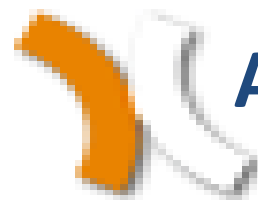


Disuguaglianze di salute: politiche sanitarie e non sanitarie.
Istituto Superiore di Sanità - 30 maggio 2019

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

Maria Chiara Corti



Agenas



Ministero della Salute

L'ITALIA per L'EQUITÀ nella SALUTE



agenas



Autori:

Coordinatore gruppo di lavoro: Giuseppe Costa per INMP

INMP

Giovanni Baglio
 Gianfranco Costanzo
 Anteo Di Napoli
 Raffaele Di Palma
 Erica Eugent
 Antonio Fortino
 Rosa Giuseppa Frazzica
 Alessio Petrelli

ISS

Maria Masocco
 Ornella Punzo
 Aldo Rosano
 Stefano Vella

AGENAS

Mario Braga
 Cesare Cislaght

AIFA

Pietro Erba
 Caterina Latronico

Revisione testi, editing e idea grafica: Stefano Scharoli (INMP)

Impaginazione e stampa: Eurolit Srl, Roma - Novembre 2017

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*

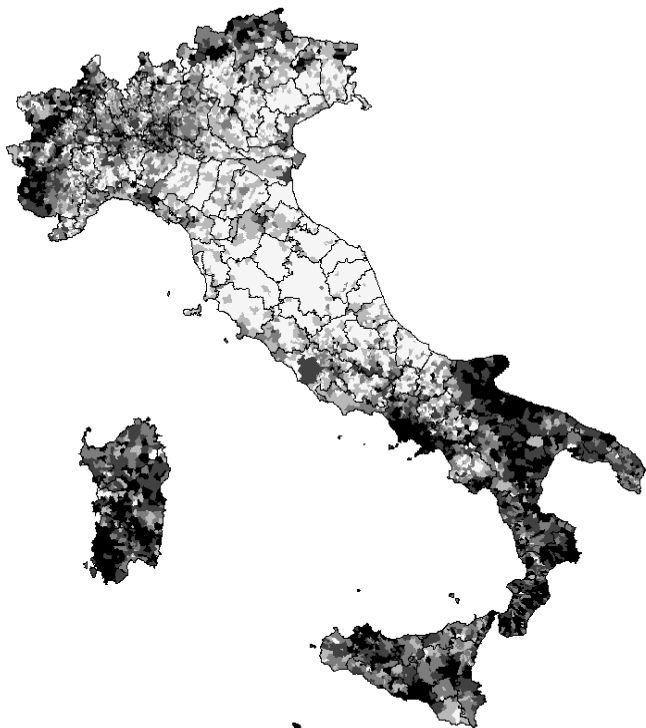
Proposte per la valutazione dell'equità nelle analisi costi-benefici:

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

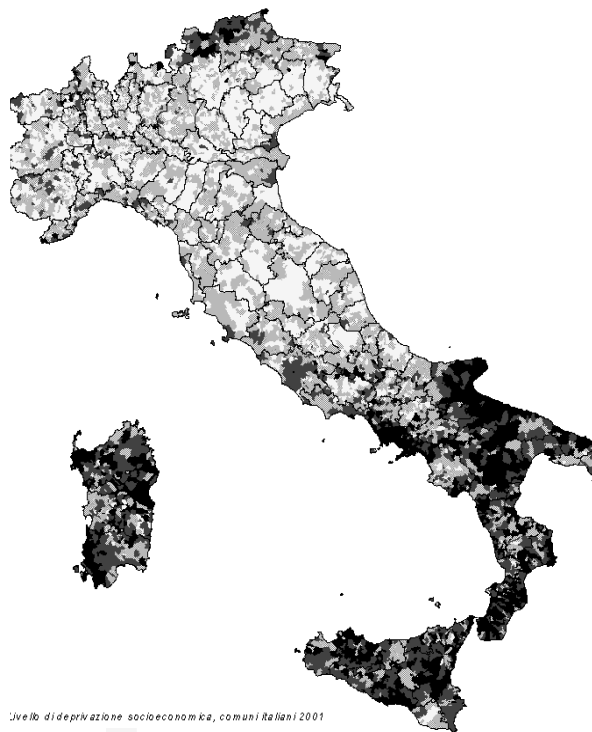
Elaborazioni metodologiche per creare indicatori di equità

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

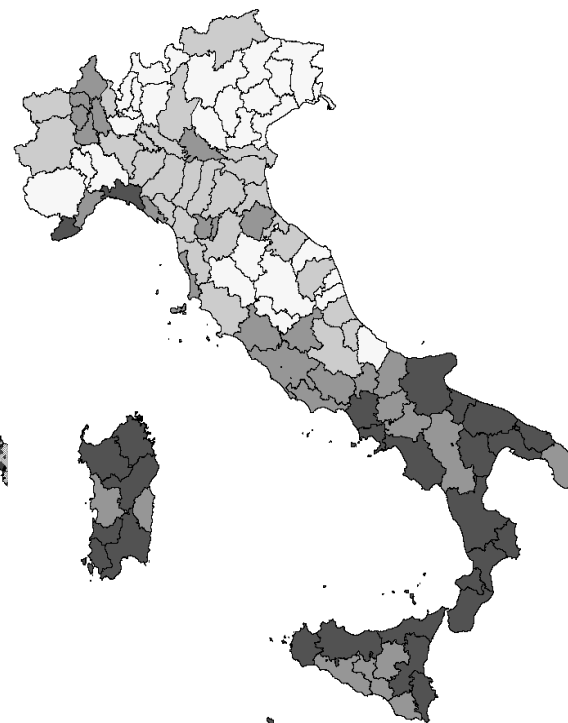
Indice di deprivazione: 1991



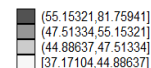
Indice di deprivazione: 2001



Indice di deprivazione: 2011

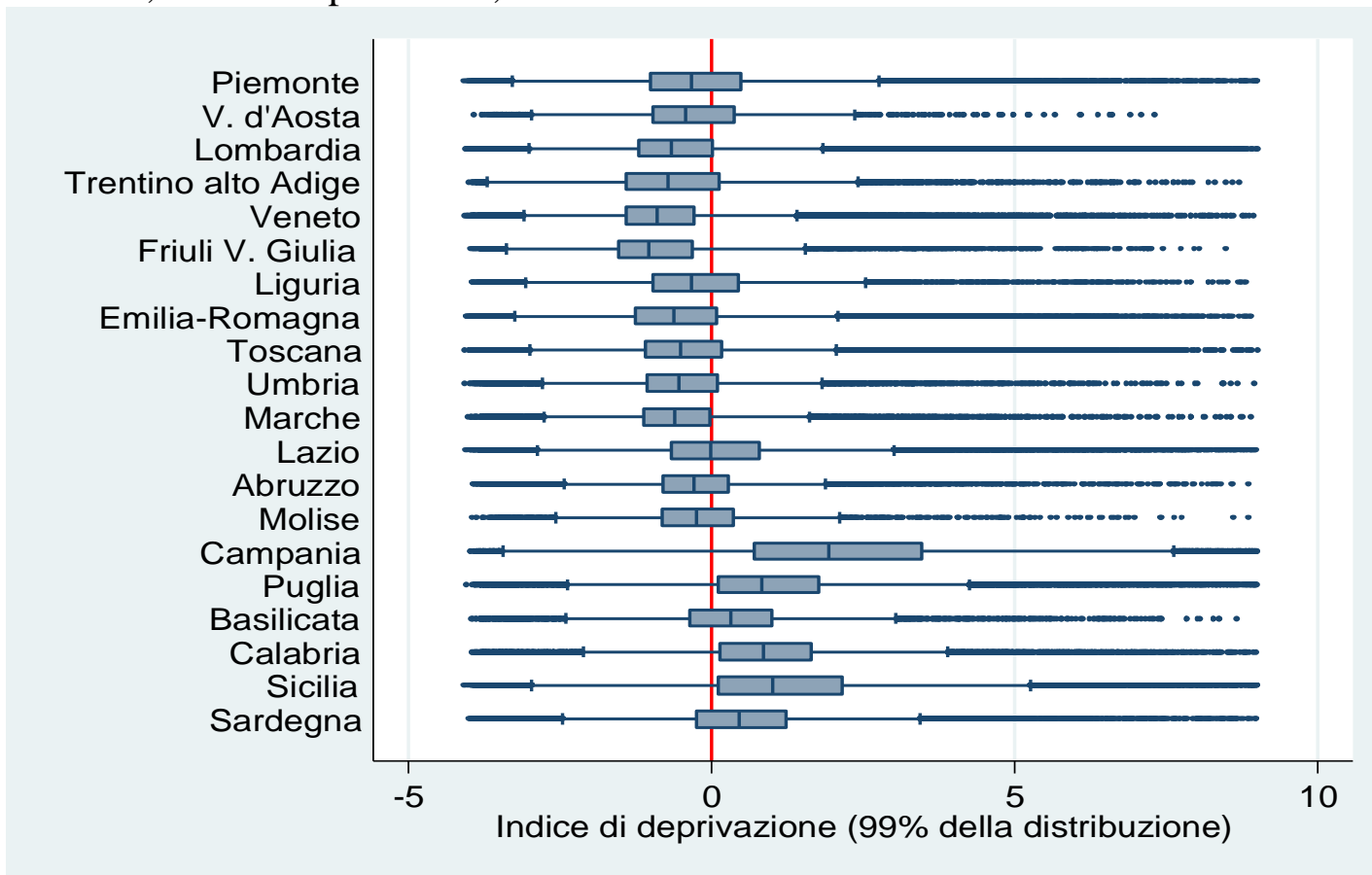


livello di deprivazione socioeconomica, comuni italiani 2001



Revisione dell'indice di deprivazione su dati del censimento 2011

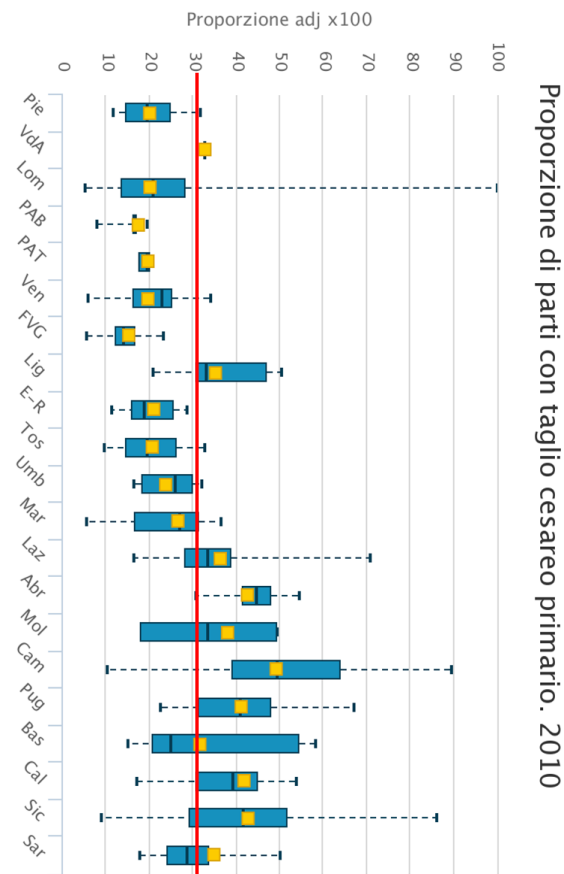
Distribuzione regionale dell'ID calcolato sulle sezioni di censimento: valori medi, 25° e 75° percentile, valori estremi



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.

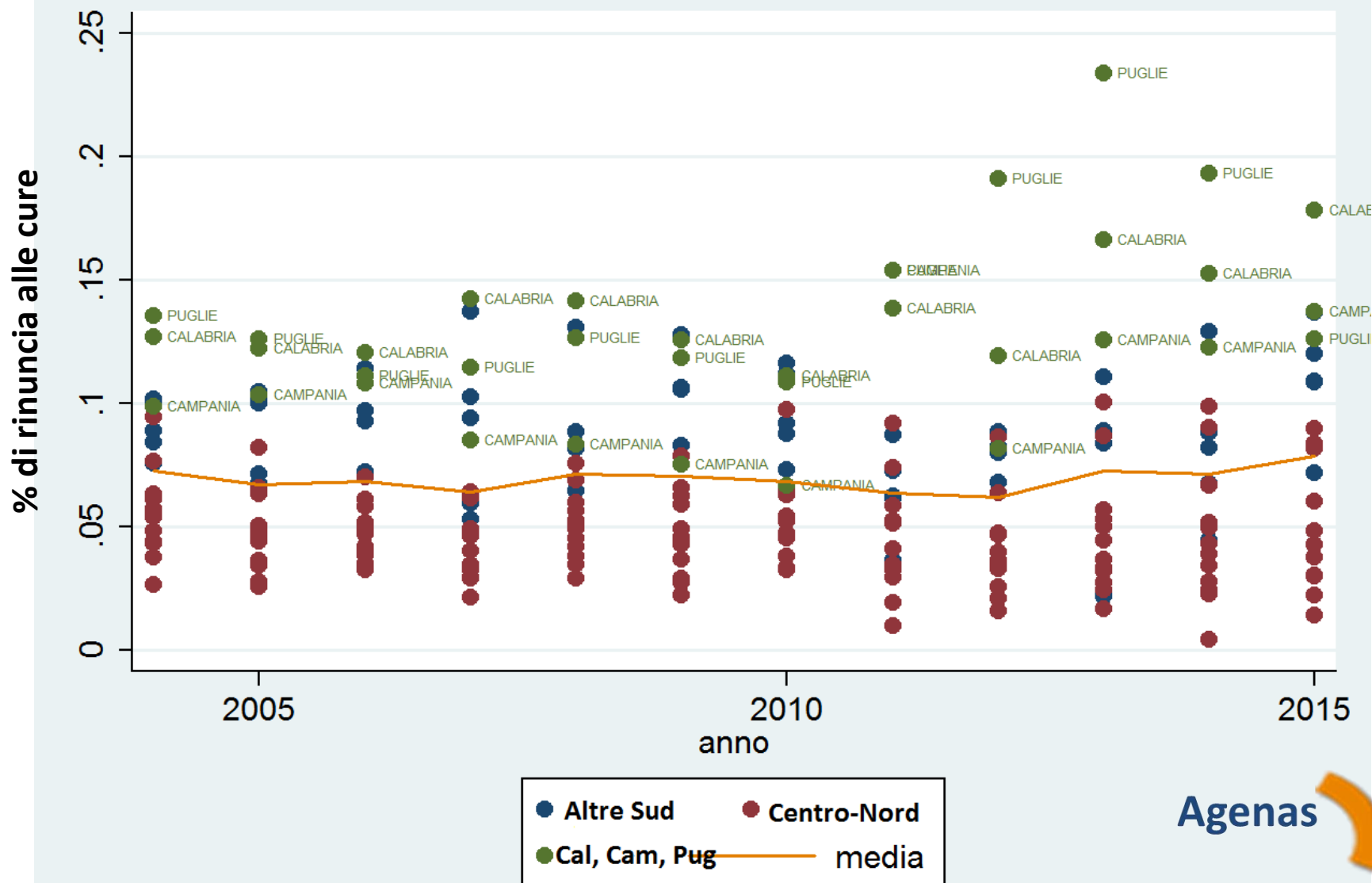
Indice di deprivazione nel 2011 vs % di parti cesarei nel 2010

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



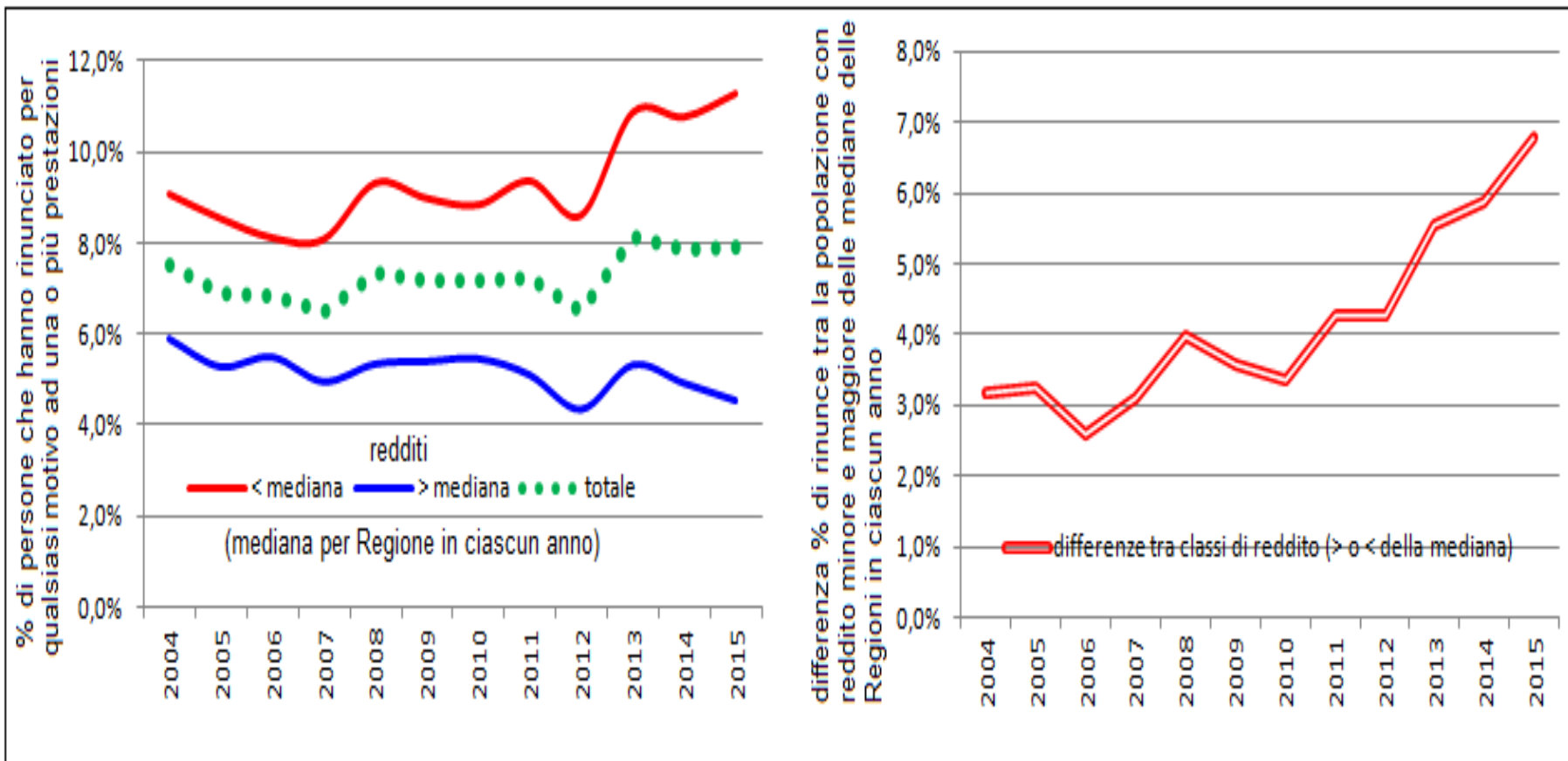
Studi sulle evidenze di disuguaglianze di salute

Quota di coloro che rinunciano alle cure nelle regioni italiane.



Agenas

Rinuncia alle cure e classi di reddito

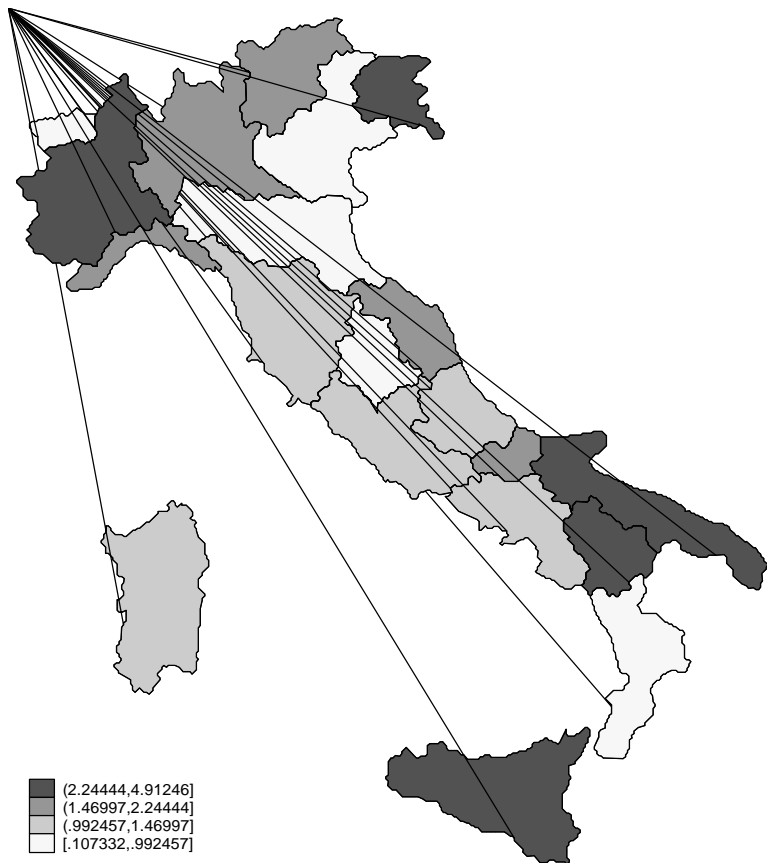


Rinuncia negli ultimi 12 mesi per motivi economici o per le liste di attesa lunghe

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

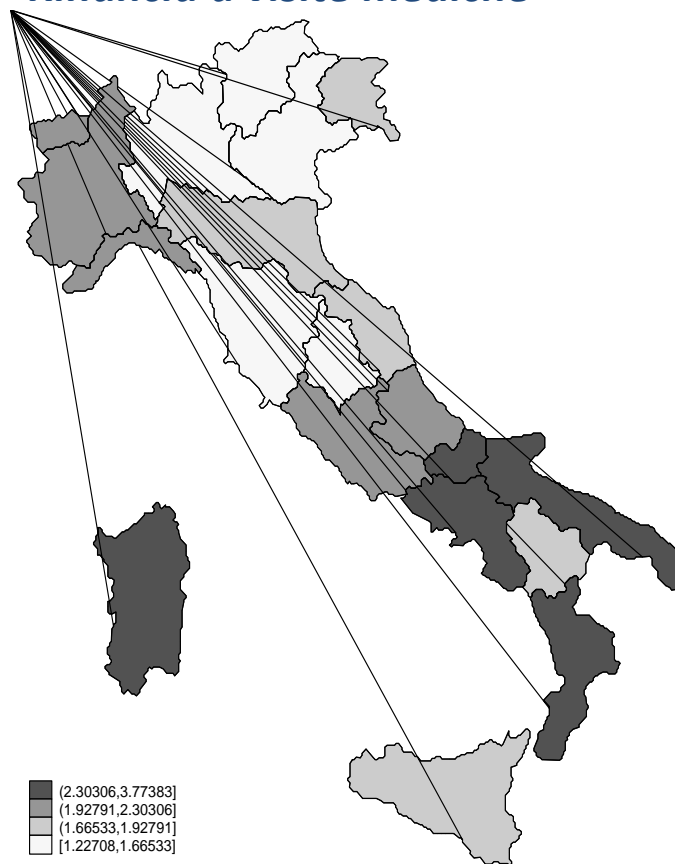
Mappe regionali dei rischi comparativi (OR) tra Lavoratori Precari e Lavoratori Stabili, aggiustati per sesso ed età. Anni 2012-2014

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.

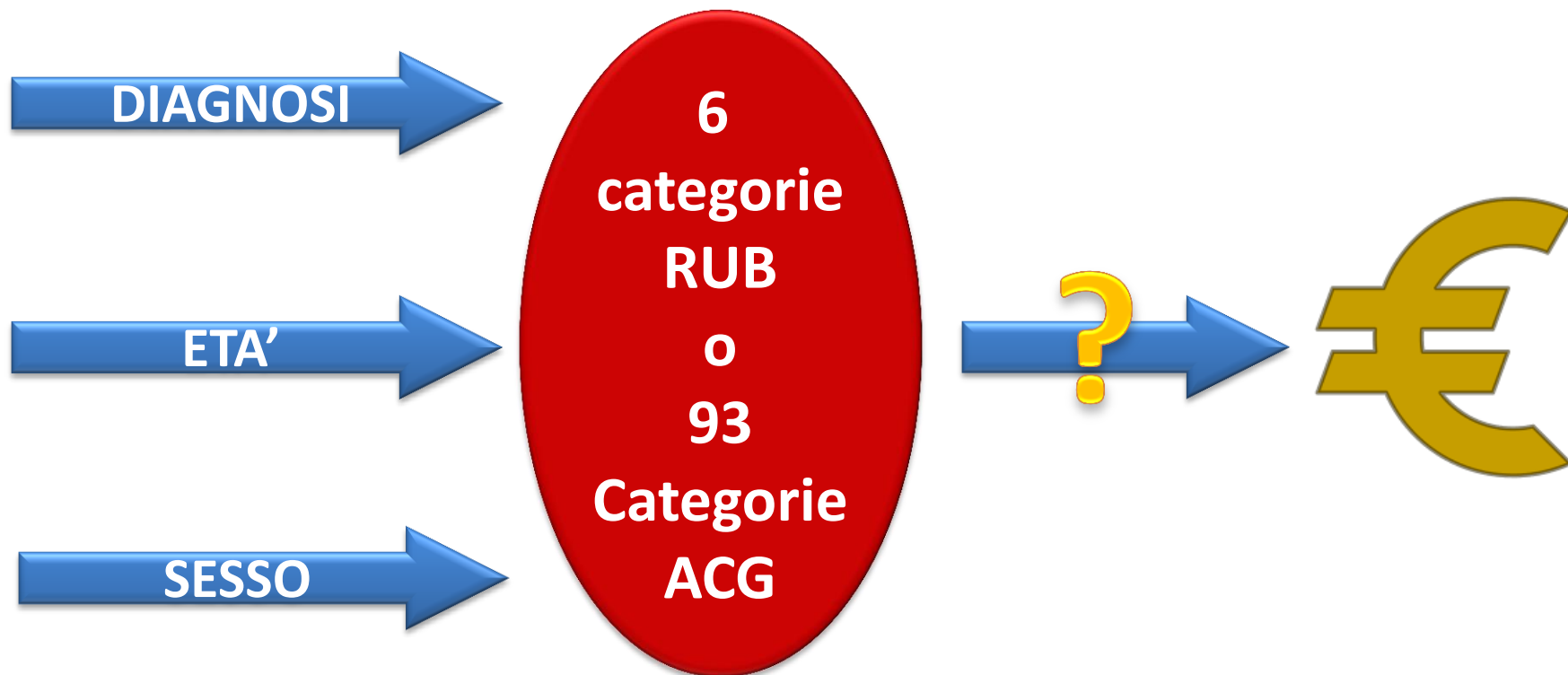
Il problema: La soluzione migliore per l'individuazione dei bisogni sarebbe quella di rilevare nelle singole Regioni l'intensità dei fattori di rischio e la prevalenza delle

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

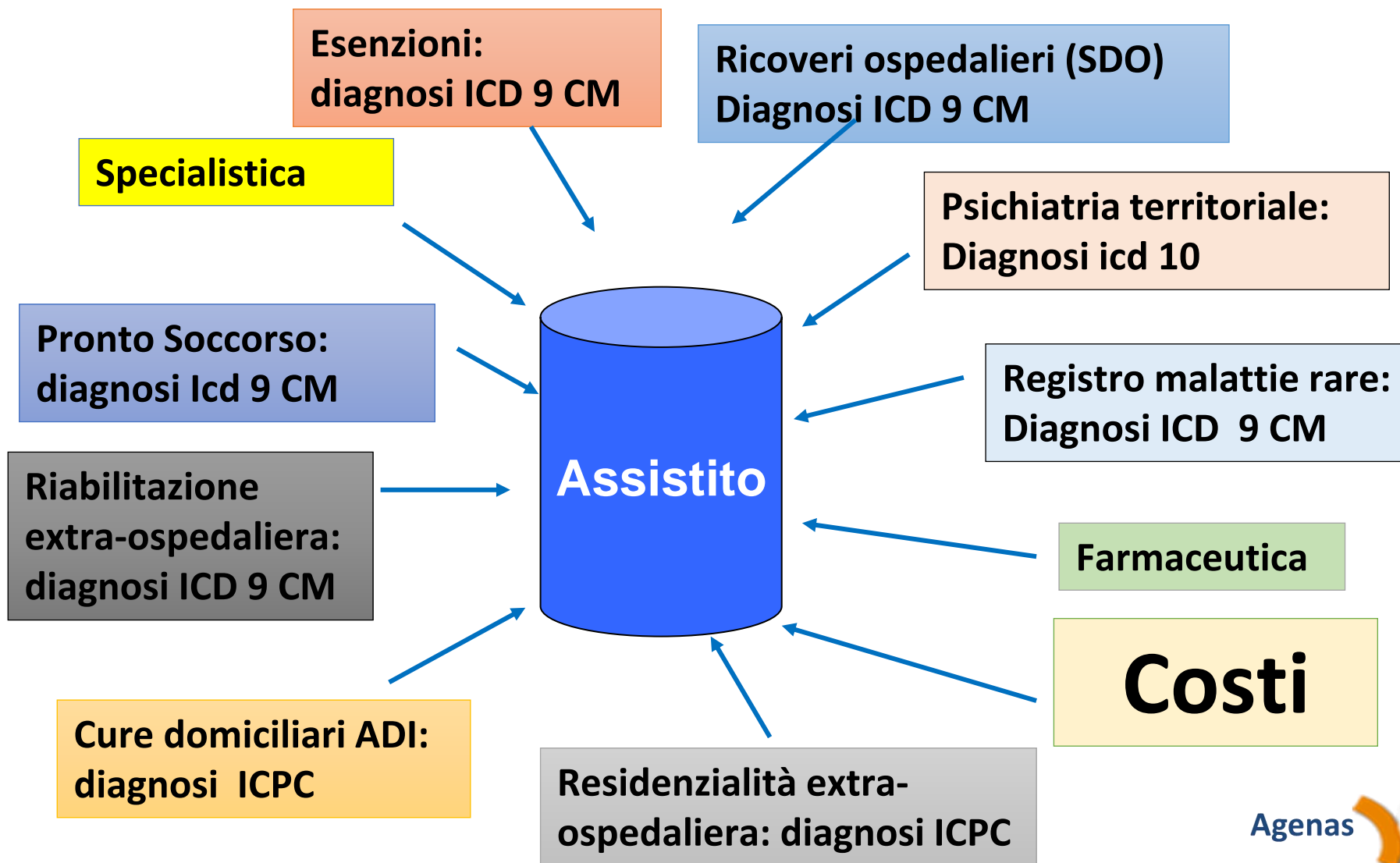
dei costi. Se l'età non spiega tutto si devono cercare delle altre proxy del bisogno sanitario e queste possono esser individuate ad esempio nelle **condizioni socio economiche della popolazione**, come viene fatto in alcuni paesi all'estero

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

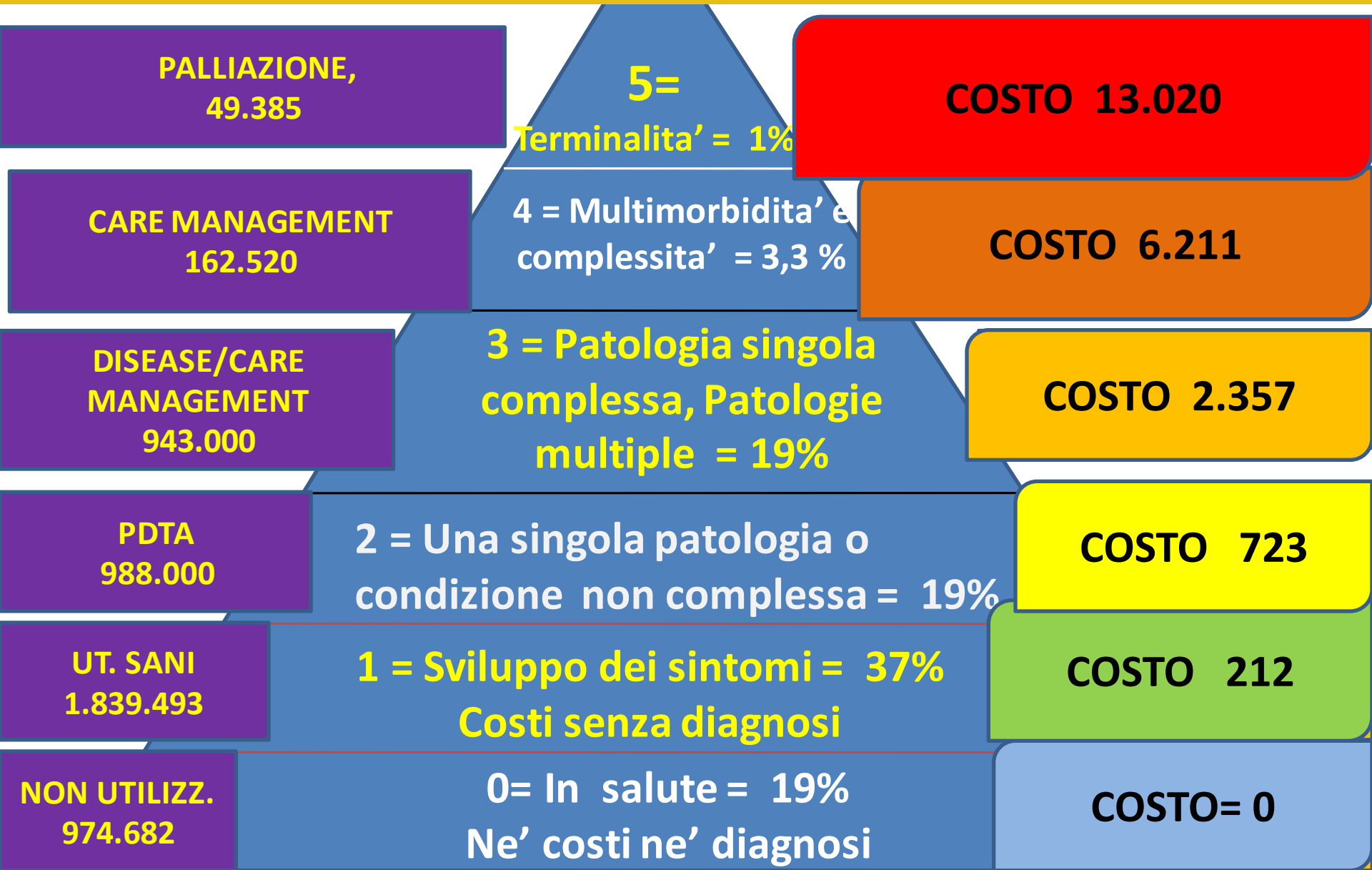
In quale misura la multi morbidità spiega la variabilità dei costi assistenziali?



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



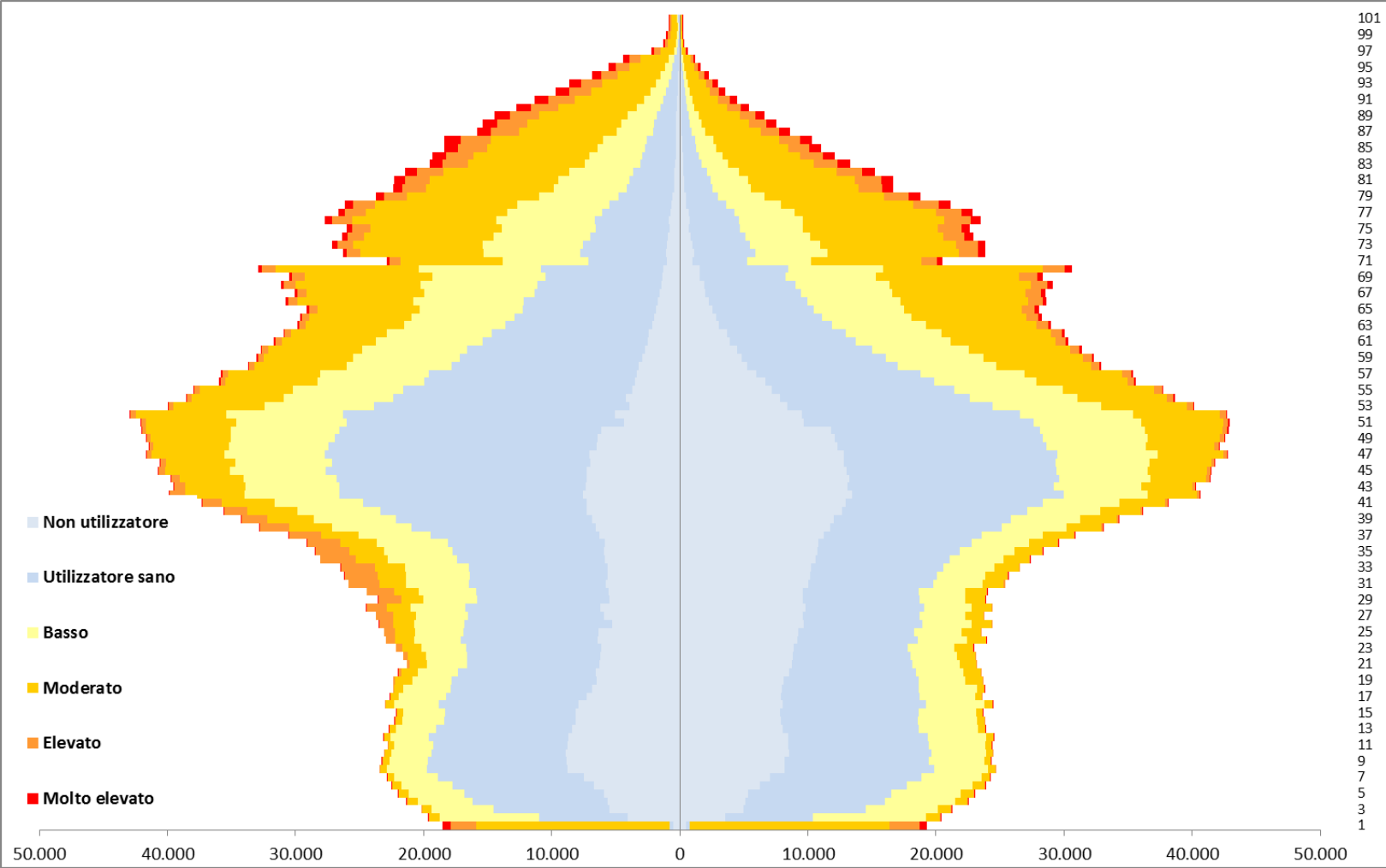
Stratificazione del rischio: 6 categorie di rischio (RUB)



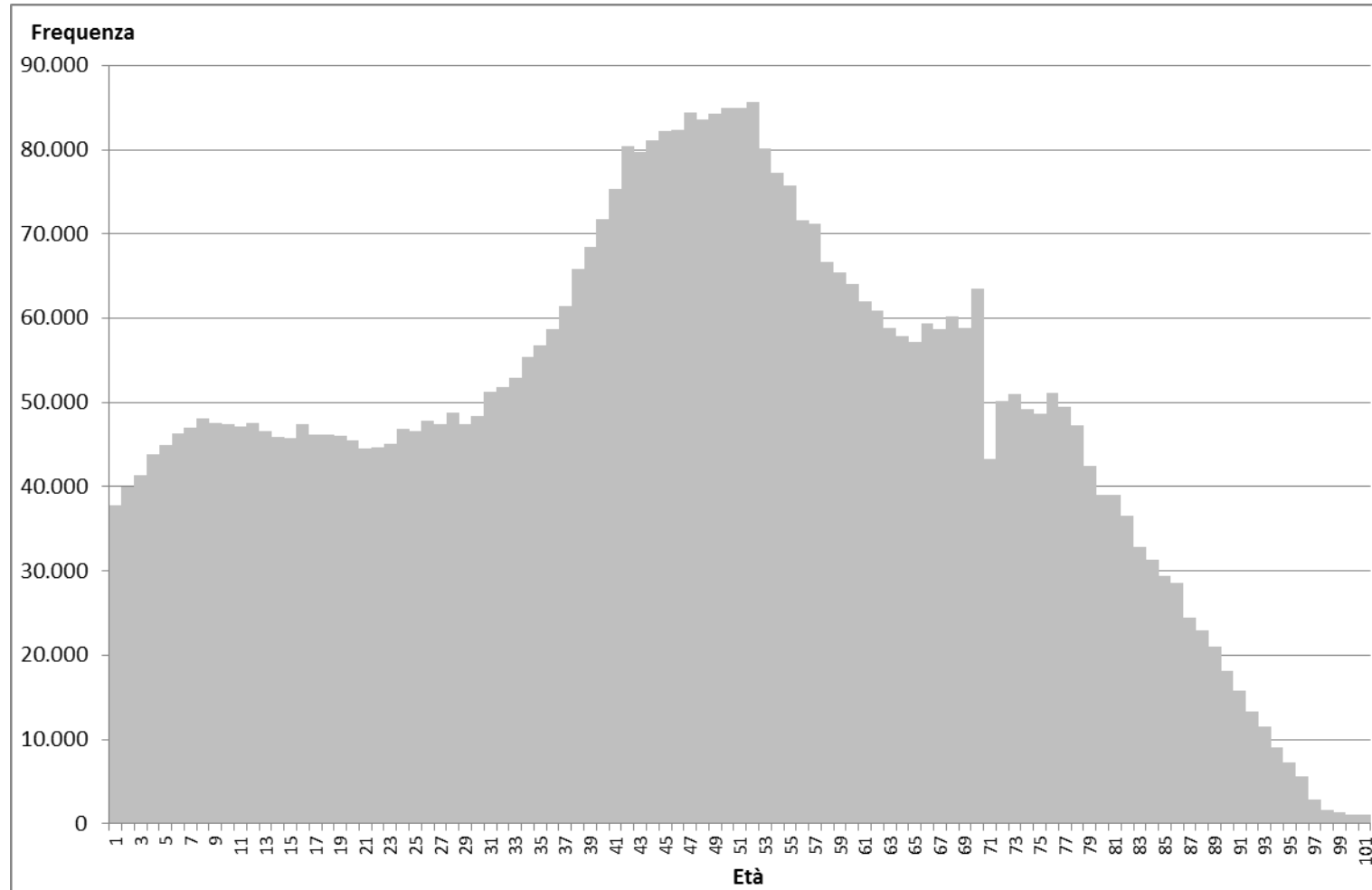
DALLA POPOLAZIONE (VENETO = 5 milioni)

ALL'USO DI RISORSE

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

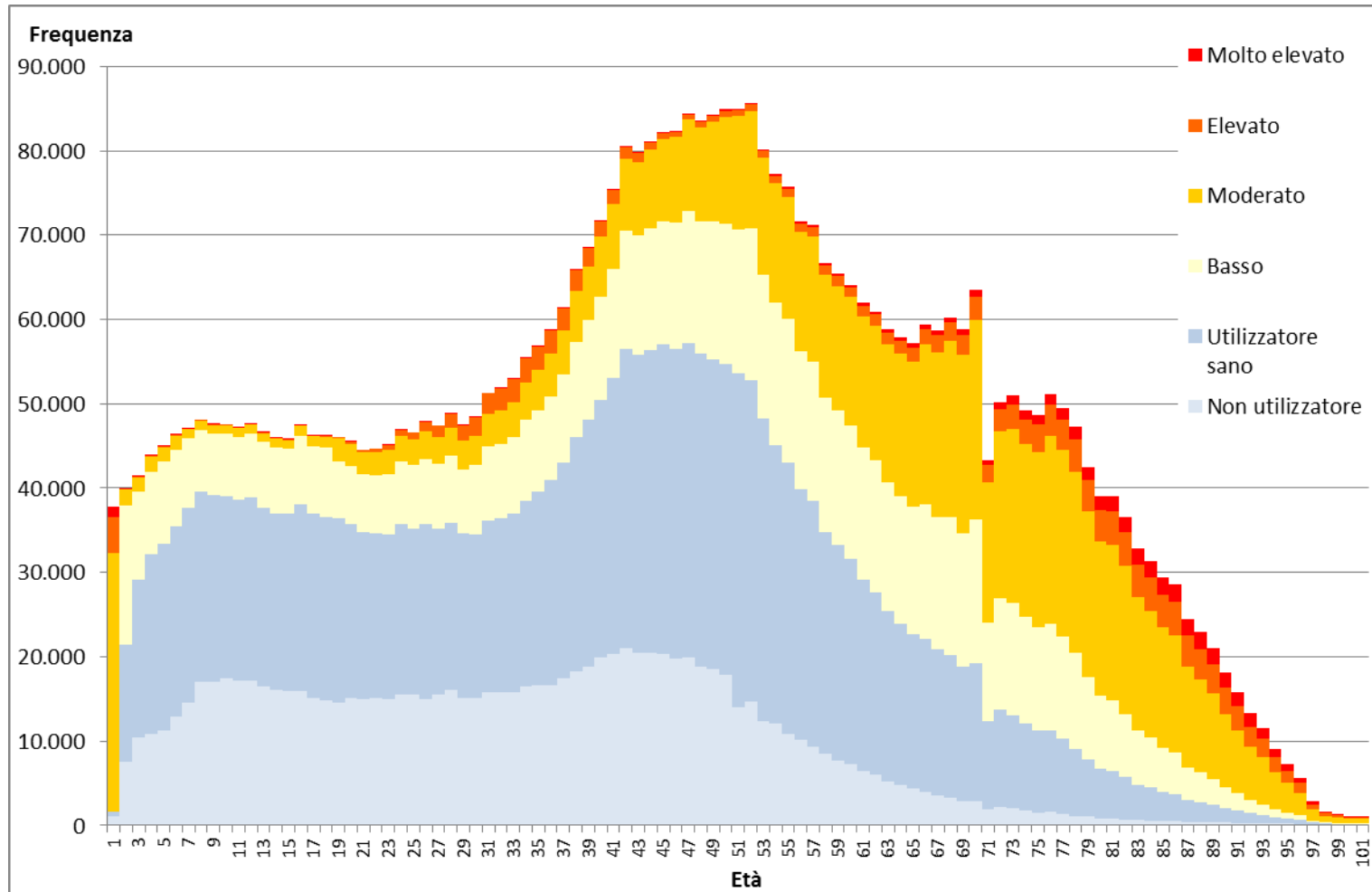


Distribuzione per età: nuova demografia Archivio ACG. Anno 2015. Regione Veneto

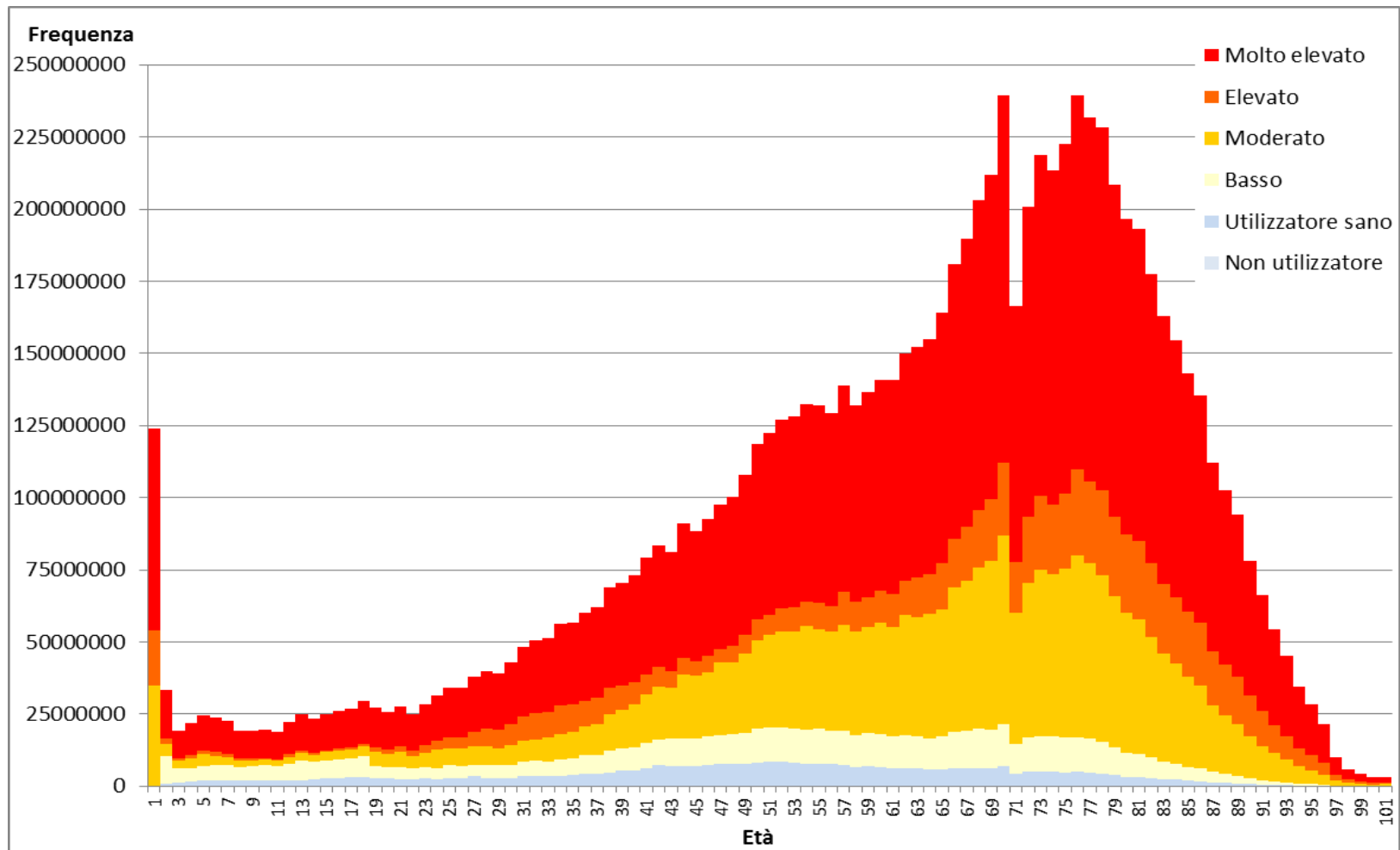


Distribuzione per età e carico di malattia (RUB)

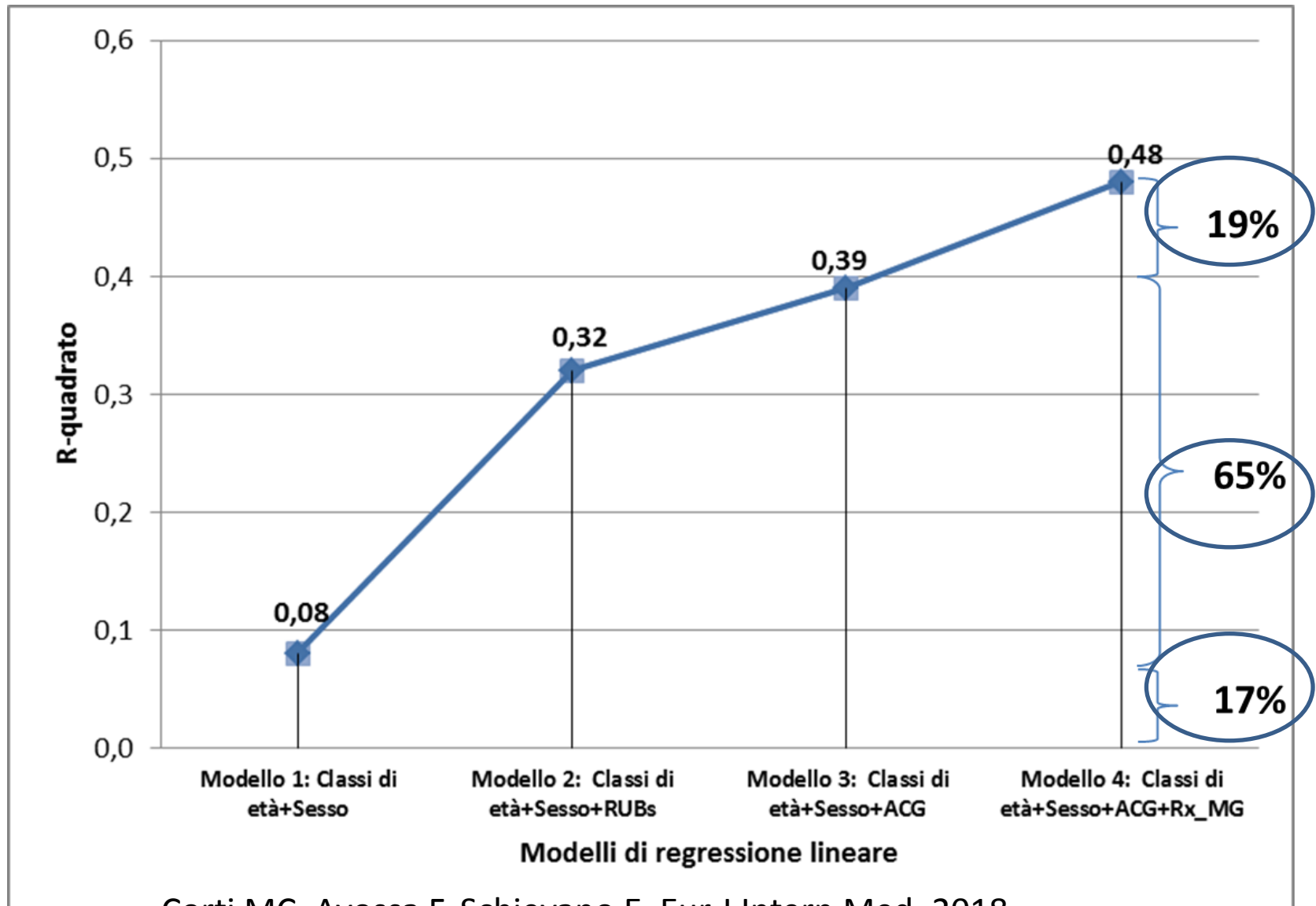
Archivio ACG. Anno 2015. Regione Veneto



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

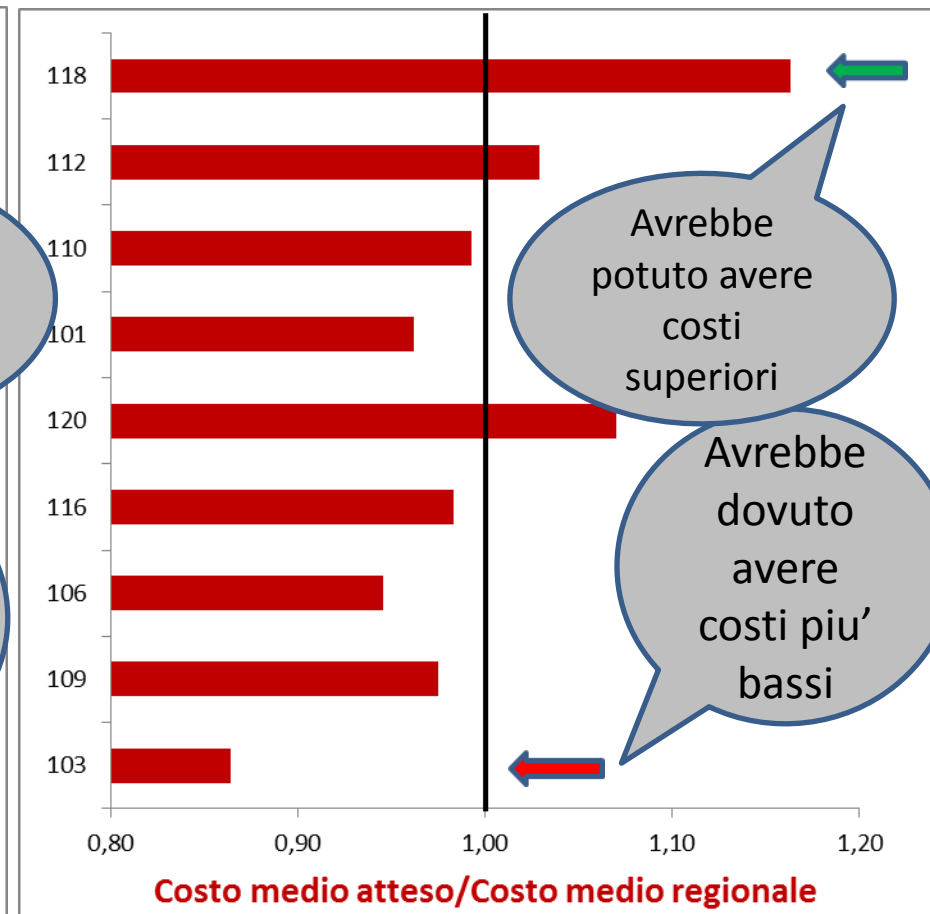
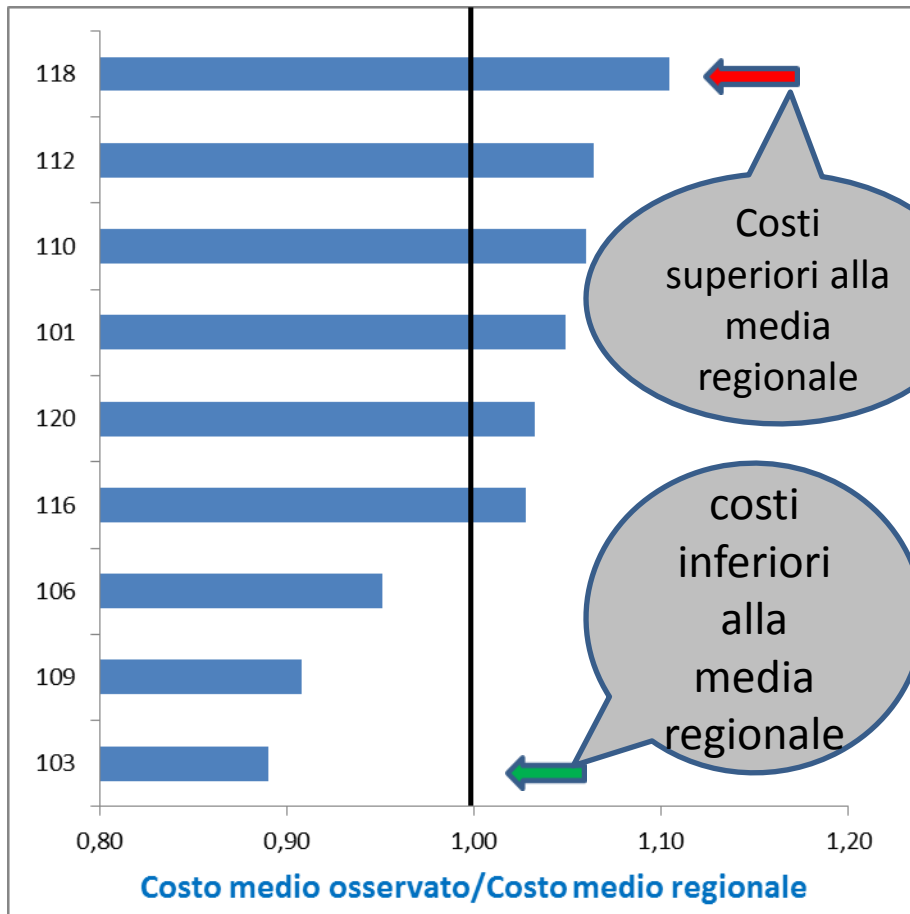


% di varianza spiegata (R2) dei costi sanitari

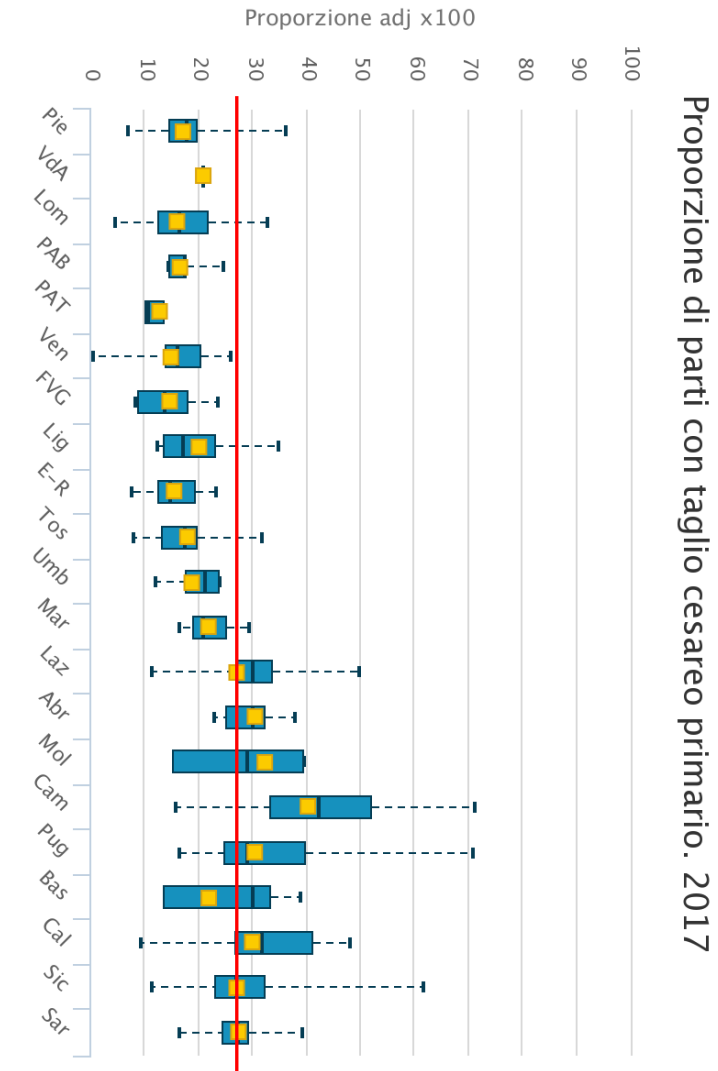
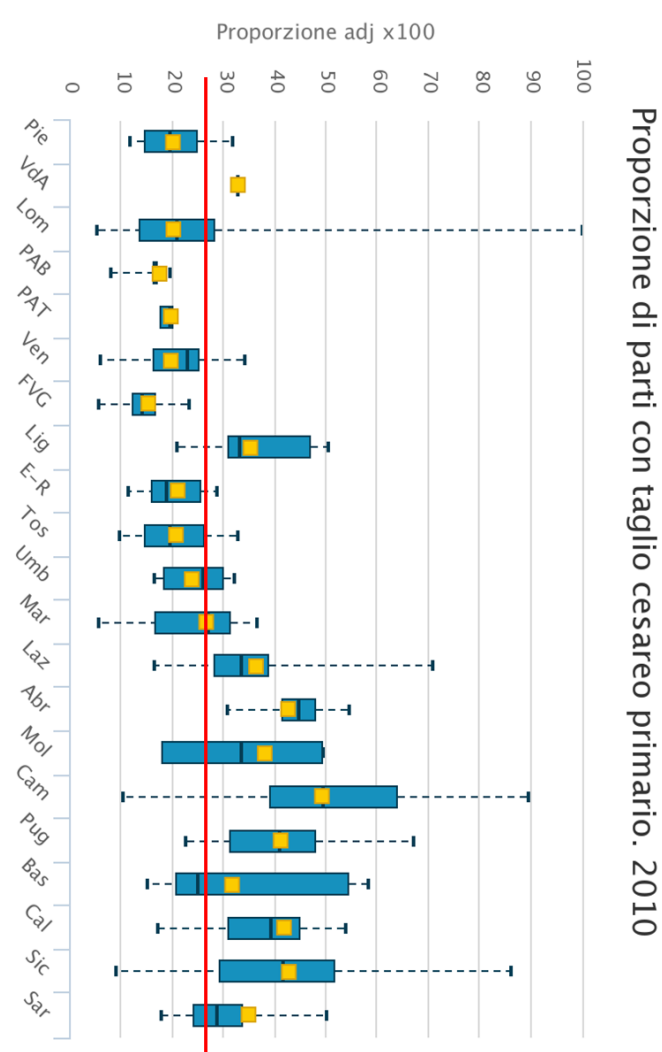


Corti MC, Avossa F, Schievano E, Eur J Intern Med. 2018

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