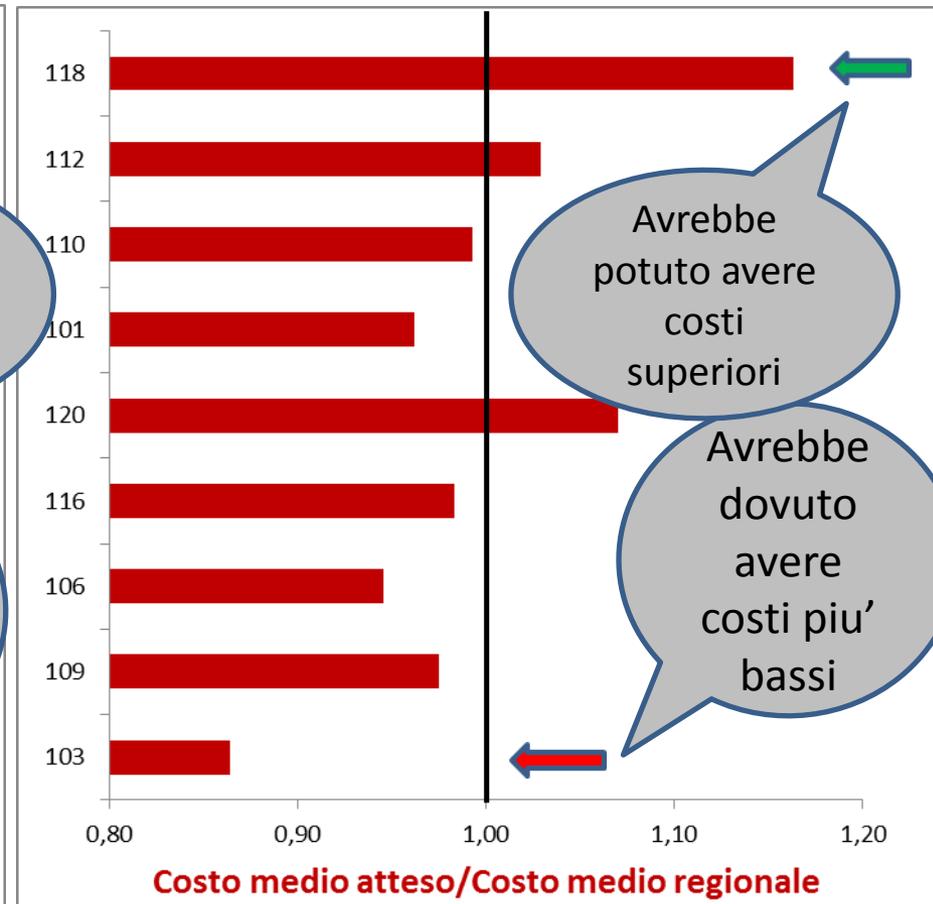
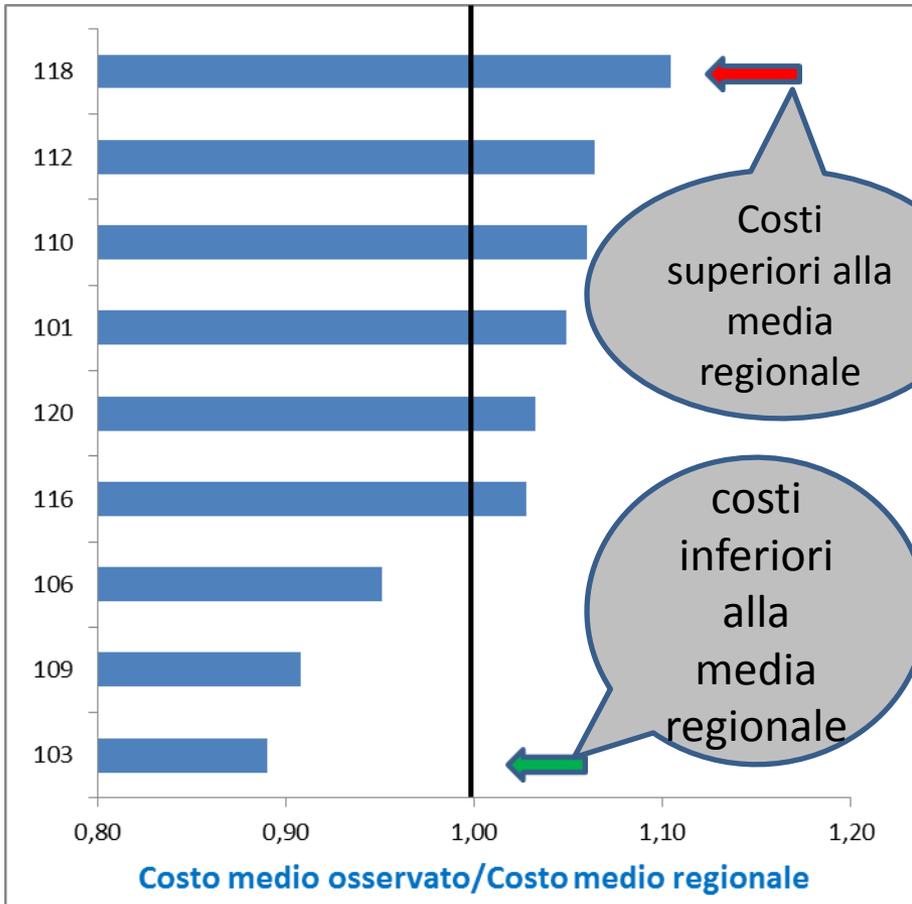


Corti MC, Avossa F, Schievano E, Eur J Intern Med. 2018

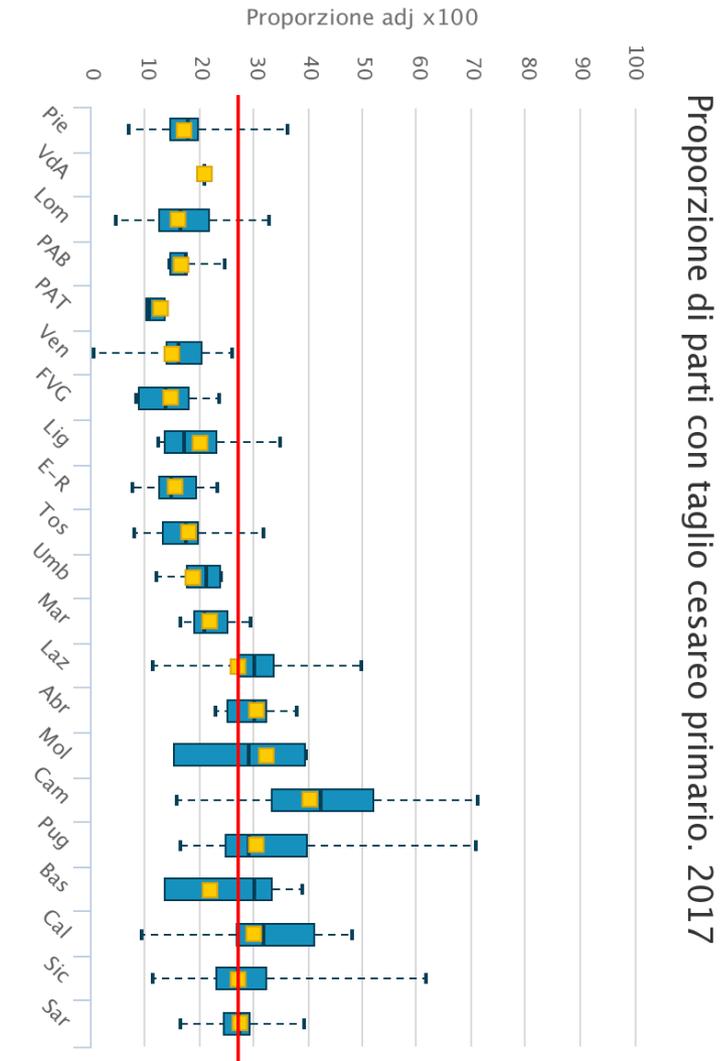
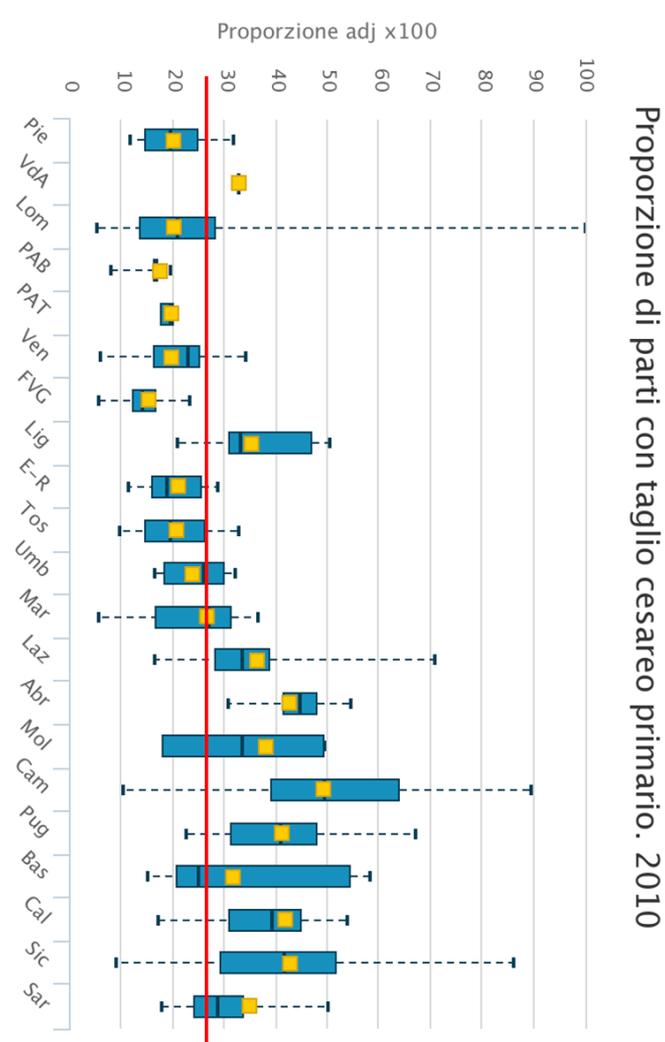
Misurare l'efficienza con ACG :

Costi medi osservati vs costi medi attesi = pesati per la multimorbilità

9 Aziende Ulss del Veneto. 2015



Le buone notizie : cesarei dal 30% al 23%



PNE : % di parti cesarei nel 2010 vs percentuale nel 2017

corti@agenas.it