



WORKSHOP

“La Prevenzione tra oggi e domani” Quale Snop per quale Prevenzione

BOLOGNA, 12-13 gennaio 2017

Aula Magna Ospedale Maggiore, Largo Nigrisoli

Sanità pubblica e diseguaglianze Conoscerle per affrontarle

Angelo d’Errico¹ , Giuseppe Costa^{1,2}

¹ Servizio di Epidemiologia ASL Torino 3

² Dipartimento di Scienze Cliniche e biologiche, Università di Torino

www.snop.it

I determinanti sociali nelle variazioni di salute nella popolazione

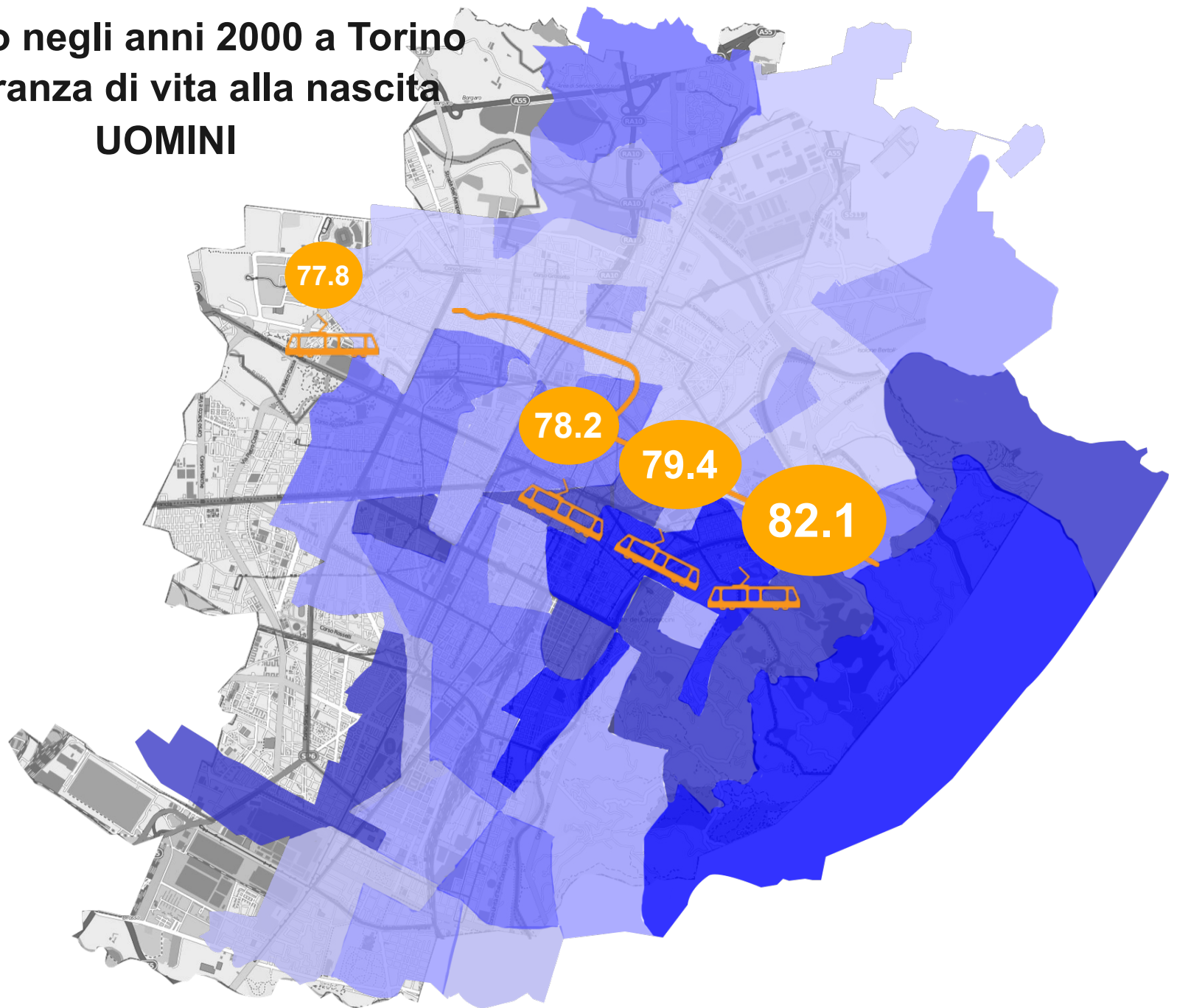
SOMMARIO

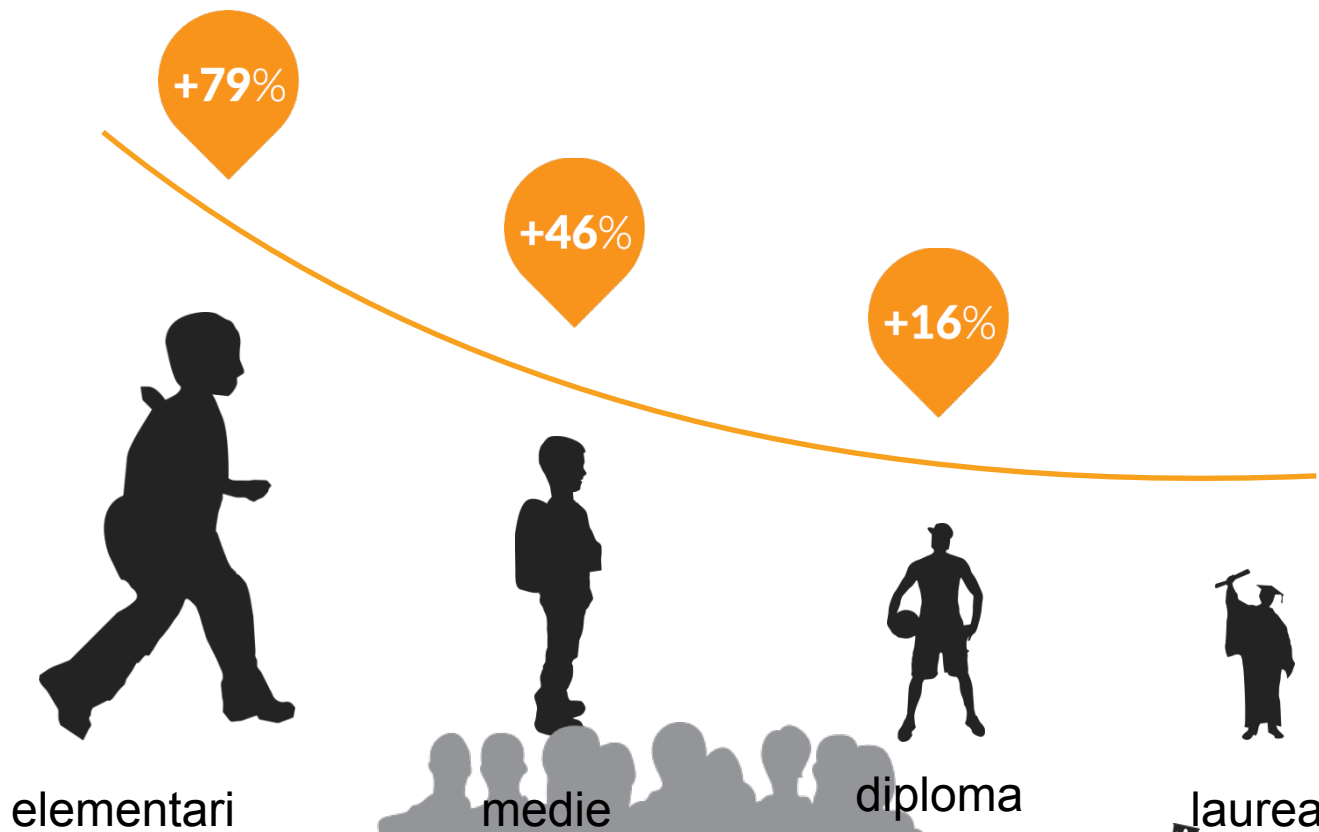
- Evidenze
- Meccanismi
- Soluzioni
- Alla prova della crisi
- Come fare? *L'health equity audit*
- Implicazioni per la sanità pubblica

I determinanti sociali nelle variazioni di salute nella popolazione

- **Evidenze**
- **Meccanismi**
- **Soluzioni**
- **Alla prova della crisi**
- **Come fare? L'*health equity audit***
- **Implicazioni per la sanità pubblica**

Reddito negli anni 2000 a Torino e speranza di vita alla nascita UOMINI



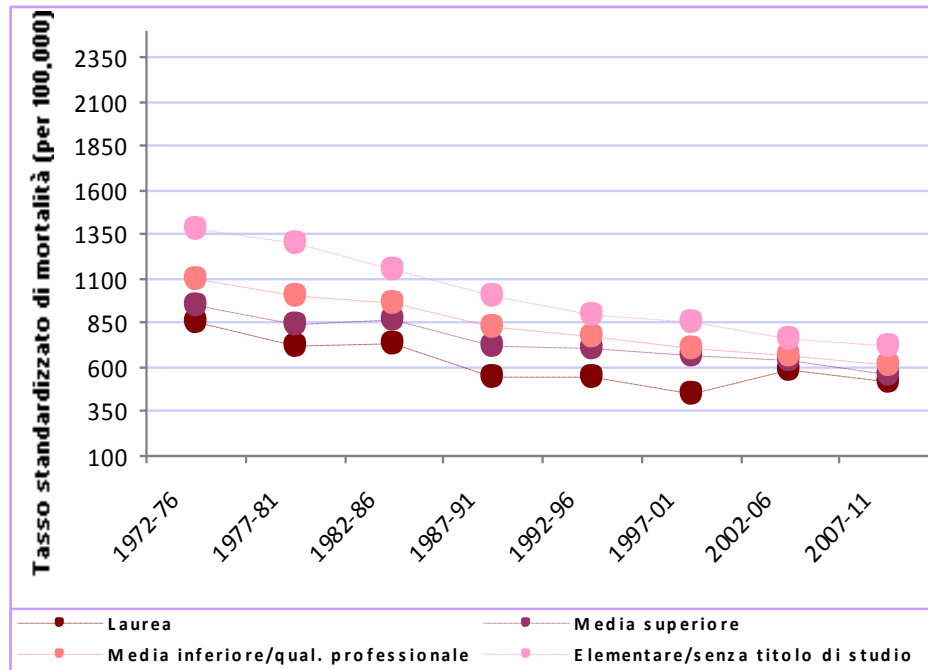
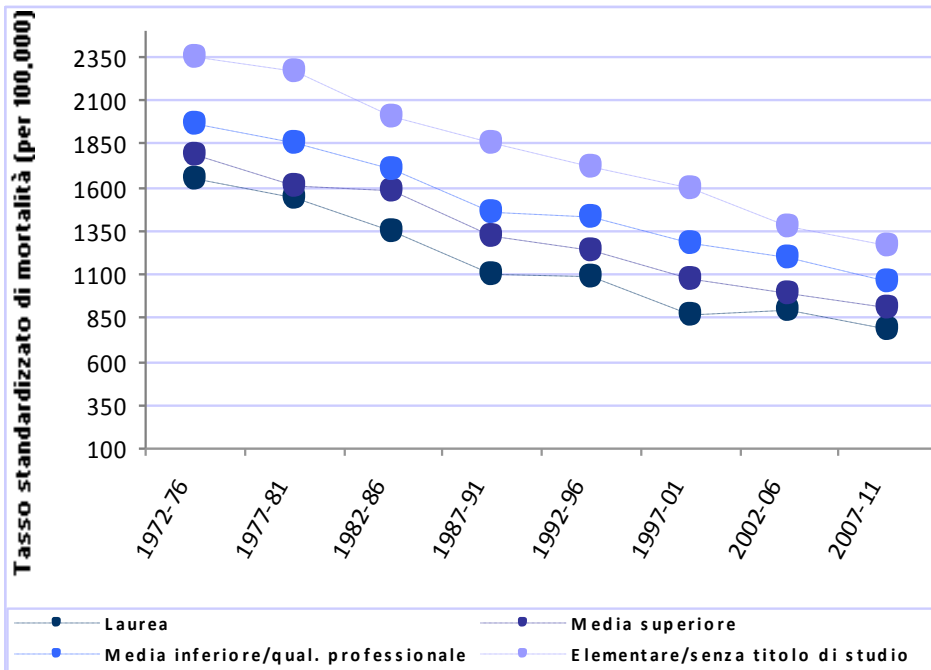


Mortalità generale per titolo di studio negli uomini

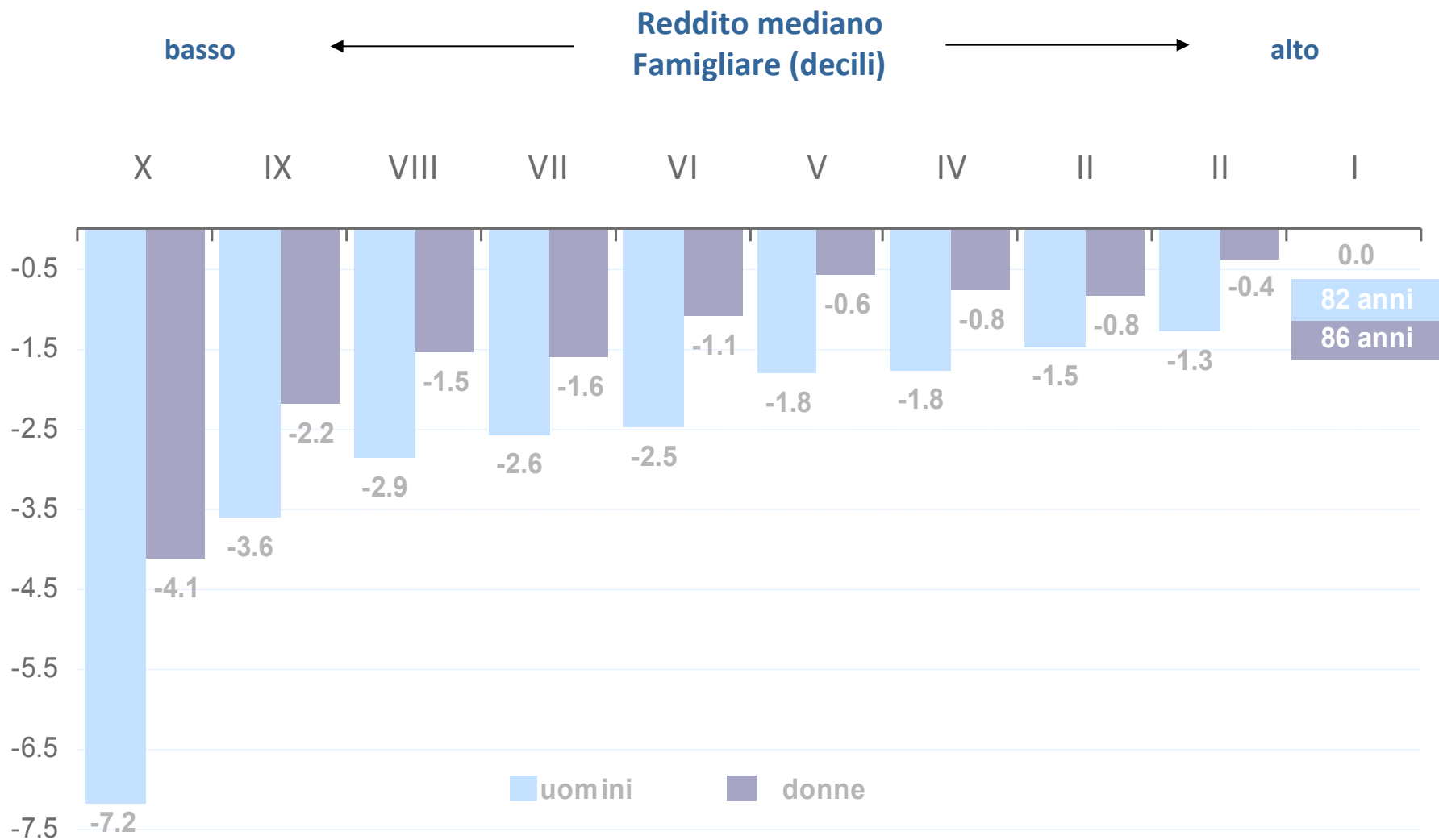
Trend di disuguaglianze per istruzione nella mortalità generale a Torino 1972-2010.

Uomini

Donne

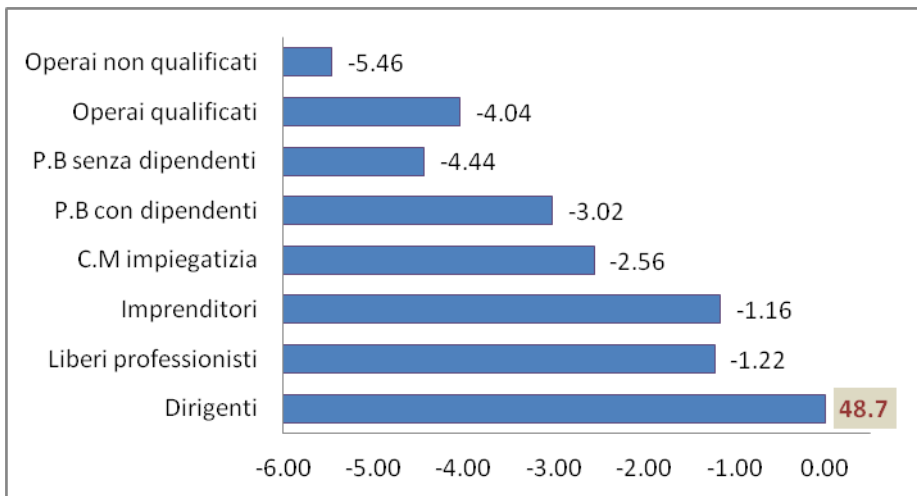


Speranza di vita alla nascita per reddito medio della famiglia per sezione di censimento di Torino. 2002-2011



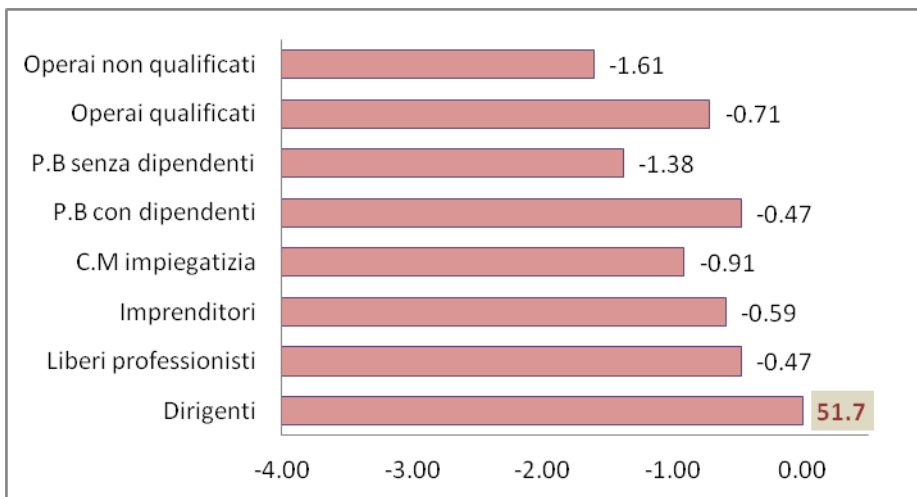
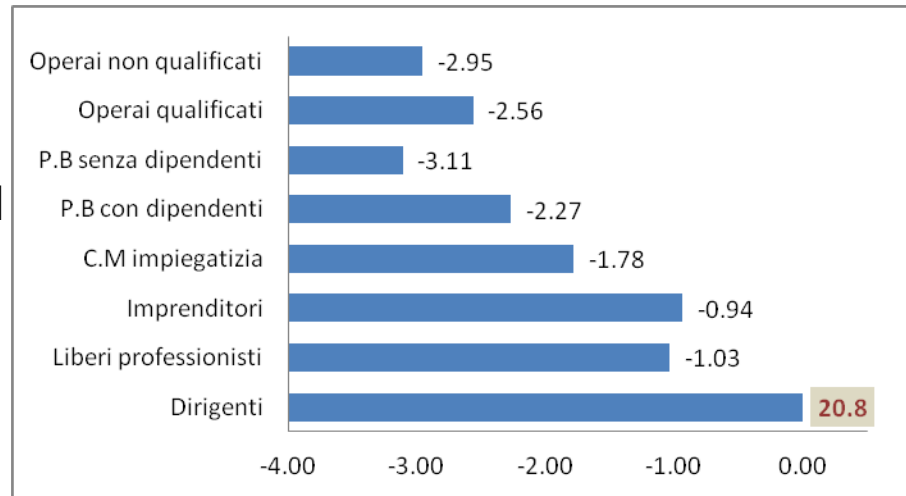
Differenze nella speranza di vita a 35 anni e 65 anni per classe sociale (modello di Schizzerotto), periodo 2001 – 2010, uomini e donne, Torino.

35 anni

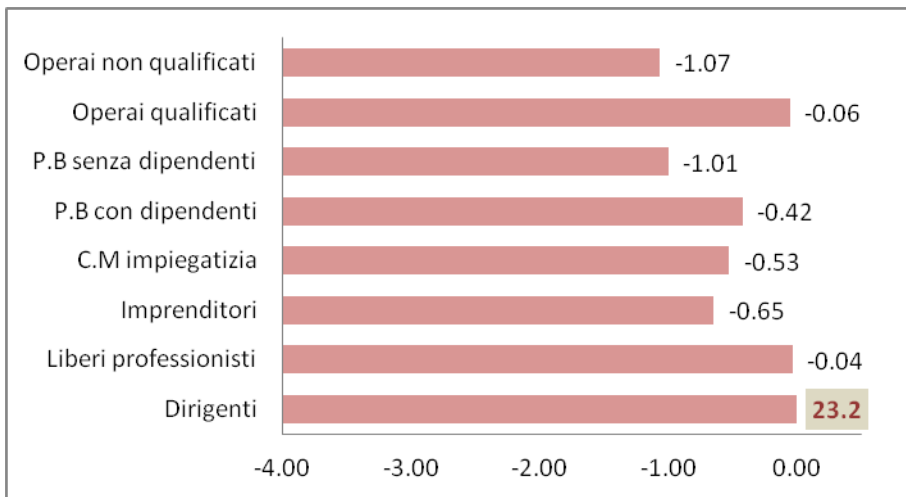


M

65 anni



F



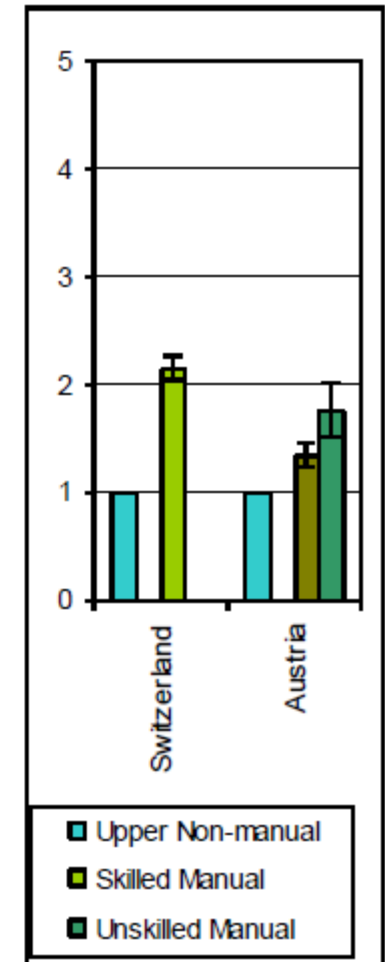
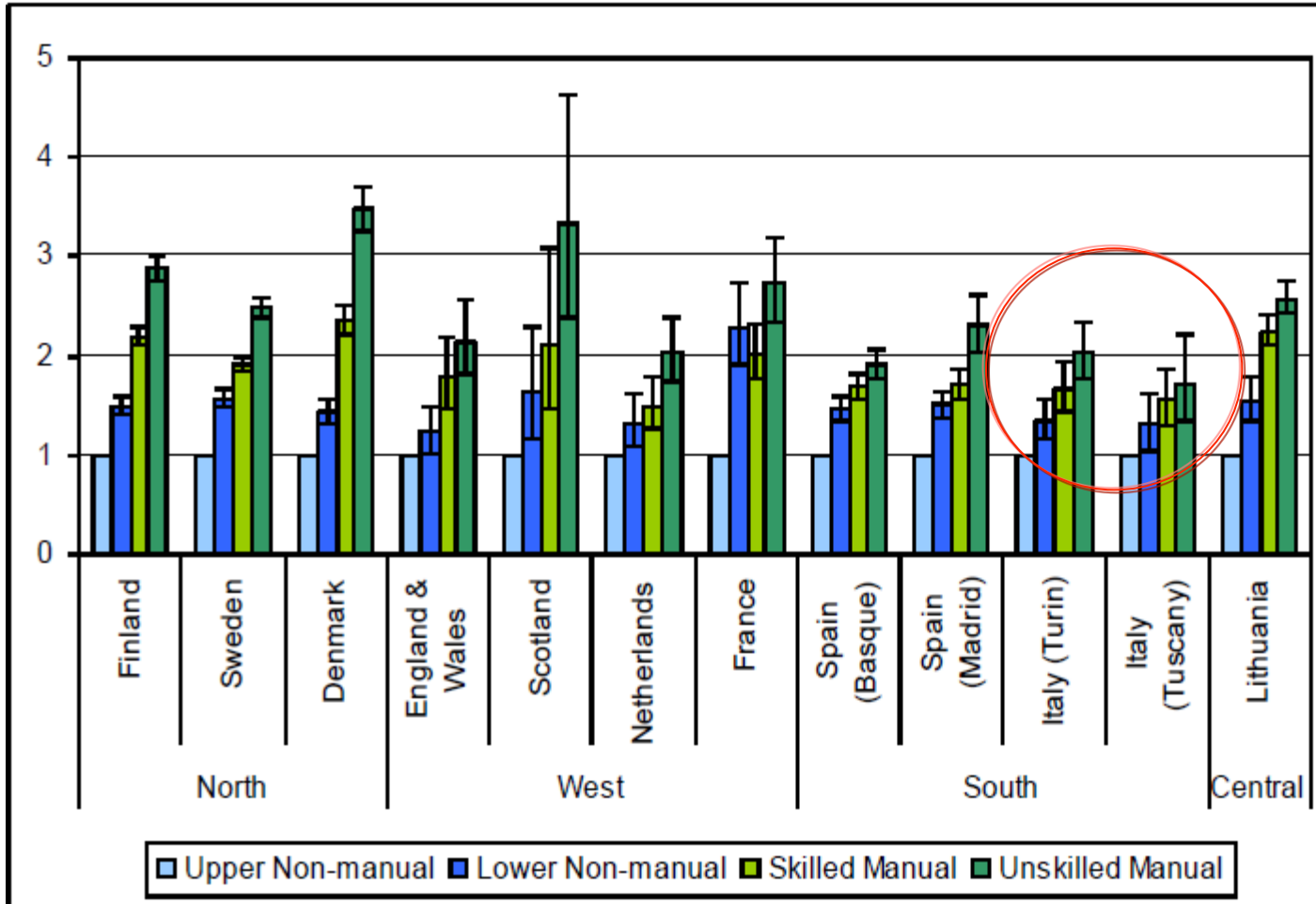
*Per l'analisi è stata attribuita la classe sociale (Schizzerotto) a ogni individuo che abbia dichiarato di avere una professione almeno in uno dei tre censimenti della popolazione ('81, '91 e '01), lasciando la posizione più alta a chi risultasse presente in più di un censimento.

DISUGUAGLIANZE SOCIALI NELLA SALUTE

Queste differenze non sono distribuite in maniera casuale, ma mostrano **una struttura costante**:

- **qualunque sia lo stratificatore sociale** utilizzato (istruzione, reddito, classe occupazionale, ecc)
- **qualunque sia l'outcome di salute** (mortalità, morbosità, incidenza e prevalenza, diagnosi e prognosi, letalità e vulnerabilità)
- **esiste una sistematica differenza negli esiti di gruppi socioeconomici diversi**, differenza (quasi) sempre a scapito dei gruppi più svantaggiati
- **queste differenze in buona parte non sono naturali, ma sono il prodotto di fenomeni sociali e politici**
- lo stesso fatto che varino nel tempo e nello spazio indica che **sono evitabili, almeno in parte, e quindi suscettibili di essere modificate da decisioni politiche o da azioni di contrasto**

Rischi relativi di mortalità generale per classe occupazionale in 14 popolazioni europee, 30 – 59 anni, uomini.



M. Toch, G. Menvielle, T. A. Eikemo¹, D. Jasilionis, J. P. Mackenbach, & the Euro-GBD-SE consorciu. *Occupational class inequalities in all-cause and cause-specific mortality among middle aged men in 14 European countries during the early 2000s.*

http://www.euro-gbd-se.eu/fileadmin/euro-gbd-se/public-files/EURO-GBD-SE_Final_report.pdf

Profilo epidemiologico e resilienza italiana

In particolare la moderazione delle disuguaglianze di salute in Italia dovuta principalmente a:

- 1) ritardo della curva epidemica del fumo
- 2) tenuta e trasversalità della dieta mediterranea
- 3) “tenuta della famiglia tradizionale” e ritardo della curva epidemica delle famiglie monogenitoriali, e in particolare del fenomeno delle “madri sole”
- 4) ruolo del capitale sociale come ammortizzatore delle disuguaglianze sociali e delle sue conseguenze

Differenze sociali nella morbosità

- **Come nel caso della mortalità, anche la morbosità riferita è più frequente nei gruppi sociali a più bassa istruzione, classe sociale, o livello di reddito**

(Cavelaars A, et al. Morbidity differences by occupational class among men in seven European countries: an application of the Erikson-Goldthorpe social class scheme. Int J Epidemiol 1998; 27: 222–230).

- **Disuguaglianze sociali sostanziali si osservano per la maggior parte delle malattie croniche (incluse quelle che compromettono la salute mentale) e delle forme più specifiche di disabilità**

(Dalstra JAA, et al. Socio-economic differences in the prevalence of common chronic diseases: an overview of eight European countries. Int J Epidemiol 2005; 34: 316–326; Avendano M, et al. Socioeconomic disparities in physical health in 10 European countries. In: Borsch-Supan A, et al. Health, ageing and retirement in Europe. Mannheim: Mannheim Research Institute for the Economics of Ageing, 2005: 89-94).

- **Negli ultimi decenni la dimensione delle disuguaglianze nella morbosità è rimasta stabile**

(Kunst AE, et al. Trends in socio-economic inequalities in self-assessed health in 10 European countries. Int J Epidemiol 2005; 34: 295–305).

- **Insieme con le disuguaglianze di mortalità, le disuguaglianze di morbosità contribuiscono in modo sostanziale a determinare le differenze negli anni di speranza di vita in buona salute**

▪ (Sihvonen A, et al. Socio-economic inequalities in health expectancy in Finland and Norway in the late 1980s. Soc Sci Med 1998; 47(3): 303–315).

**Differenze in speranza di vita (Sdv), speranza di vita con disabilità (Sdv. c.d) e speranza di vita libera da disabilità (Sdv. s.d) tra basso e alto livello di istruzione .
30 – 79 anni, 8 popolazioni europee.**

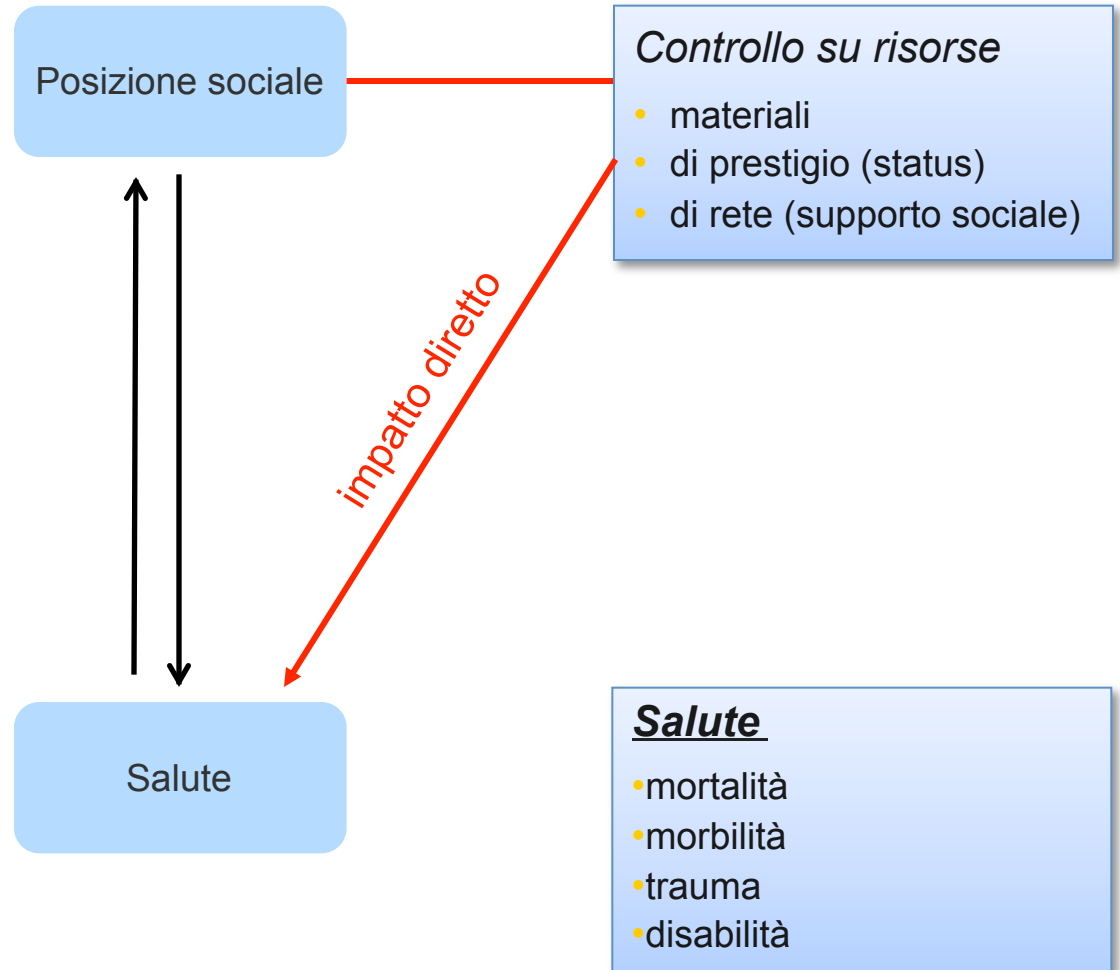
	Uomini			Donne		
	Sdv.	Sdv. c.d	Sdv. s.d	Sdv.	Sdv. c.d	Sdv. s.d
Finlandia	4.6	2.5	7.1	2.3	1.1	3.4
Norvegia	4.2	2.3	6.5	2.4	4.1	6.4
Belgio (Bruxelles)	3.4	2.7	6.1	1.6	3.3	5.1
Austria	3.8	4.1	7.8	1.4	3.8	5.3
Francia	4.3	2.6	6.8	1.5	2.9	4.4
Spagna (Madrid & Barcellona)	2.5	2.1	4.6	0.8	2.1	2.8
Italia (Torino & Toscana)	2.3	1.7	4.1	0.6	1.3	2.1
Lituania	9.2	1.1	10.2	4.7	2.7	7.3

I determinanti sociali nelle variazioni di salute nella popolazione

- Evidenze
- **Meccanismi**
- Soluzioni
- Alla prova della crisi
- Come fare? *L'health equity audit*
- Implicazioni per la sanità pubblica

Meccanismi di generazione delle disuguaglianze sociali nella salute

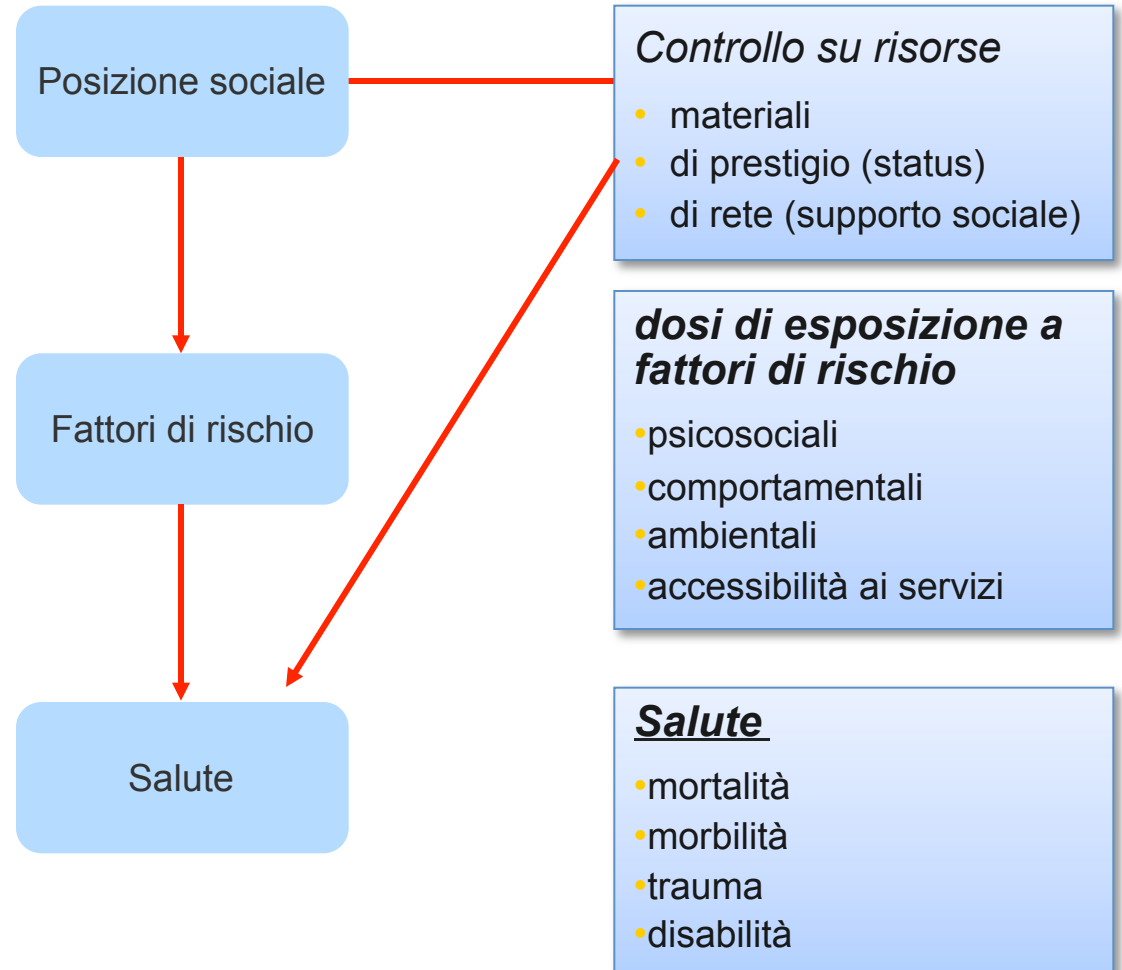
Sono sistematiche, ma come si generano???



Meccanismi di generazione delle disuguaglianze sociali nella salute

Sono sistematiche, ma come si generano???

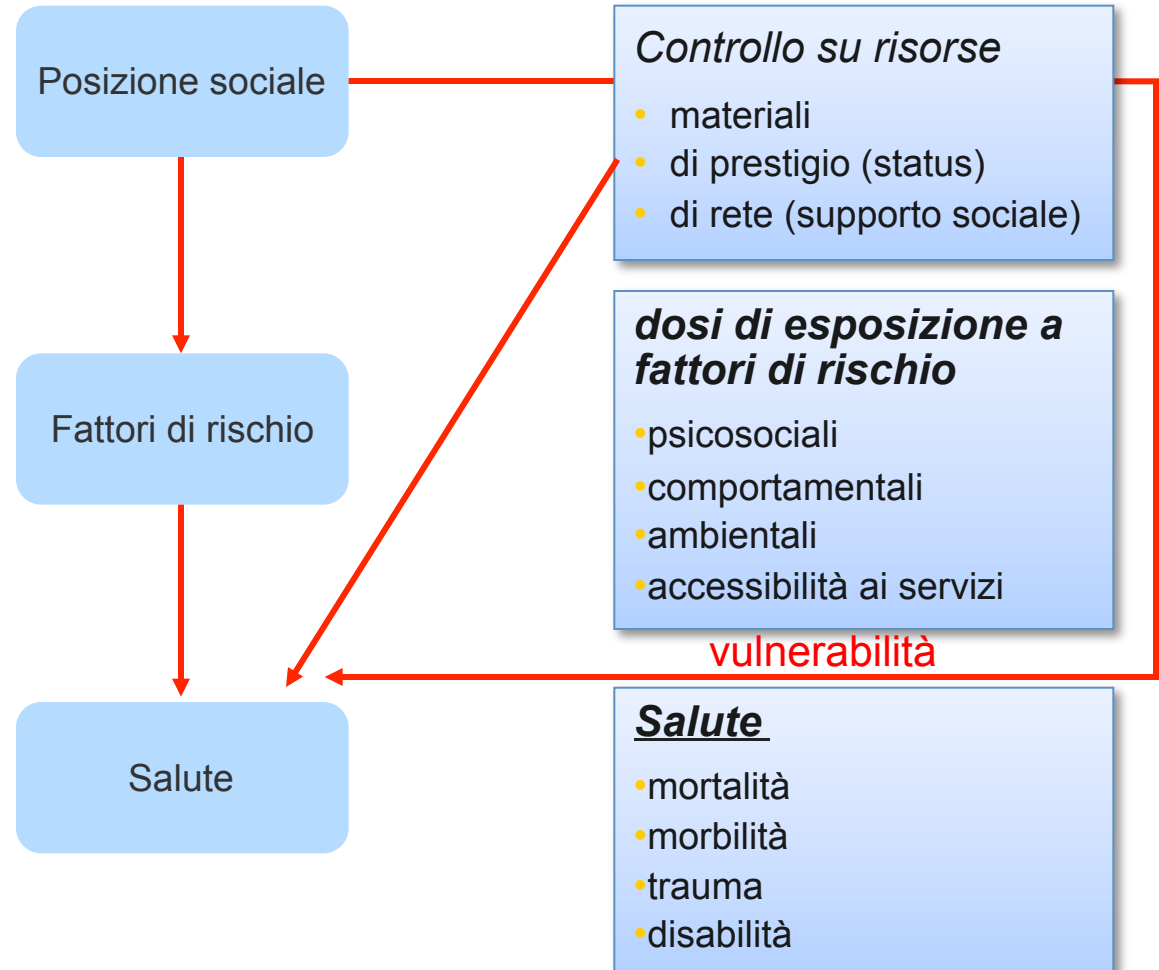
esposizione



Meccanismi di generazione delle disuguaglianze sociali nella salute

Sono sistematiche, ma come si generano???

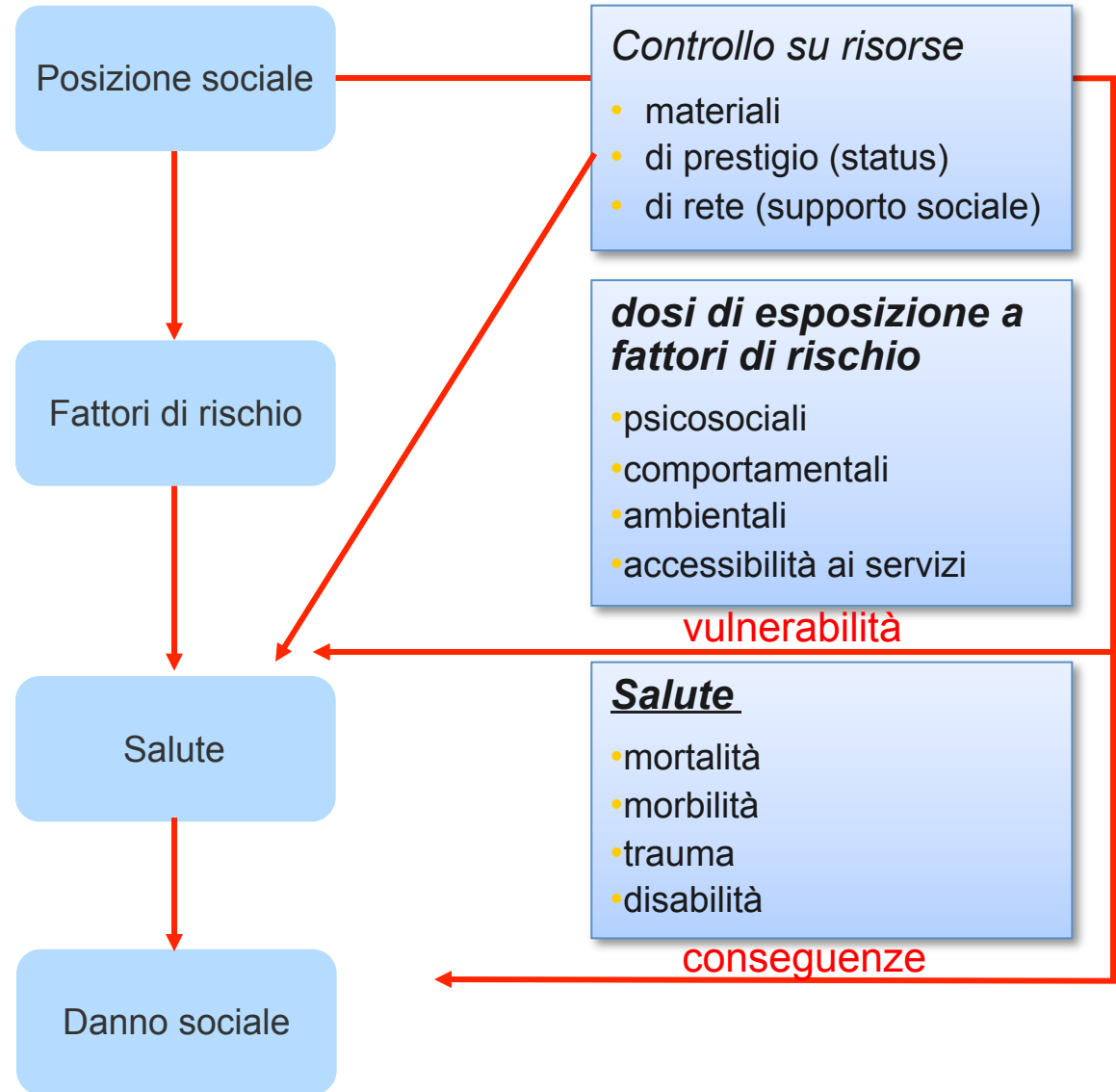
esposizione



Meccanismi di generazione delle disuguaglianze sociali nella salute

Sono sistematiche, ma come si generano???

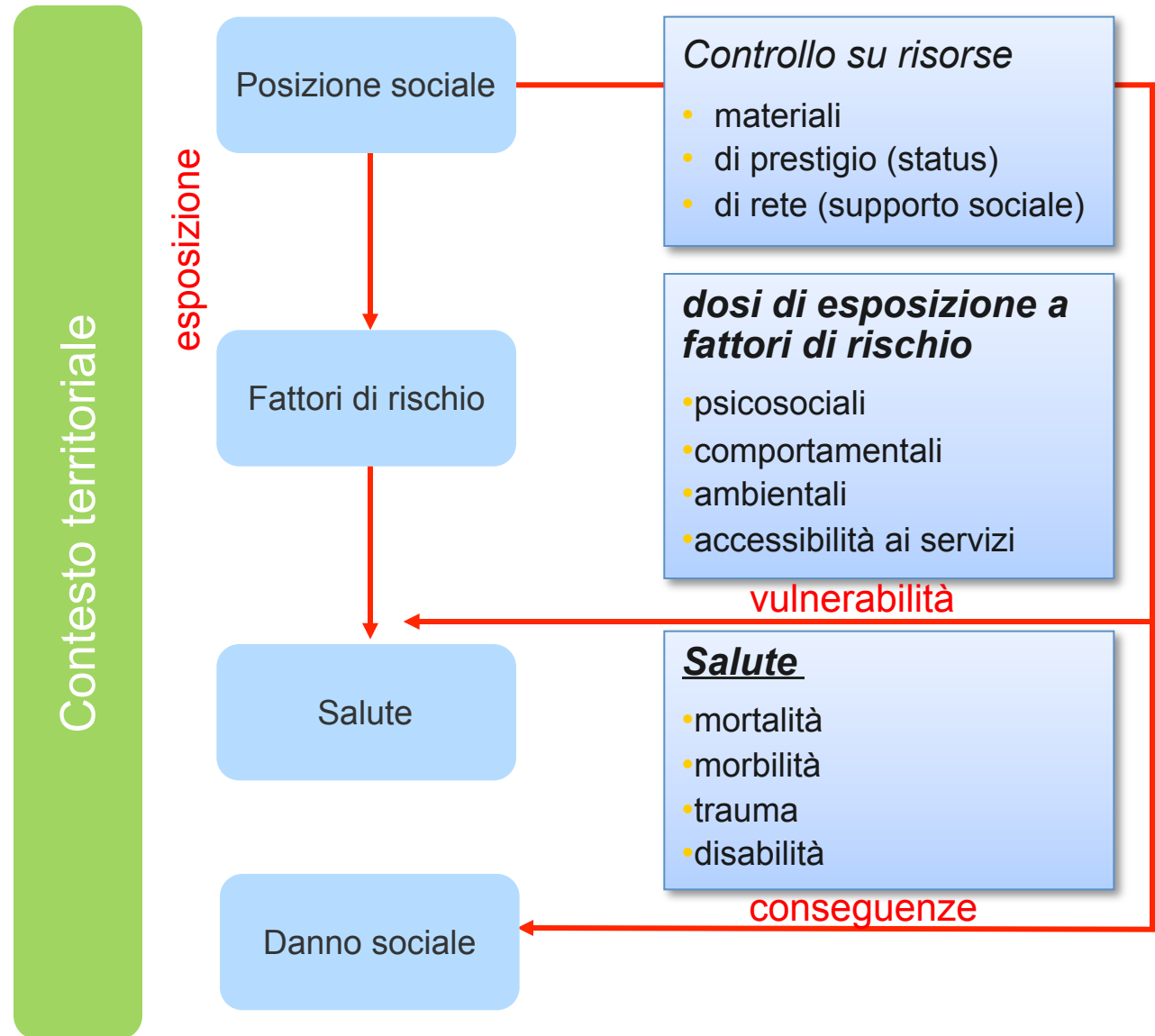
esposizione



vulnerabilità

conseguenze

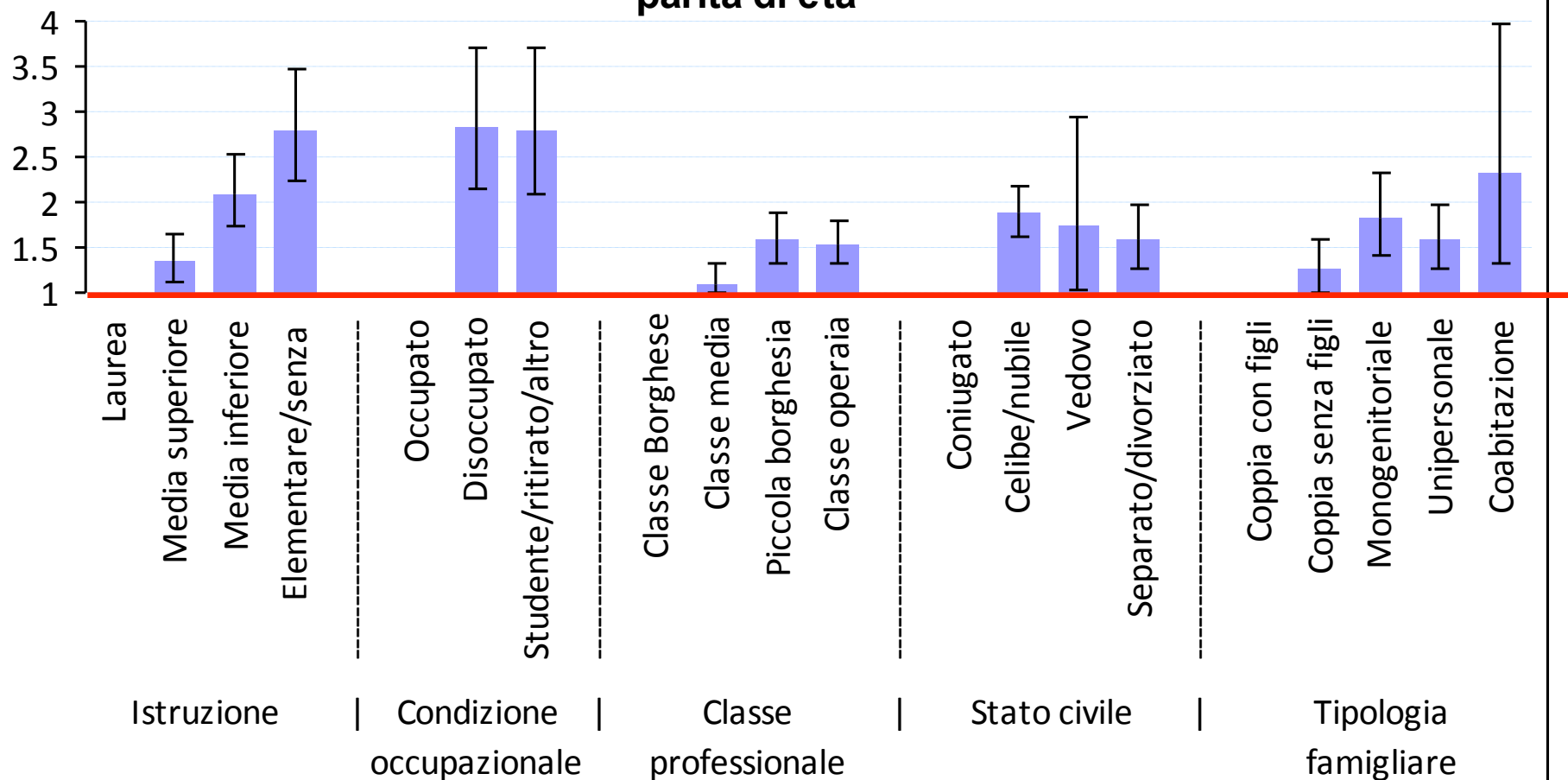
Meccanismi di generazione delle disuguaglianze sociali nella salute



Posizione sociale → le dimensioni delle variazioni

Uomini, 30-64 anni. Torino, anni 2007-2011.

RR di mortalità associati a vari indicatori di posizione sociale a parità di età



Fattori di rischio → Esposizioni psicosociali

Distribuzione della proporzione di esposti a Job Strain per genere e classe occupazionale (N=2046)

Esposizione a Job Strain	Operai uomini % (n = 1273)	Operai donne % (n = 362)	Impiegati uomini % (n = 304)	Impiegati donne % (n = 107)	p-value ¹
Bassa	30.9	8.4	50.9	46.5	< 0.001
Media	32.6	25.5	37.5	29.7	
Alta	36.5	66.1	11.6	23.8	

¹ chi square test

Fattori di rischio → **Esposizioni psicosociali**

Contributo, nella letteratura sul tema, dei fattori psicosociali sul lavoro al gradiente sociale di:

- Mortalità: ~ 30-50%, basso *job control*
- Salute percepita: ~ 30-50%, basso *job control*
~ 20-30%, alto *job strain*
- Malattie cardiovascolari: ~ 30%, basso *job control*
- Disturbi psicologici: 18% uomini e 9% donne, alto *job strain*
- Sintomi depressivi: 66% uomini e 43% donne, *job demand, job control, social support, effort-reward imbalance*

Complessivamente, l'esposizione a fattori di rischio occupazionali spiegherebbe il 20-30% del gradiente sociale nella salute (soprattutto disturbi mentali, malattie cardiovascolari e malattie muscolo-scheletriche)

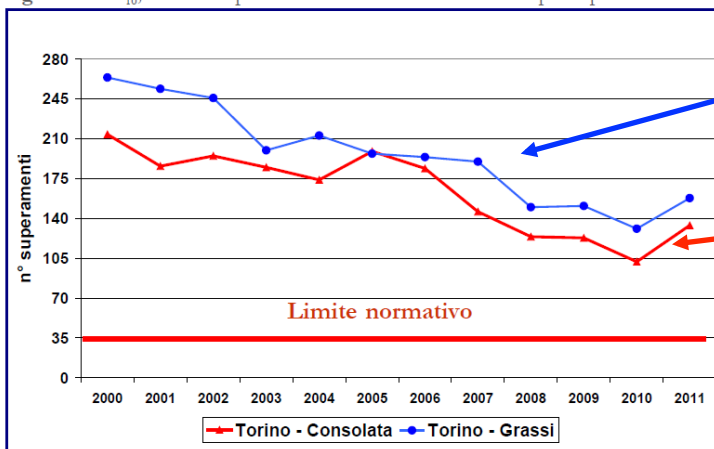
Fattori di rischio → **Esposizioni ambientali**



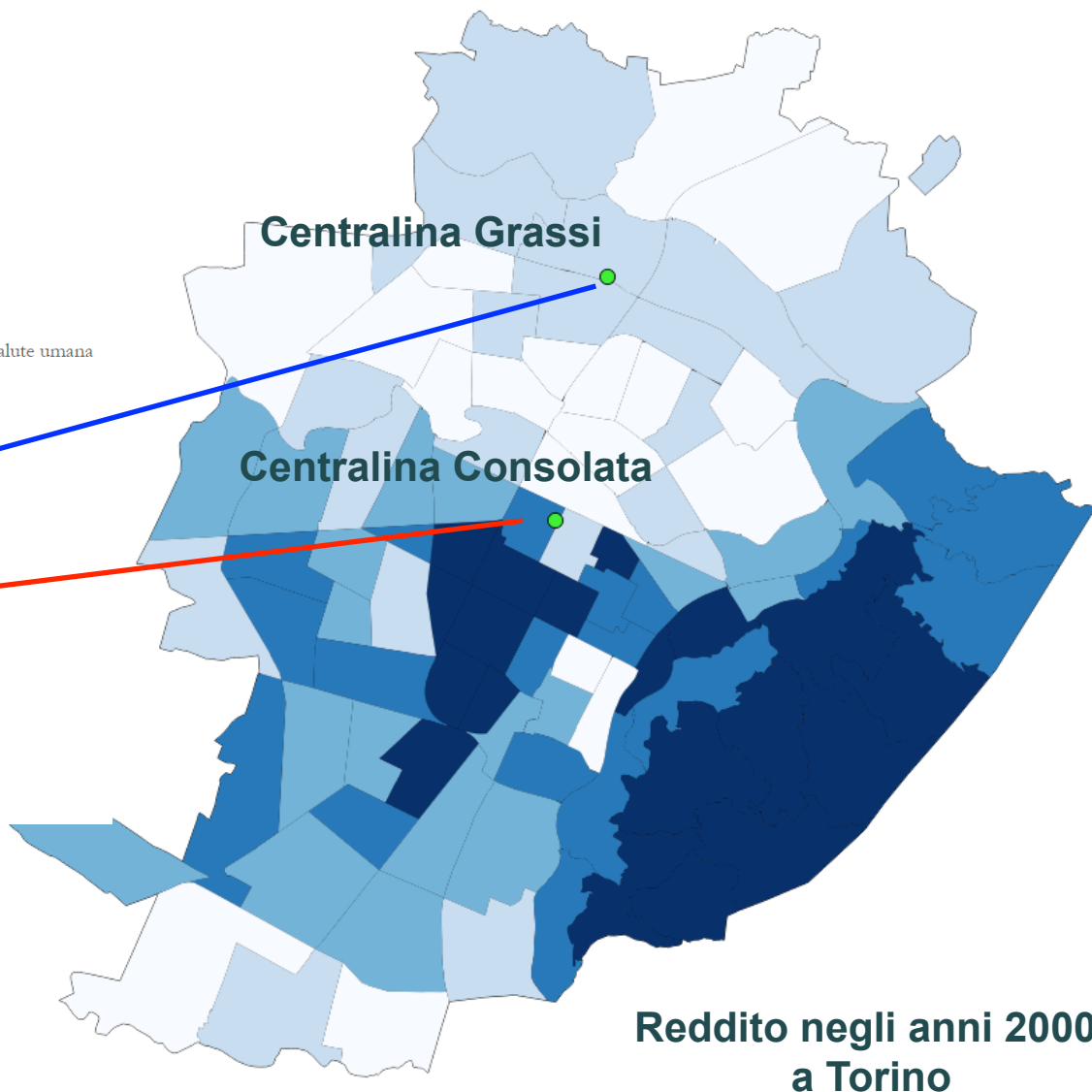
Fattori di rischio → Esposizioni ambientali

Livelli di inquinamento atmosferico

Figura 2 - PM₁₀, numero superamenti del valore limite di 24 ore per la protezione della salute umana



Fonte: Arpa Piemonte



**Esposizione a traffico di tipo pesante:
passaggio frequente nella strada di residenza, per istruzione
dei genitori (Studio Sidria 2).**

Istruzione genitori	% bambini esposti (IC 95%)
Università	18 (16-20)
Scuola secondaria superiore	19 (17-21)
Scuola media	22 (20-24)
Scuola elementare	27 (23-30)

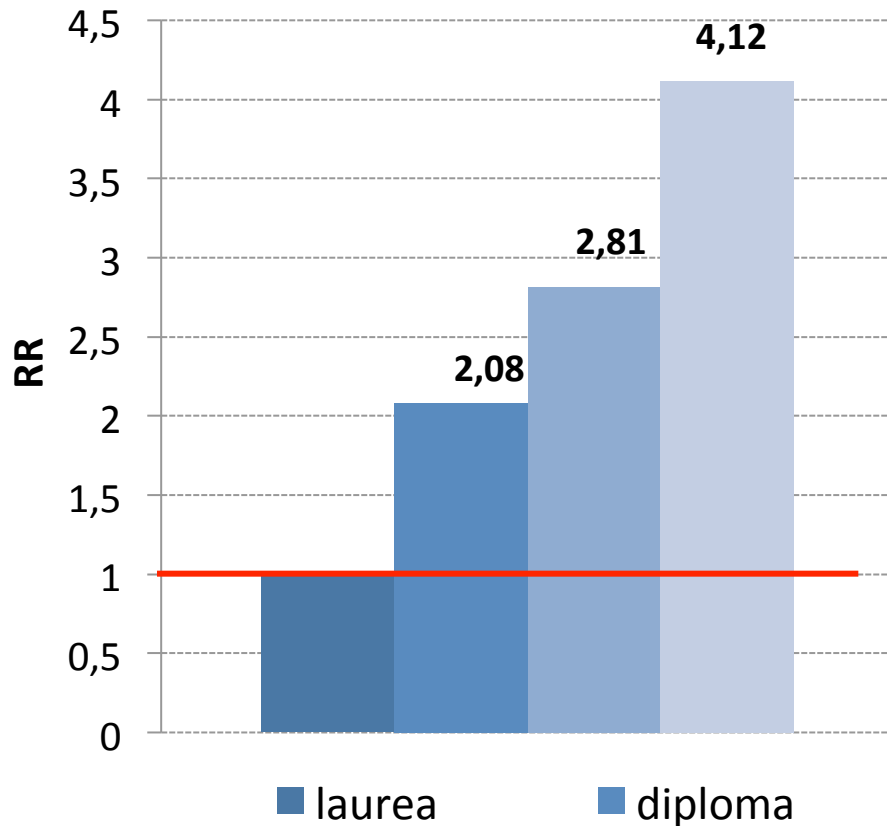
Fattori di rischio → Stili di vita



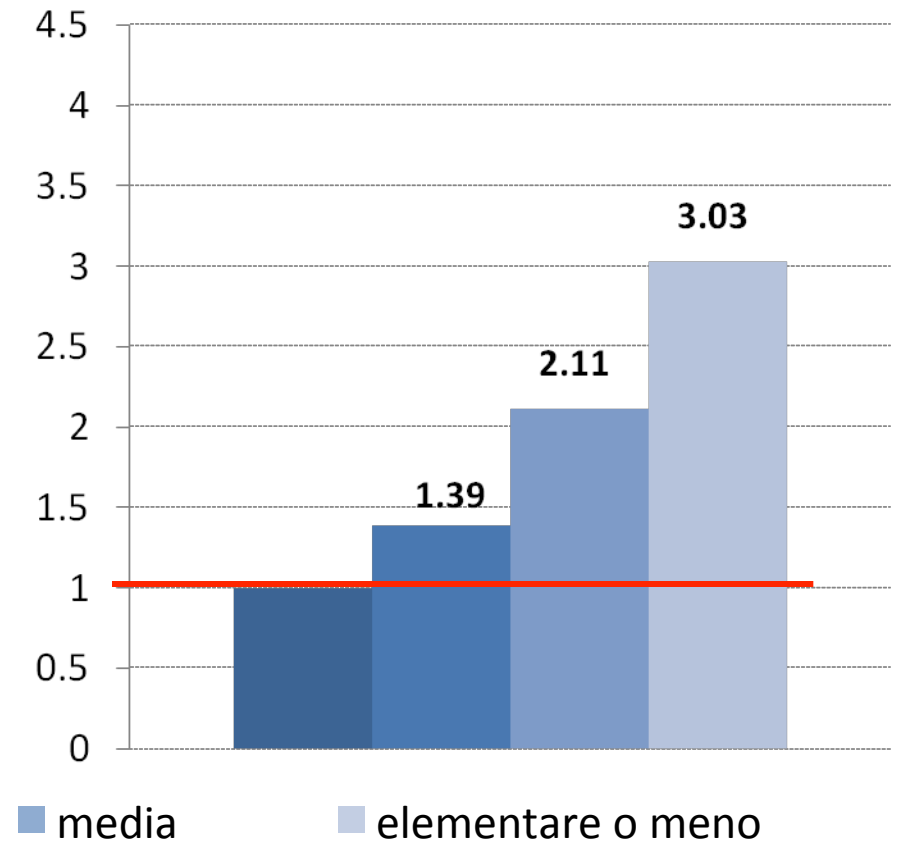
Fattori di rischio → Stili di vita

Mortalità maschile a Torino, 2007-2011.
Uomini, 30-64 anni

cause **alcool-correlate**



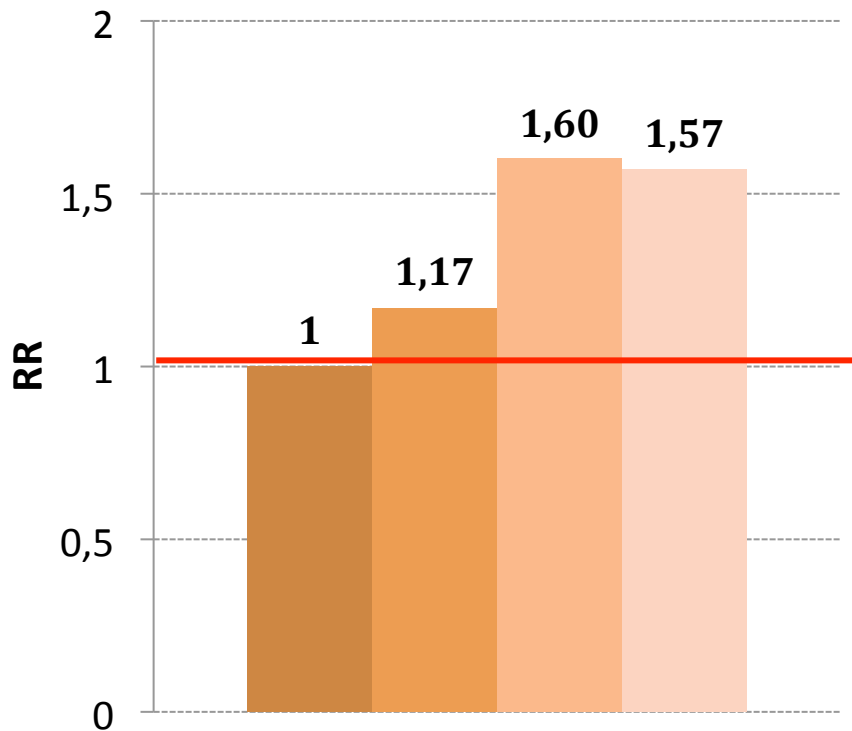
cause **fumo-correlate**



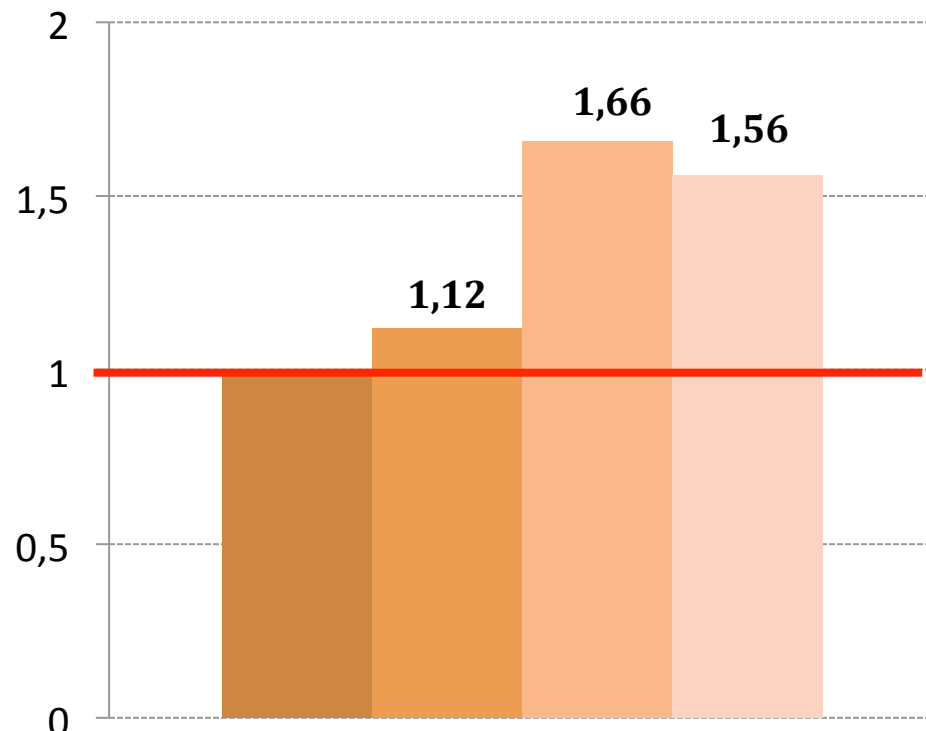
Fattori di rischio → Stili di vita

Mortalità a Torino, 2007-2011,
Donne 30-64 anni

cause **alcool-correlate**



cause **fumo-correlate**



■ laurea ■ diploma ■ media ■ elementare o meno

Proporzione di disuguaglianze nella mortalità attribuibile alle differenze per istruzione nell'esposizione a cinque determinanti prossimali.

	Fumo		BMI>25		Esercizio Fisico		Diabete mellito		Frutta&Vegetali	
	Donne	Uomini	Donne	Uomini	Donne	Uomini	Donne	Uomini	Donne	Uomini
Popolazione	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Finlandia	8%	14%	10%	2%	1%	1%	5%	3%	na	na
Svezia	9%	18%	6%	7%	na	na	4%	2%	na	na
Norvegia	na	na	9%	8%	4%	4%	6%	6%	na	na
Danimarca	8%	17%	9%	8%	10%	4%	4%	3%	5%	7%
Inghilterra	14%	26%	12%	5%	na	na	9%	7%	na	na
Scozia	18%	20%	4%	4%	na	na	5%	4%	na	na
Paesi Bassi	7%	11%	12%	7%	10%	3%	10%	4%	na	na
Bruxelles	2%	6%	13%	7%	16%	5%	8%	3%	na	na
Francia	2%	5%	15%	8%	na	na	8%	na	na	na
Svizzera	2%	6%	20%	9%	11%	5%	na	na	0%	0%
Austria	7%	18%	na	na	na	na	16%	5%	na	na
Barcellona	2%	8%	23%	7%	10%	7%	14%	2%	3%	4%
Paesi Baschi	6%	9%	33%	4%	16%	9%	8%	2%	4%	5%
Madrid	2%	8%	22%	8%	10%	8%	15%	2%	3%	5%
Torino	2%	5%	39%	9%	14%	3%	29%	4%	8%	2%
Toscana	1%	5%	27%	8%	10%	3%	20%	4%	4%	2%
Repubblica Ceca	5%	18%	8%	5%	3%	2%	17%	5%	na	na
Polonia	na	na	na	na	na	na	na	na	na	na
Ungheria	na	2%	12%	3%	na	na	10%	8%	na	na
Lituania	2%	12%	3%	4%	8%	4%	9%	1%	na	na
Estonian	8%	15%	8%	0%	8%	2%	7%	5%	na	0%

Note:

na = dati non disponibili.

Giallo = 0-9% di morti attribuibili dal totale dell'eccesso di morti tra i meno istruiti.

Verde chiaro = 10-19% di morti attribuibili dal totale dell'eccesso di morti tra i meno istruiti.

Verde = 20% e > di morti attribuibili dal totale dell'eccesso di morti tra i meno istruiti.

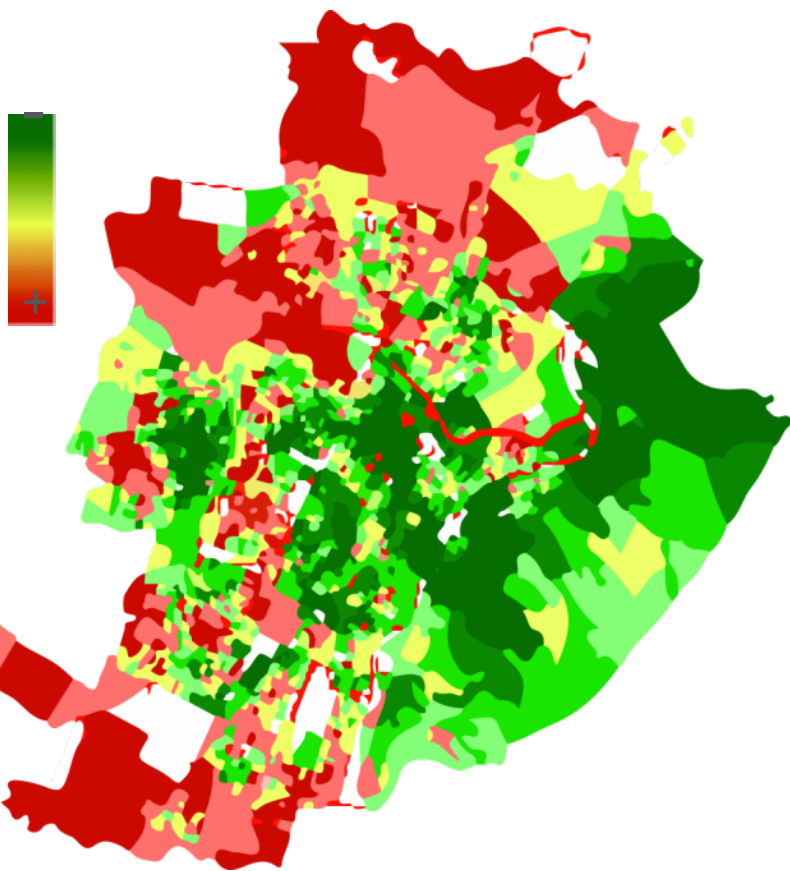
Fonte: EURO-GBD-SE project. euro-gbd-se.eu; 2011

Fattori di rischio → **Accesso alle cure**

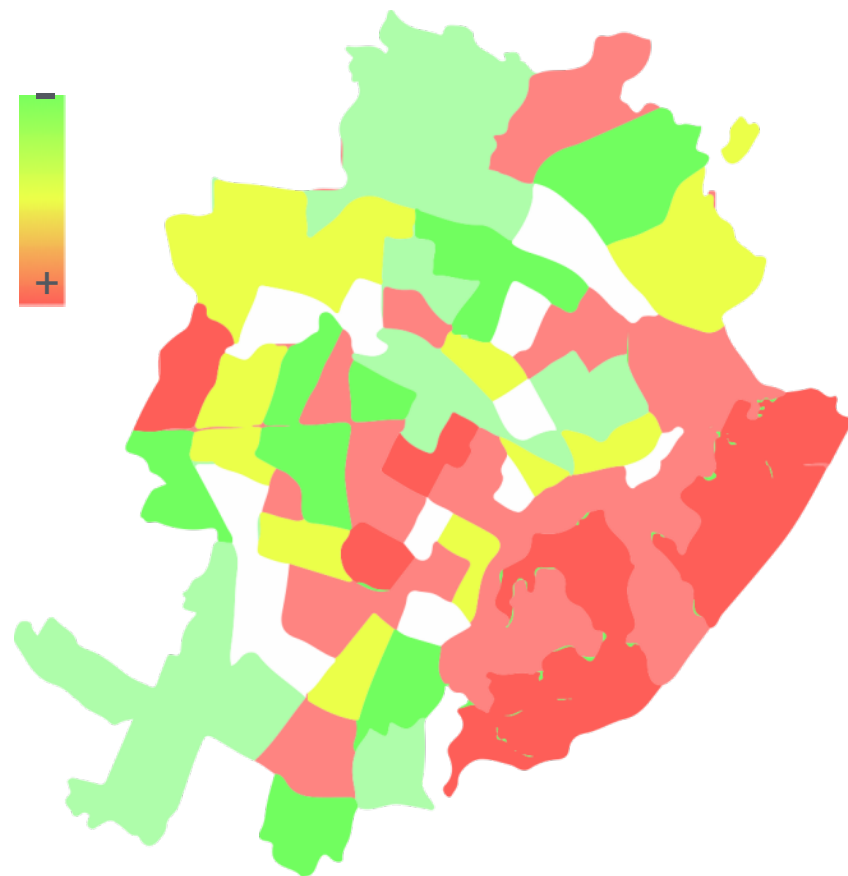


Fattori di rischio → **Accesso alle cure**

**Infarto miocardico acuto
a Torino, 2009**



**Rivascolarizzazione
coronarica a Torino, 2009**



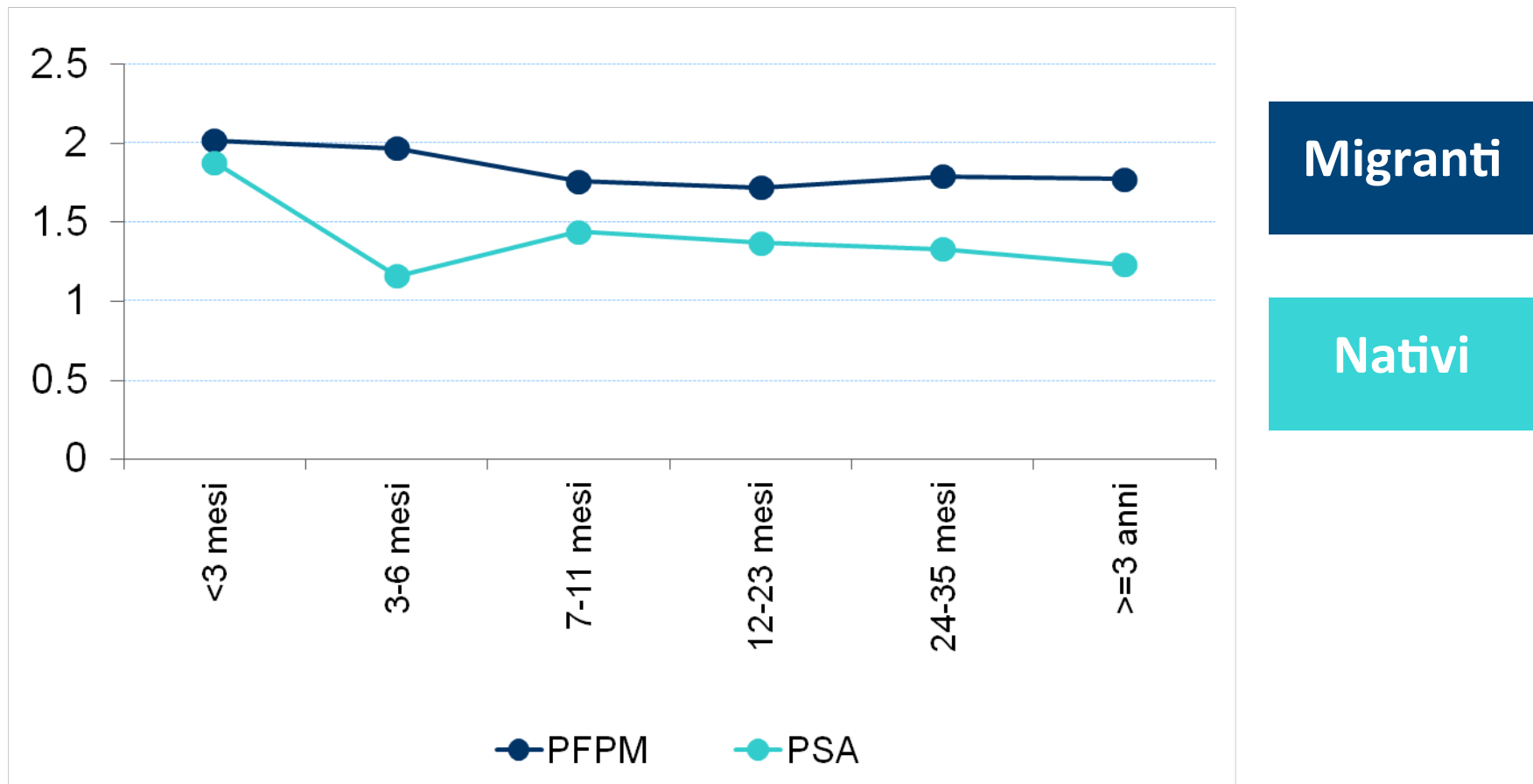
Modello interpretativo

(da dove hanno origine le variazioni?)



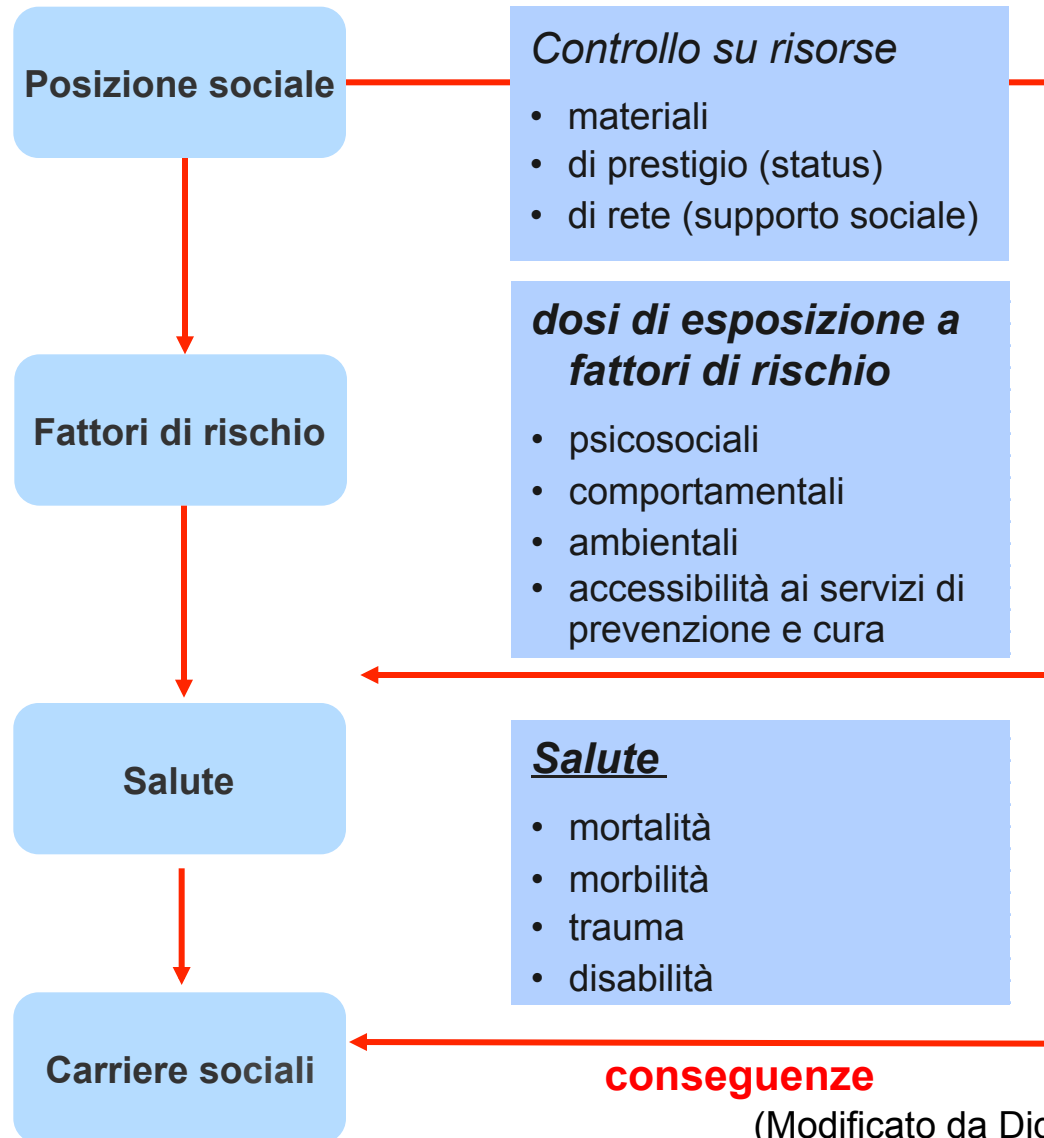
Posizione sociale → **Differente vulnerabilità**

Disuguaglianze tra italiani e immigrati nell'incidenza di infortuni gravi per anzianità aziendale come proxy dell'esperienza di lavoro specifico (tassi aggiustati per età, qualifica, attività economica e anno), anni 2000-2005



Modello interpretativo

(da dove hanno origine le variazioni?)



Posizione sociale →

Differenti conseguenze di esperienza di malattia su traiettorie sociali

**Pensionamento
anticipato (nel 1991) in chi ha subito un
ricovero nel 1984-86
Torino (uomini)**

+46%

MALATTIA



Fattori di rischio per le limitazioni della spesa familiare per alimentazione a causa dei costi sostenuti per la cura

Limitazioni alimentari – pazienti fragili

Uomini

FATTORE DI RISCHIO	OR	IC (95%)
Situazione economica disagiata	2.5	1.2 – 5.6
Bassa Istruzione	2.9	1.2 – 7.2
Abitazione in affitto	2.1	1.0 – 4.6

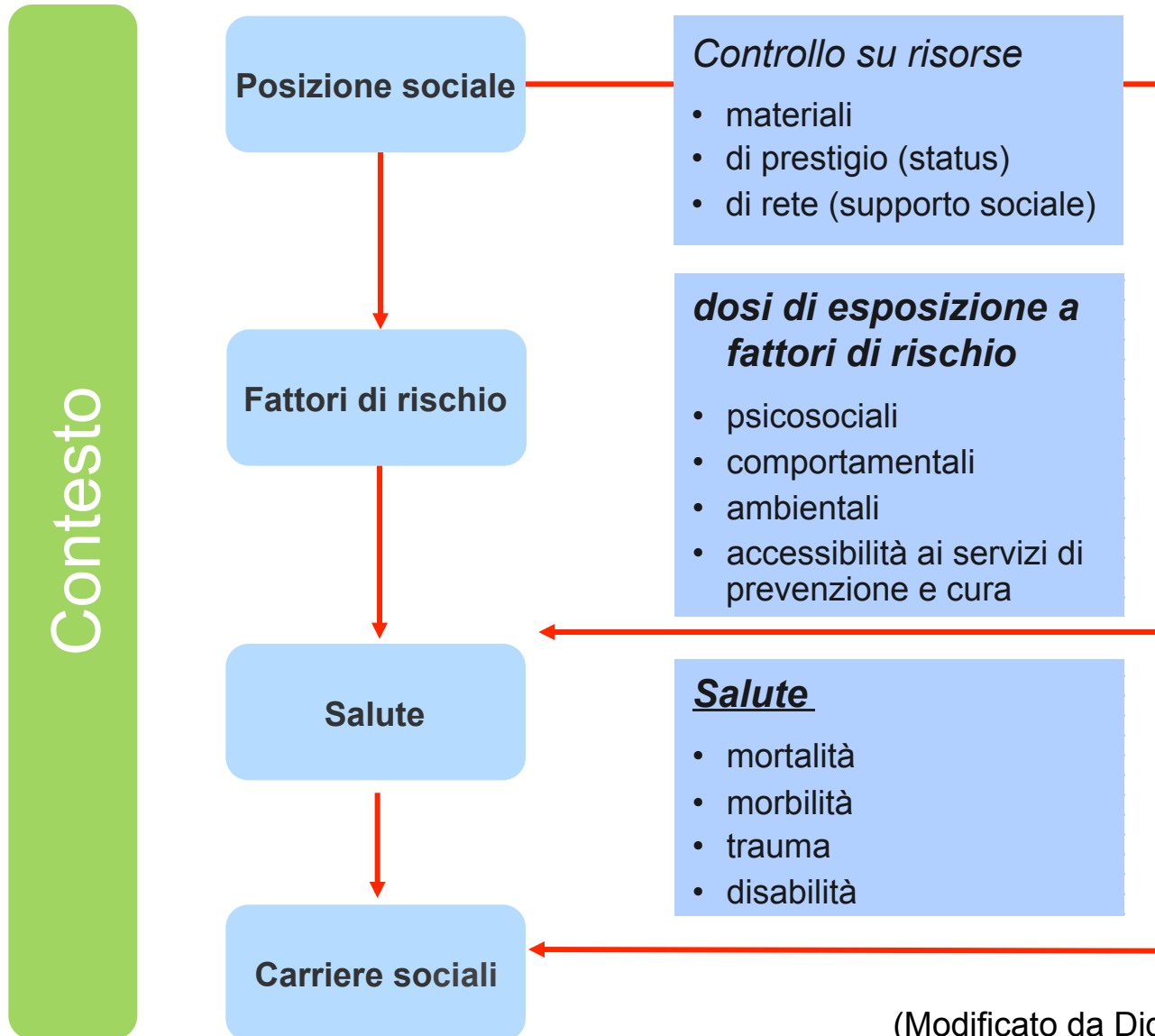
Donne

FATTORE DI RISCHIO	OR	IC (95%)
Situazione economica disagiata	4.1	2.3 – 7.2
Tipologia abitativa scadente	3.9	2.2 – 7.0
Tipologia familiare (coppie con figli)	1.9	1.1 – 3.3

**Forte vulnerabilità sociale
alle conseguenze sociali della malattia**

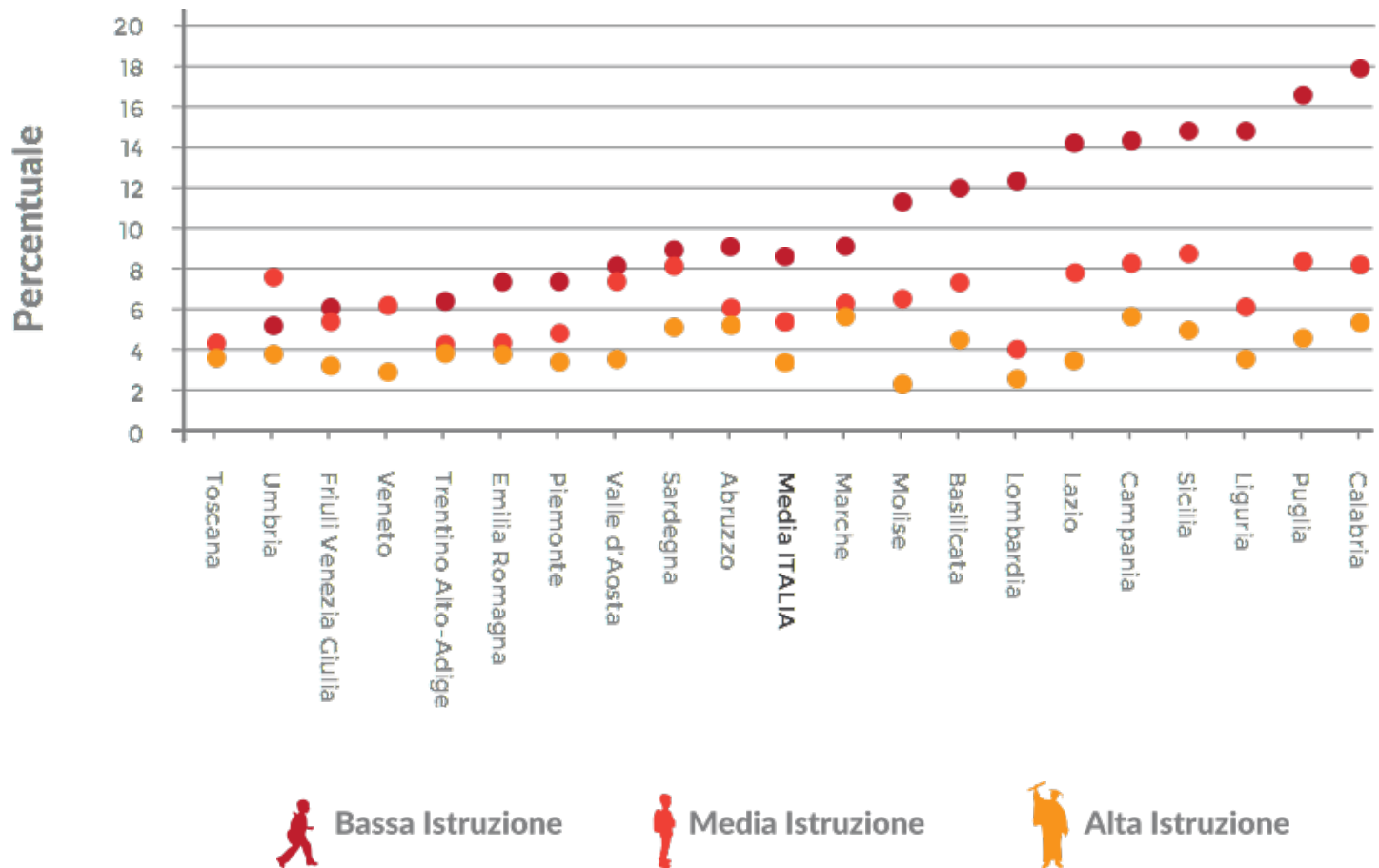
Modello interpretativo

(da dove hanno origine le variazioni?)

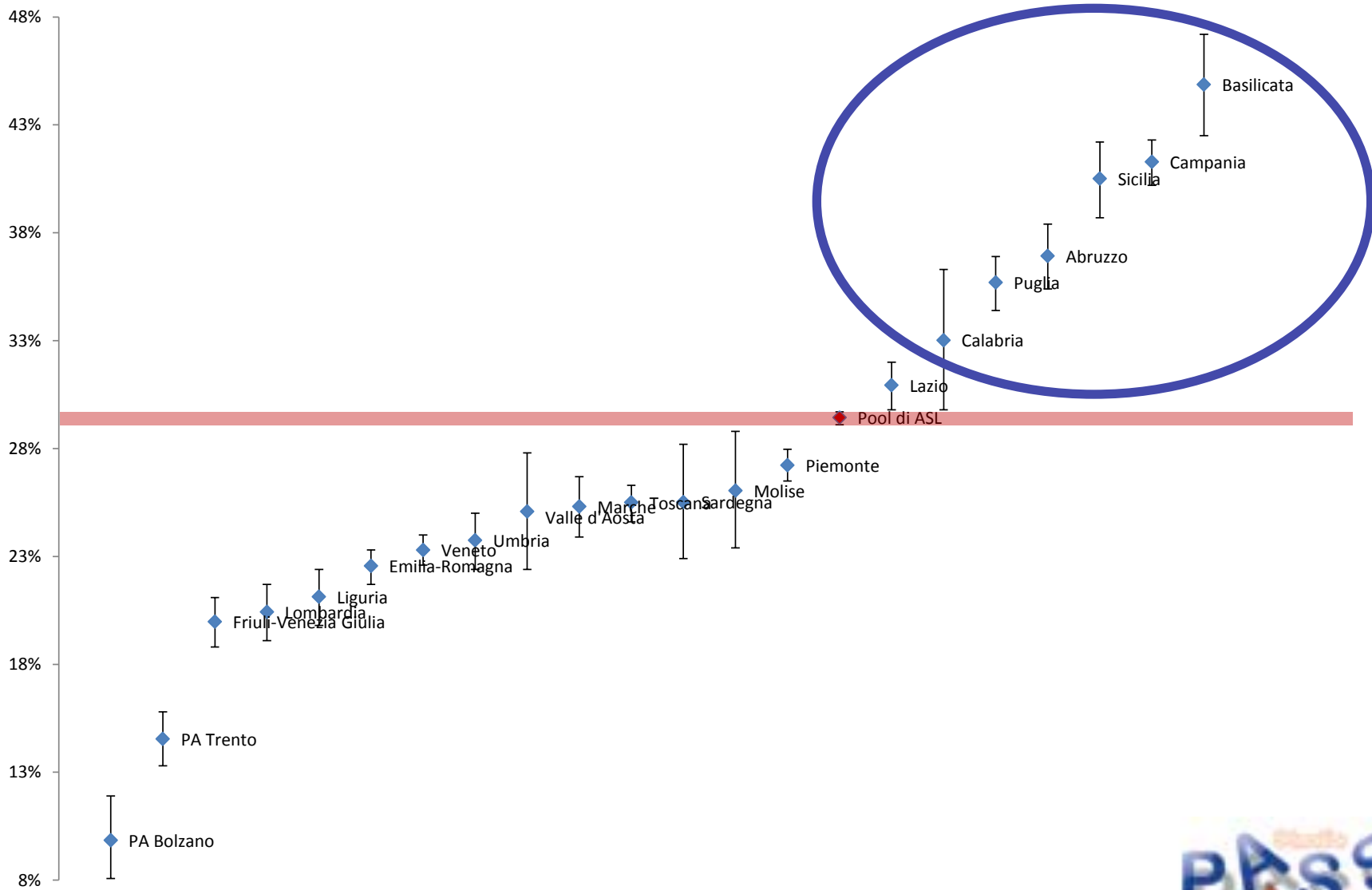


Differenze nella Salute Percepita (male/molto male) per istruzione e regione

UOMINI 25-84 ANNI



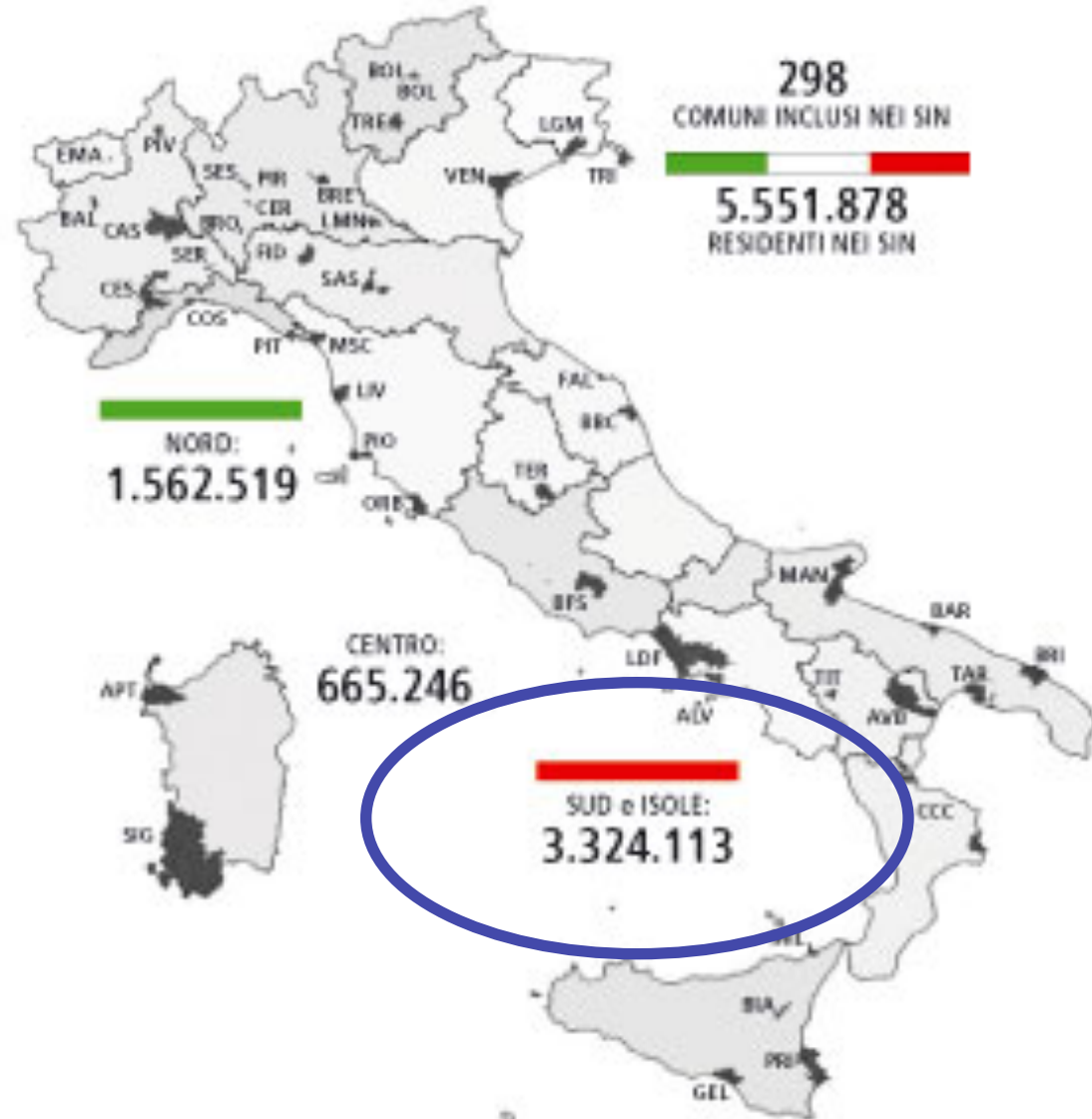
Percentuale di sedentari per regione/PA



Residenti in prossimità di siti inquinati

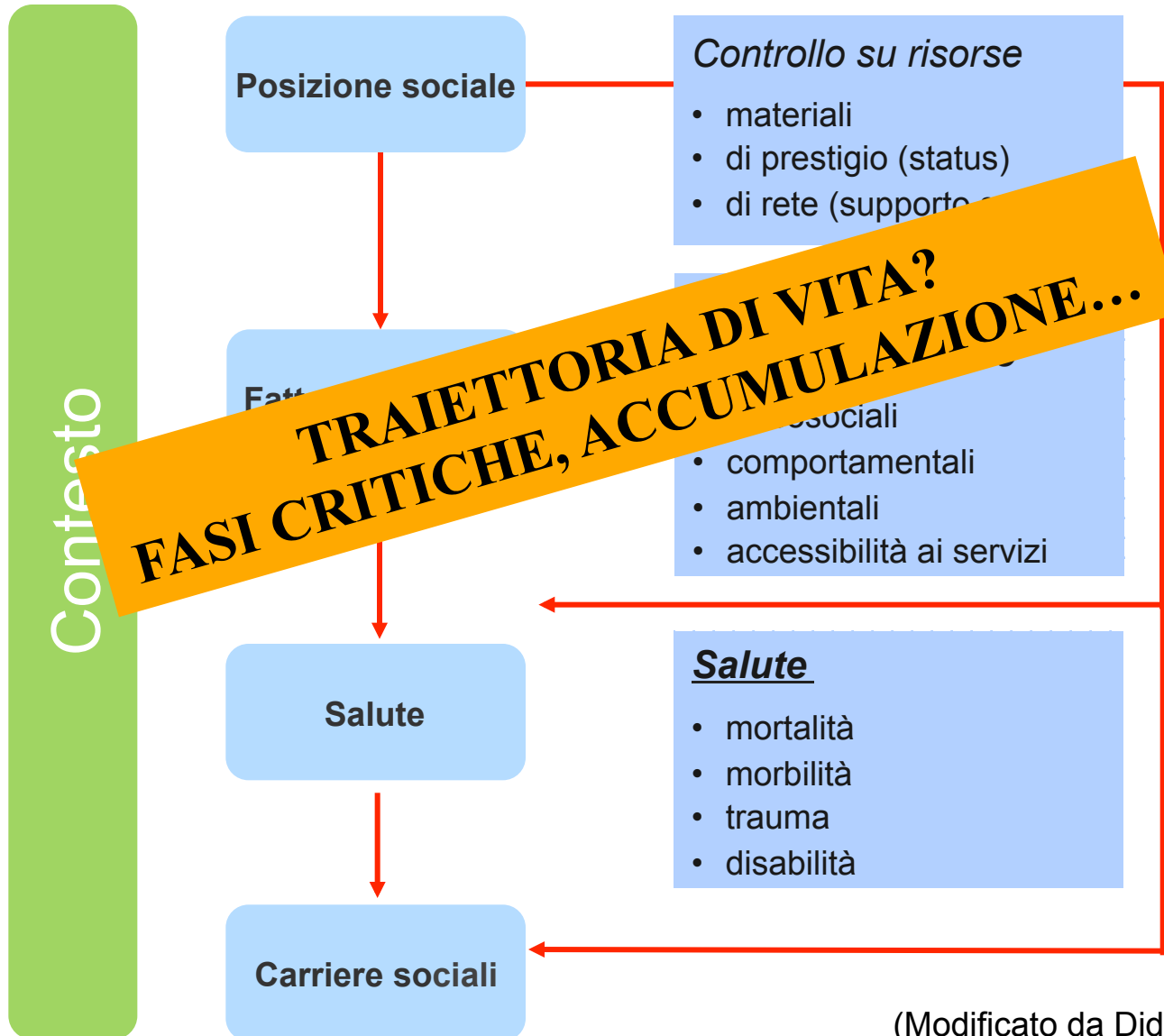
Figura 1

Siti di Interesse Nazionale per le bonifiche (SIN) nel Progetto SENTIERI. Numero di residenti nei comuni inclusi nei SIN, divisi per macro-area.



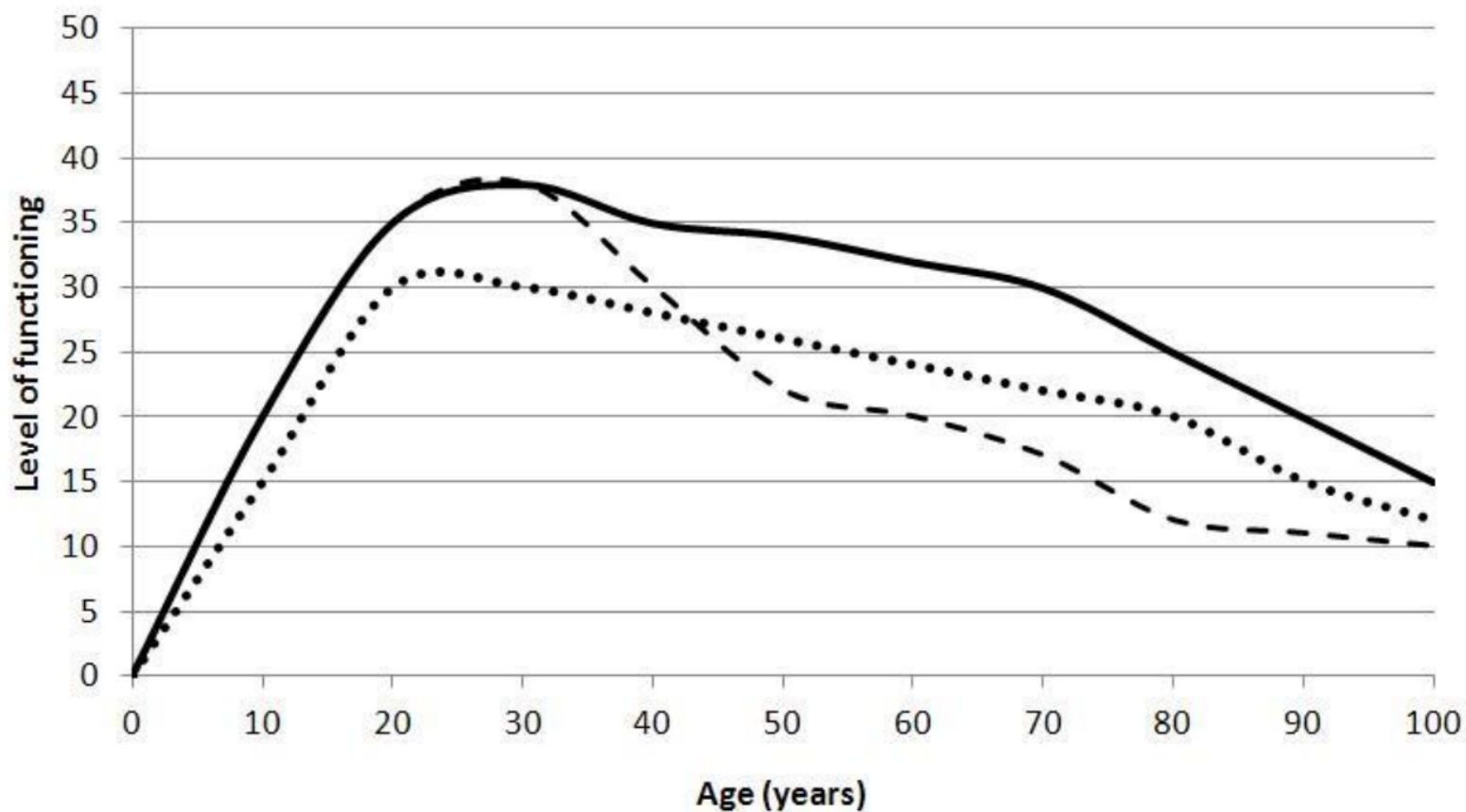
Modello interpretativo

(da dove hanno origine le variazioni?)



Crescita e declino della funzionalità respiratoria nel corso della vita – modello di Strachan & Sheikh

Figure 1. Life course growth and decline in functioning: Strachan-Sheikh Model



(Source: Strachan & Sheikh 2004)

Early life events

Rischio di basso peso alla nascita secondo le condizioni sociali e il periodo storico, Lazio

	1980-81 (ref)		1988-89		1995-96	
	OR ¹	95 % CI	OR ¹	95 % CI	OR ¹	95 % CI
Maternal educational level						
high (ref)	1.00		1.02	0.96 - 1.09	1.08	1.01 - 1.15
low	1.22	1.15 - 1.30	1.23	1.00 - 1.52	1.39	1.13 - 1.71
Nationality						
Italian (ref)						
Foreigner	1.96	1.44 - 2.66	1.91	0.92 - 3.98	1.40	0.67 - 2.91
Marital status						
married (ref)						
single	1.73	1.56 - 1.92	1.63	1.19 - 2.23	1.53	1.13 - 2.08

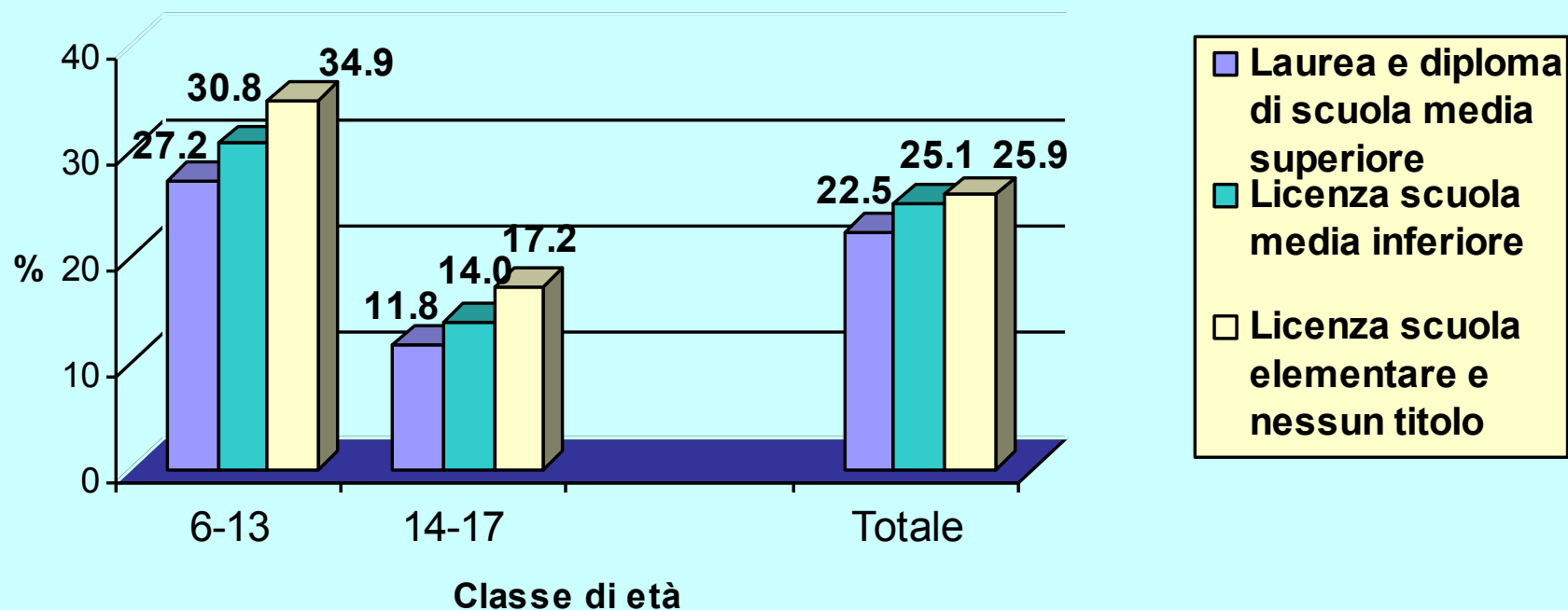
¹ Odds Ratios adjusted by sex, parity, multiple pregnancies, maternal age

by Agenzia Salute Pubblica - Lazio

Early life events

Percentuale di bambini con eccesso di peso
per titolo di studio della madre

1999 - 2000

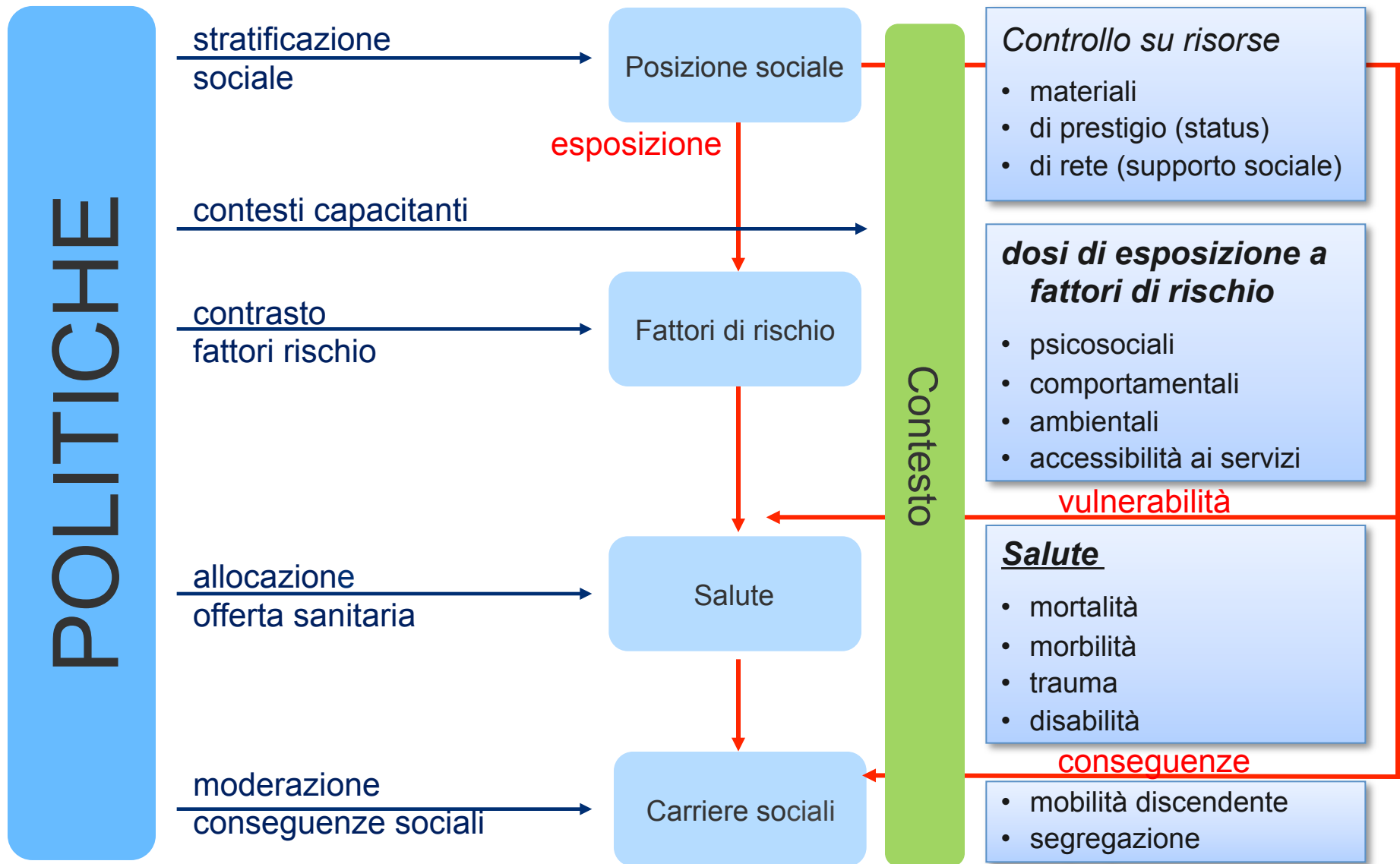


Elaborazione di L. Gargiulo, et al.
con i dati dell'Indagine ISTAT sulla salute 1999-2000

I determinanti sociali nelle variazioni di salute nella popolazione

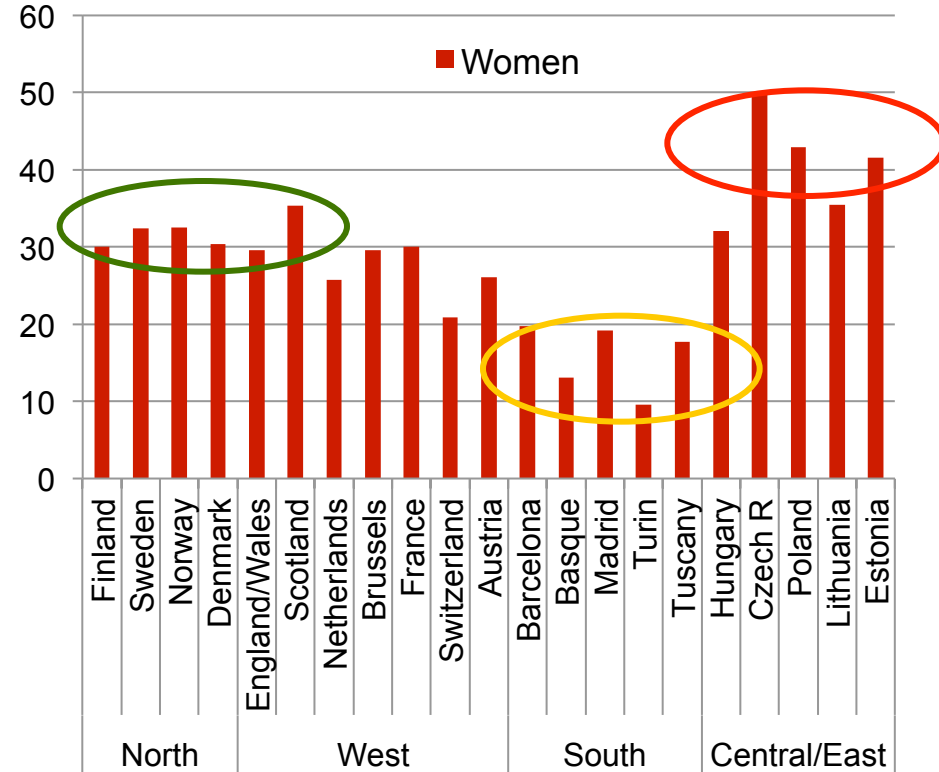
- Evidenze
- Meccanismi
- **Soluzioni**
- Alla prova della crisi
- Come fare? *L'health equity audit*
- Implicazioni per la sanità pubblica

Soluzioni → Le politiche per il contrasto



A quale impatto ammontano le disuguaglianze sociali (per anni di istruzione) nella salute?

Quale % di morti sarebbe evitabile se tutta la popolazione acquisisse i tassi di mortalità della popolazione più istruita?



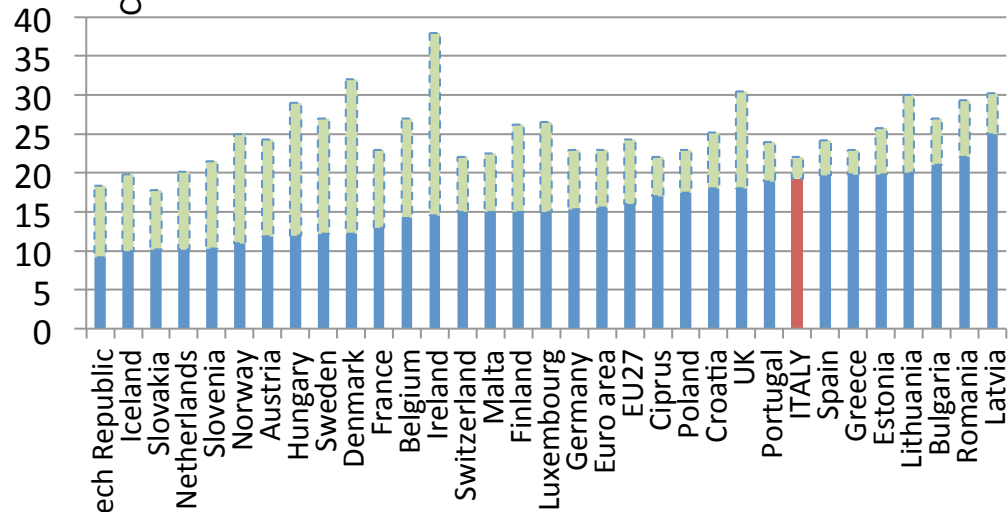
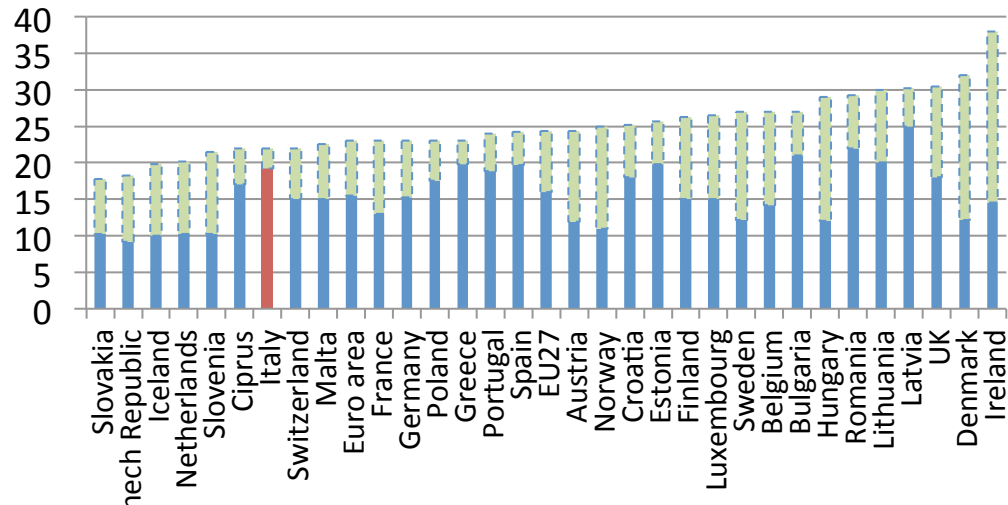
Perché le disuguaglianze di salute non si contrastano in Italia?

In realtà non è che non ci siano esempi di contrasto alle disuguaglianze, ma:

- più che di politiche si tratta di azioni non integrate in un unico approccio o in una strategia multisetoriale
- avvengono prevalentemente nel mondo della sanità e sono dunque orientate più a curare gli effetti delle disuguaglianze che a prevenirle, spesso senza un sostegno esplicito istituzionale
- spesso sono solo indirettamente o non esplicitamente vincolate alle disuguaglianze di salute
- sono spesso rivolte ai gruppi vulnerabili piuttosto che focalizzate ad intaccare il gradiente sociale
- solo in parte hanno un appropriato sistema di valutazione e di monitoraggio

Percentuale di popolazione a rischio di povertà in Europa

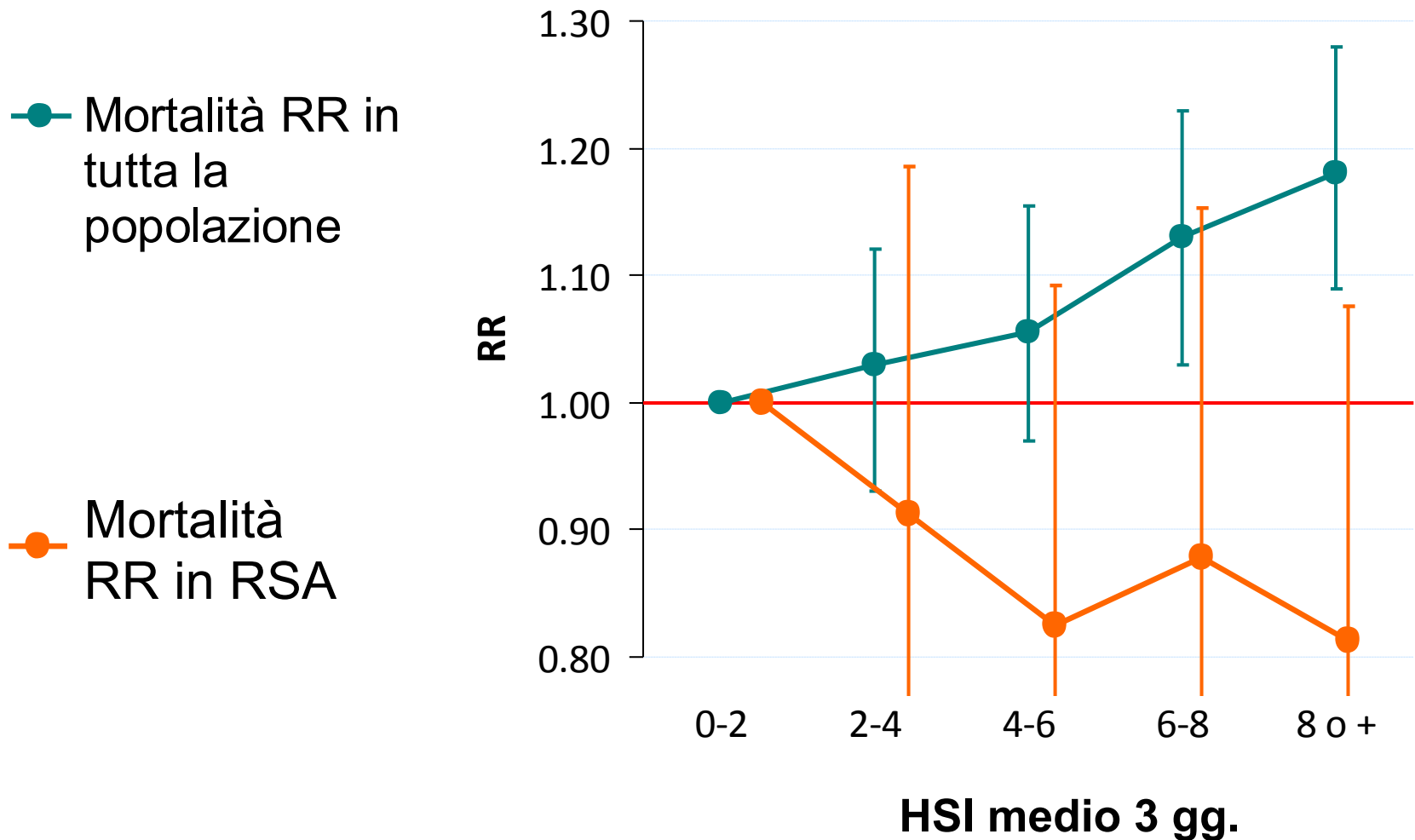
% di popolazione a rischio povertà



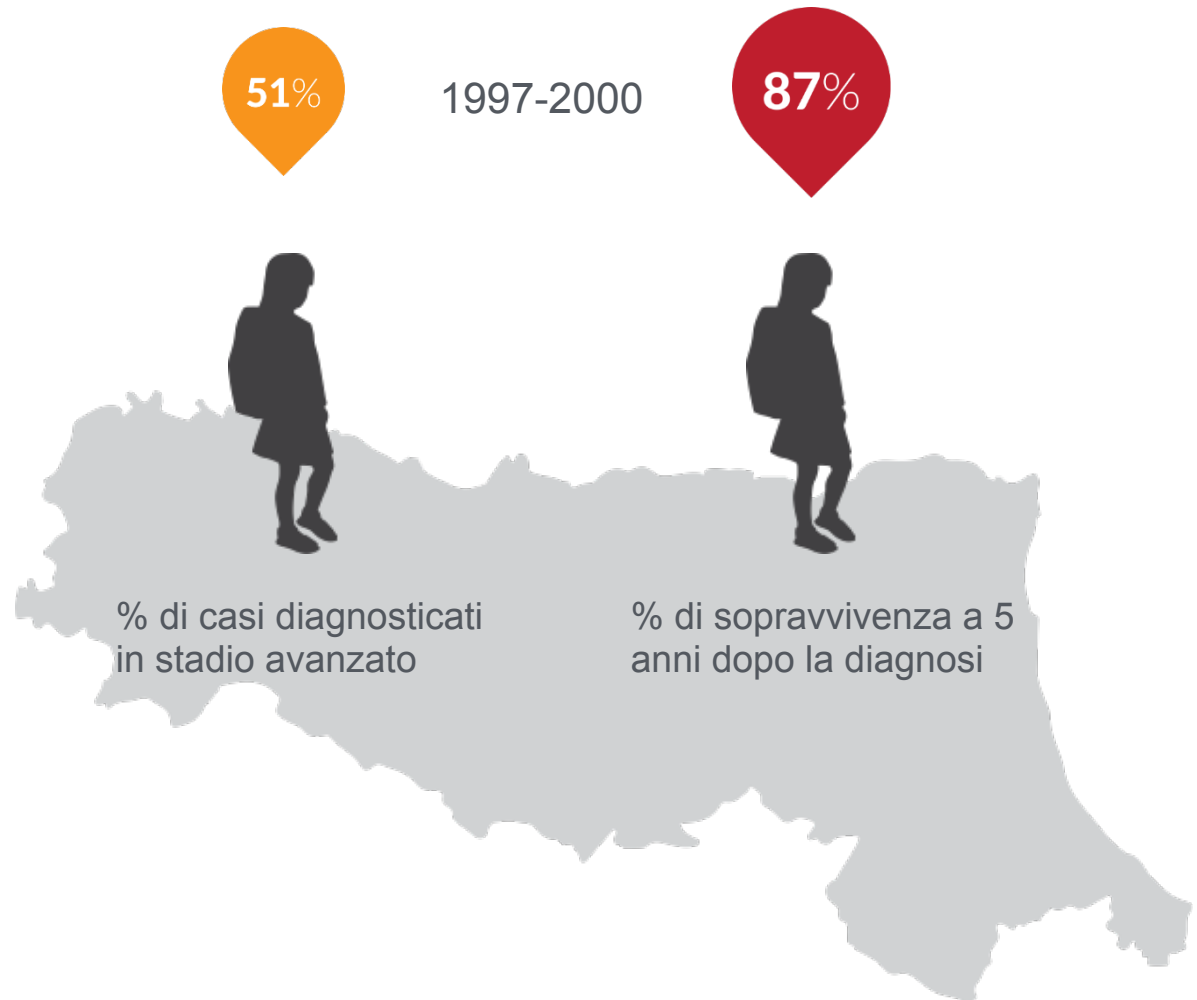
■ Difference between before and after social transfers

Soluzioni → Politiche per l'ambiente

Vulnerabilità per mortalità a ondate di calore in anziani fragili a Torino:
impatto per politiche su ambiente



Soluzioni → Politiche di prevenzione



Soluzioni → Politiche di prevenzione



Soluzioni → Assistenza

Compliance a linee guida e modelli integrati nel caso diabete (a Torino)

minore mortalità

< disuguaglianza di mortalità

con costi paragonabili

con margini di applicabilità

Mortalità

Equità

Mortalità (istr bassa vs alta)

Spesa

Copertura

RR

RR

RR

%

MMG + Diab + LG

1

1.11

1

40%

MMG + Diab

1.29

1.15

1.14

60%

MMG

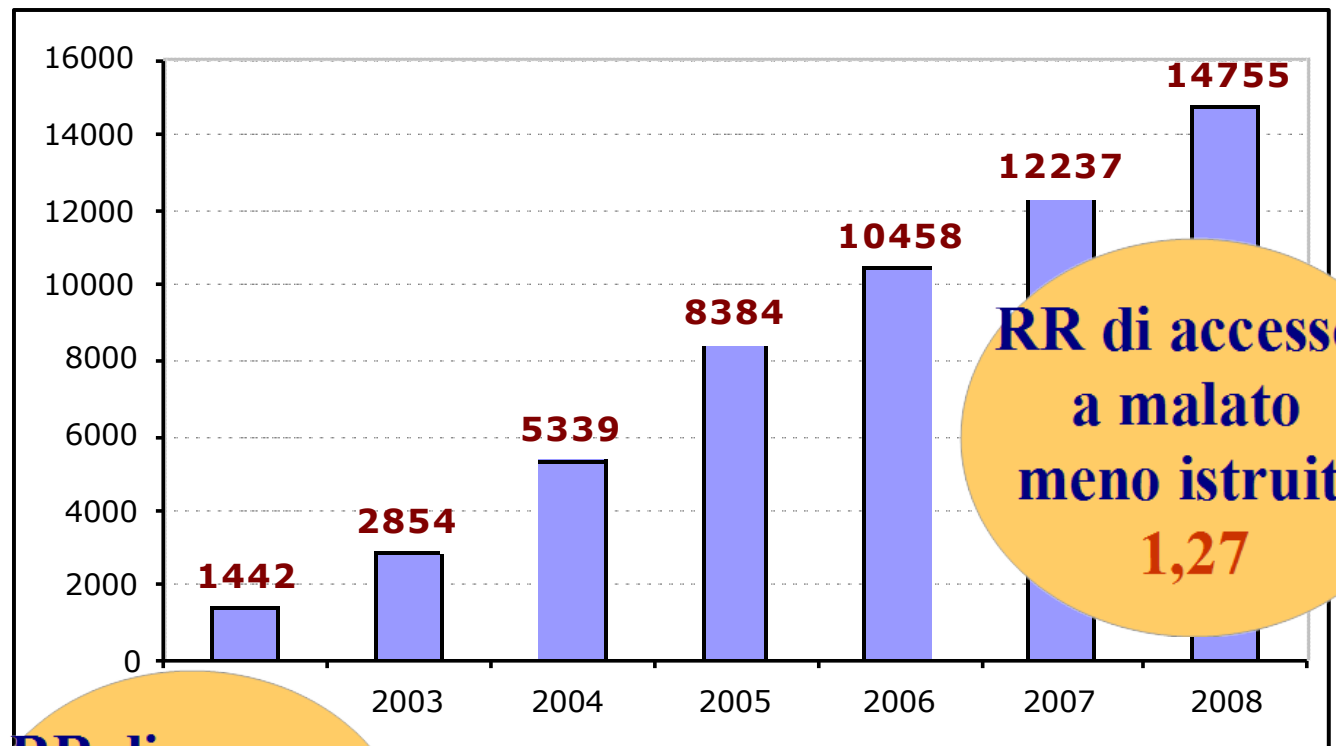
1.72

1.30

1.03

Soluzioni → Politiche sull'offerta

Accesso alla PET in Piemonte: implicazioni per l'introduzione di nuovi livelli di assistenza



RR di accesso
a malato
meno istruito
0,72

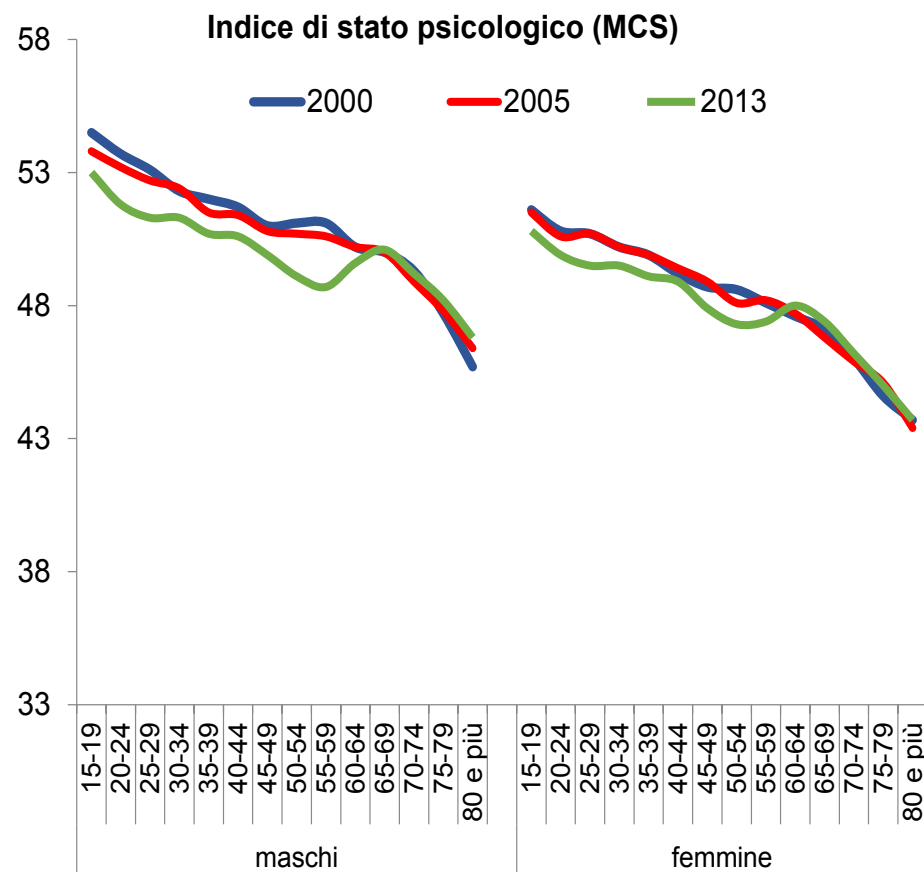
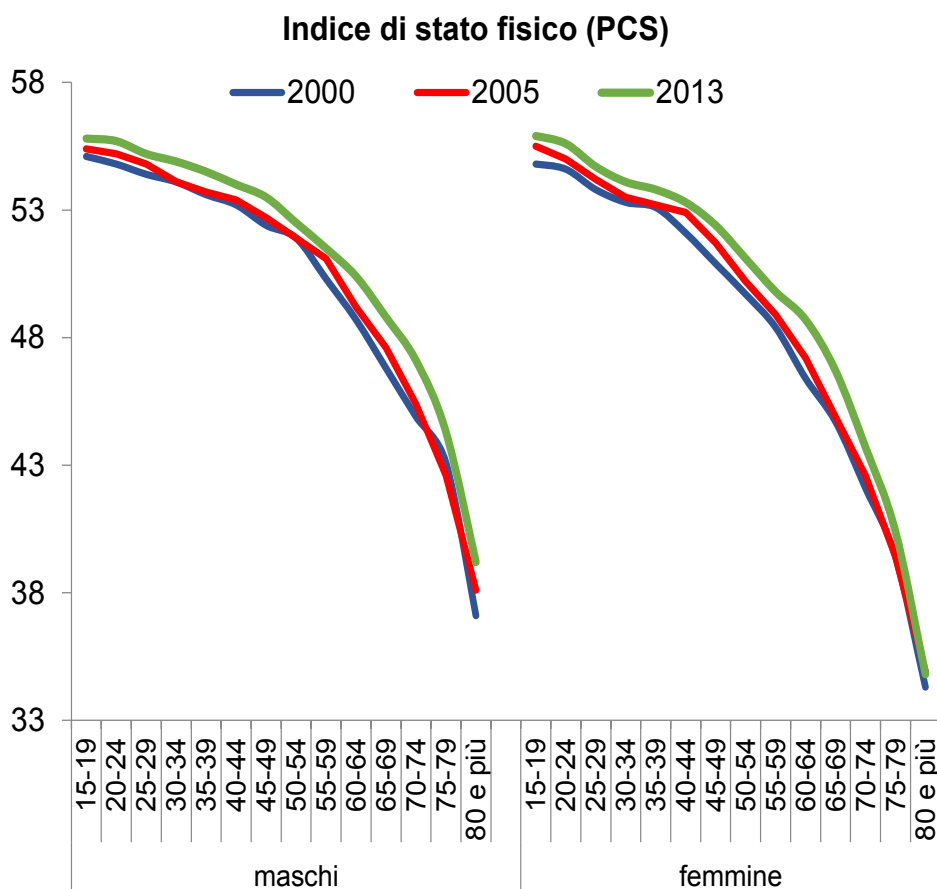
RR di accesso
a malato
meno istruito
1,27

I determinanti sociali nelle variazioni di salute nella popolazione

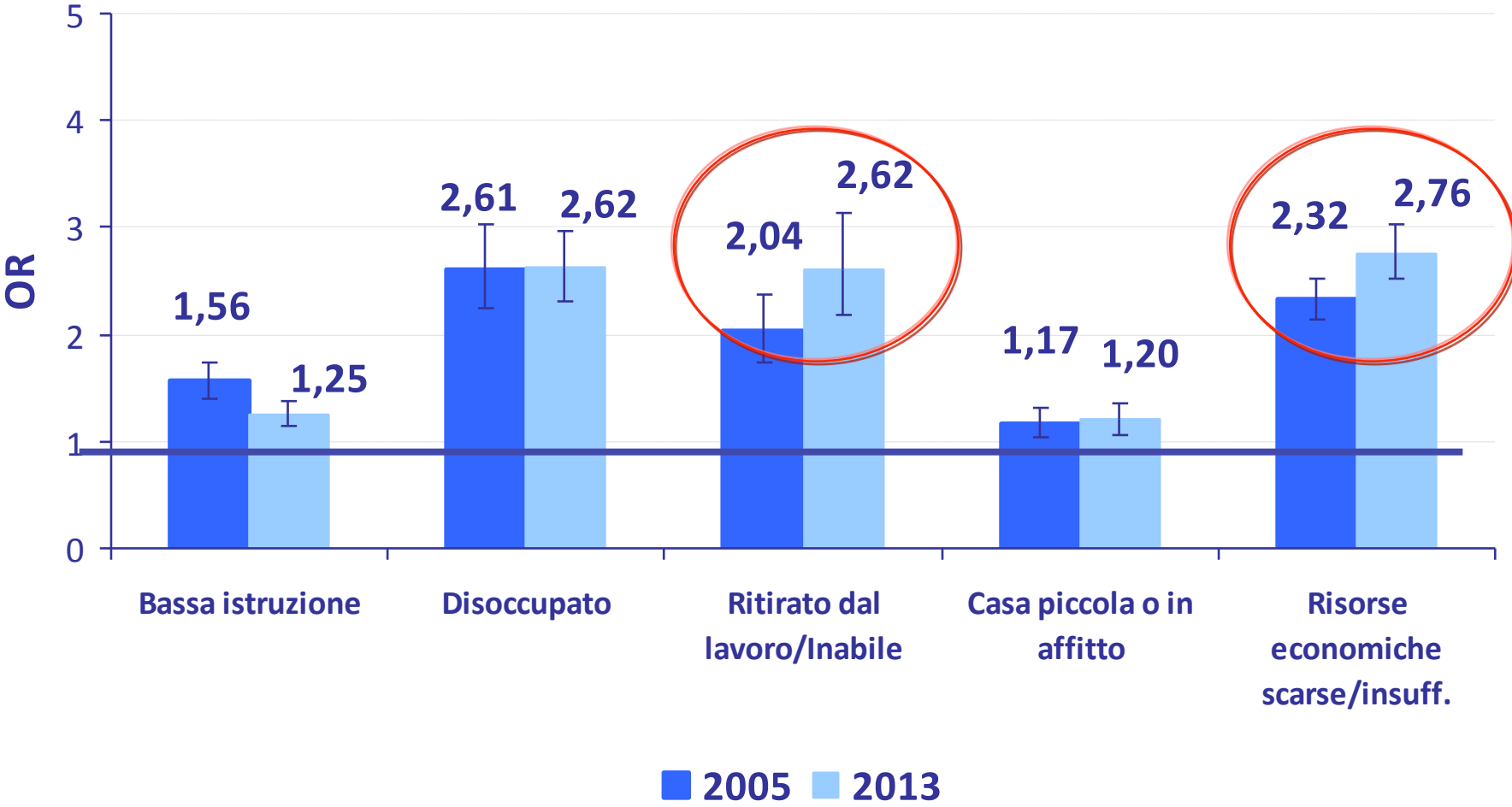
- Evidenze
- Meccanismi
- Soluzioni
- **Alla prova della crisi**
- **Come fare? L'*health equity audit***
- **Implicazioni per la sanità pubblica**

Indice di stato fisico (PCS) e Indice di stato psicologico (MCS) della popolazione di 15 anni e oltre.

Fonte Indagini Istat su salute Anni 2000, 2005 e 2013 (Gargiulo 2016).

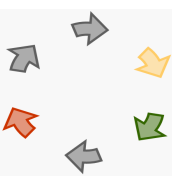


Rischio di bassa salute mentale (Indice di stato mentale sotto il decimo percentile) in Italia prima e dopo la crisi - Uomini



I determinanti sociali nelle variazioni di salute nella popolazione

- Evidenze
- Meccanismi
- Soluzioni
- Alla prova della crisi
- **Come fare? *L'health equity audit***
- Implicazioni per la sanità pubblica

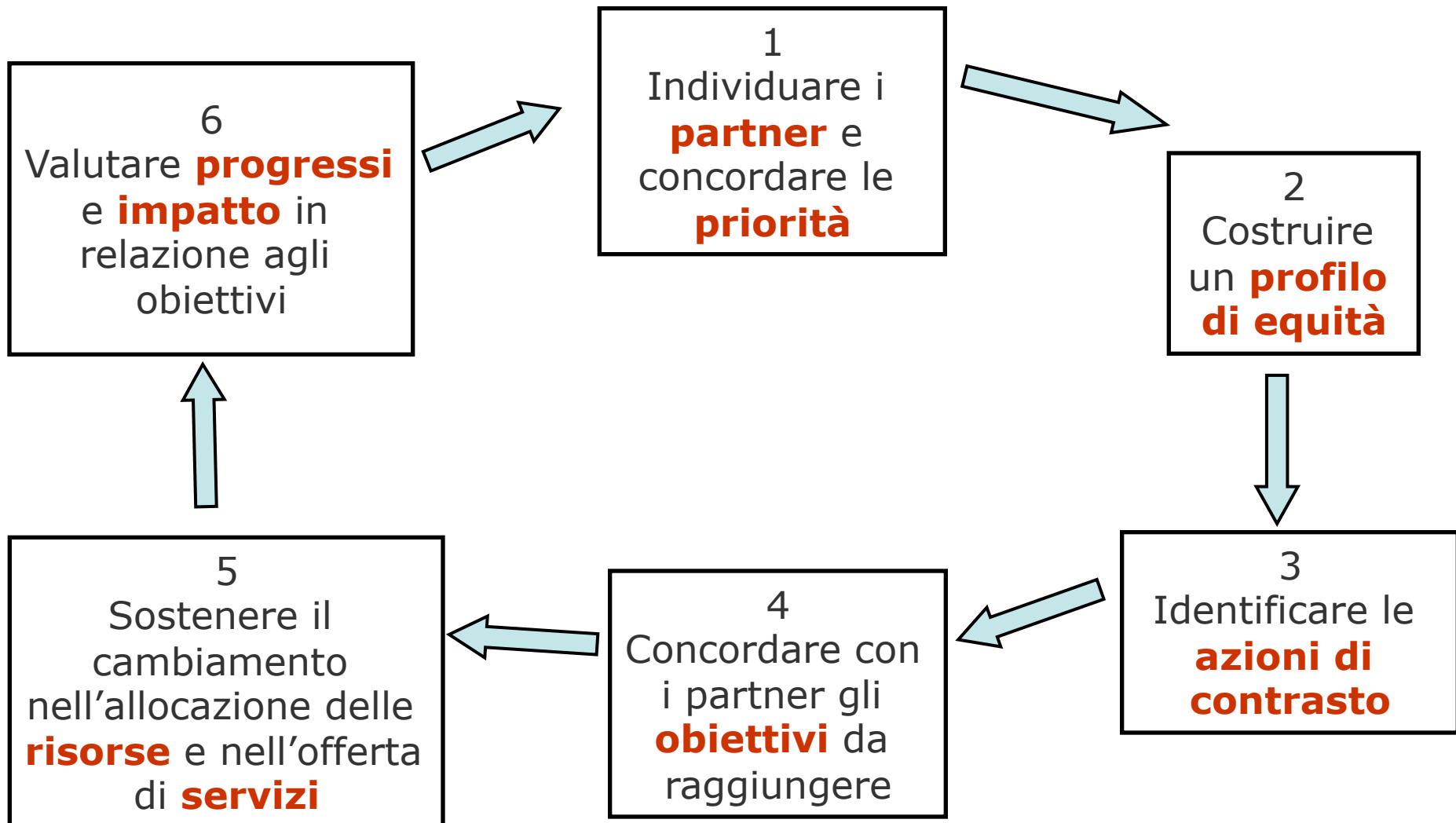


Lo strumento dell'Health Equity Audit

È un processo finalizzato a verificare sistematicamente la presenza di iniquità nell'accesso e negli esiti di prestazioni sanitarie, ad individuare le conseguenti azioni di contrasto e a verificarne il loro impatto

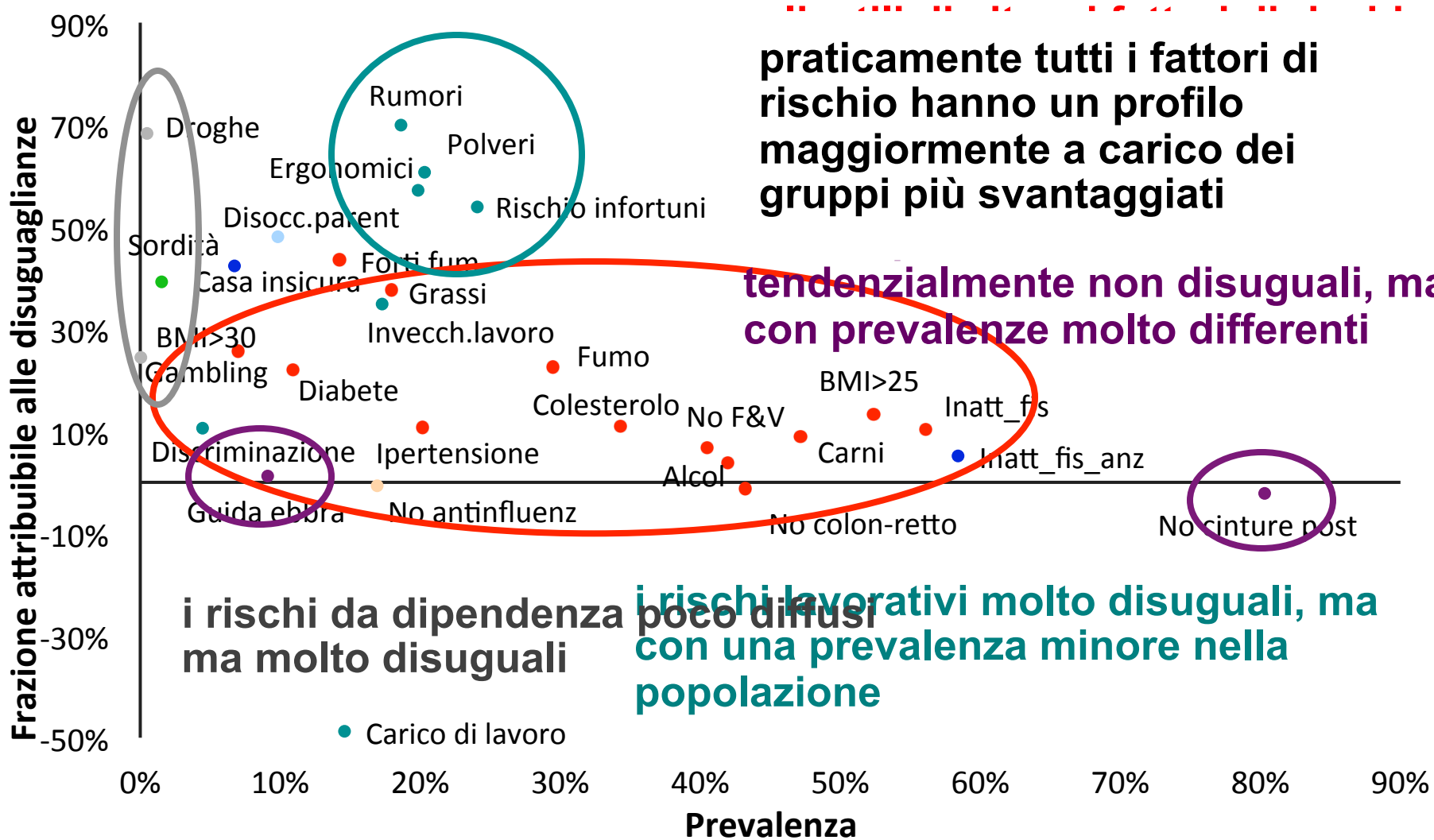
→ strumento di programmazione sanitaria

Le sei fasi dell'HEA



Le lenti dell'equità

Priority setting dei fattori di rischio del PNP in Lombardia per guadagno di salute possibile. MASCHI



Per approfondire

File Modifica Visualizza Cronologia Segnalibri Strumenti Aiuto

health equity audit il ciclo - Ce... x http://www.g...269000,d.aWw... Toolkit 5. Un percorso di valut... x

assr.regione.emilia-romagna.it/it/aree_attivita/partecipazione-innovazione-sociale/comunita-equita/osservatori

Regione Emilia-Romagna

Venerdì 27.02.2015 BO 3 °12 °

Primo Piano L'Agenzia

E-R | Agenzia sanitaria e sociale regionale | Aree di attività > Partecipazione, equità, innovazione sociale > Comunità, equità e partecipazione > Osservatorio sull'equità > Toolkit - strumenti per l'equità

Servizi online

- Argomenti - Indice A... Z
- Pubblicazioni
- Normativa per la ricerca
- Biblioteca
- Sviluppo software e IT-Ced sanità

Aree di attività

- Accreditamento delle strutture sanitarie
- Farmaci
- Governance della ricerca
- Governo clinico
- Innovazioni e nuove tecnologie in sanità
- Partecipazione, equità, innovazione sociale
 - Comunità, equità e partecipazione
 - Laboratorio per l'ascolto
 - Osservatorio sull'equità
 - Ricerca-azione
 - Formazione
 - Networking
 - Valutazione
 - Partecipazione delle comunità
 - Reti sociali e organizzative
 - Iniziative di ricerca e innovazione
 - Progetti nazionali e internazionali

Toolkit 5. Un percorso di valutazione di equità. L'Health Equity Audit (HEA)

Area Comunità, equità e partecipazione - Osservatorio sull'equità

Il Toolkit n. 5 "Un percorso di valutazione di equità. L'Health Equity Audit (HEA)" intende presentare un approccio alla pianificazione locale in termini di equità. Il modello dell'Health Equity Audit (HEA) è nato in Inghilterra, dove attualmente viene utilizzato in maniera sistematica nel Sistema sanitario nazionale.

Oltre a descrivere il modello, il Toolkit fornisce indicazioni, suggerimenti ed esempi utili per la possibile applicazione locale dell'HEA nelle diverse Aziende.

È composto da 6 schede tematiche:

- [carpetta \(pdf, 292.0 KB\)](#)
- Glossario e bibliografia ragionata ([scheda 1 \(pdf, 325.3 KB\)](#))
- Health Equity Audit. Il ciclo e le sue fasi ([scheda 2 \(pdf, 542.8 KB\)](#))
- Il Profilo di equità ([scheda 3 \(pdf, 246.1 KB\)](#))
- Come comunicare dati e risultati del profilo di equità: colori e altri simboli ([scheda 4 \(pdf, 305.5 KB\)](#))
- Come comunicare dati e risultati del profilo di equità: mappe ([scheda 5 \(pdf, 1.6 MB\)](#))
- Come comunicare dati e risultati del profilo di equità: grafici ([scheda 6 \(pdf, 259.3 KB\)](#))

Torna alla pagina principale dell'Osservatorio sull'equità nel rispetto delle differenze

http://assr.regione.emilia-romagna.it/it/aree_attivita/partecipazione-innovazione-sociale/comunita-equita/osservatorio-equita/toolkit/toolkit-5/intro-toolkit-5

Il gruppo di lavoro interregionale su Equità in Salute e Sanità Della Commissione Salute della Conferenza delle Regioni

Fatti



Spiegazioni



Soluzioni



Responsabilità



www.disuguaglianzedisalute.it

I determinanti sociali nelle variazioni di salute nella popolazione

- Evidenze
- Meccanismi
- Soluzioni
- Alla prova della crisi
- Come fare? *L'health equity audit*
- Implicazioni per la sanità pubblica

Come contribuire a raggiungere l'equità?

RCP policy statement 2010

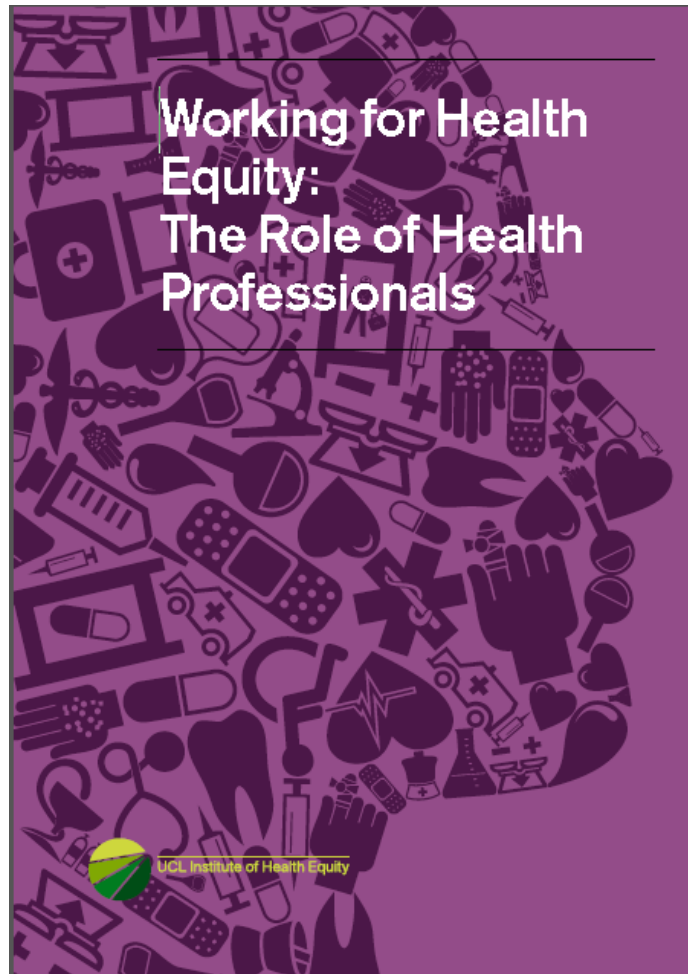
How doctors can close the gap

Tackling the social determinants of health through culture change, advocacy and education

Raccomandazioni che promuovono un cambiamento nell'atteggiamento dei medici nei confronti di:

- determinanti sociali della salute
- accessibilità ai servizi sanitari
- politiche sociali
- formazione universitaria e postuniversitaria dei medici

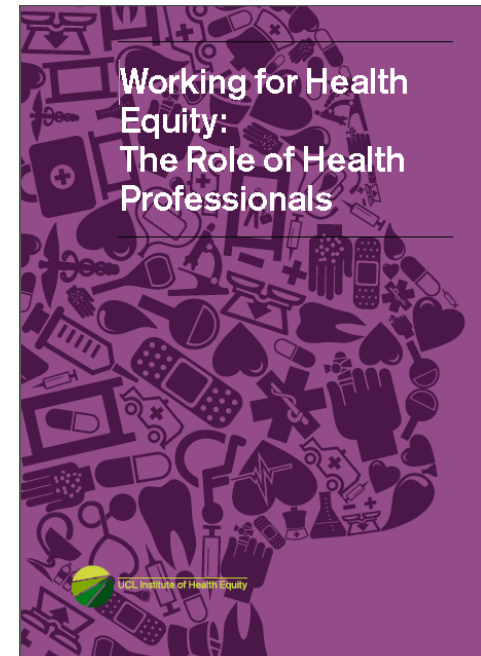
Il ruolo dei professionisti della sanità nella promozione di equità

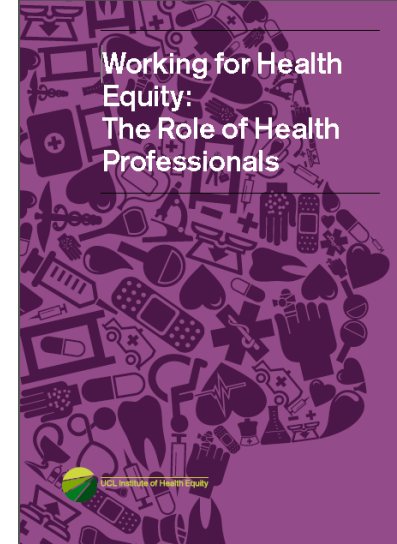


71	Part B
	Professions: Statements for action
72	Introduction
73	Allied health professionals
74	Music Therapy
76	Dieticians
78	Occupational Therapists
80	Physiotherapists
81	Speech and Language Therapists
83	Paramedics
86	Radiographers
88	Medical students
91	Clinical Commissioning Groups
93	Dentists and oral health teams
95	General practitioners
97	Hospital doctors
99	Midwives
101	Nurses
104	Obstetricians and gynaecologists
106	Paediatricians
109	Psychiatrists
112	Social workers and social care

Le raccomandazioni per i professionisti della salute

1. Formazione su Health Equity
2. Lavorare con le persone e le comunità
3. Essere presenti a tutti i livelli del SSN
4. Lavorare in partnership
5. Difendere e sostenere l'equità



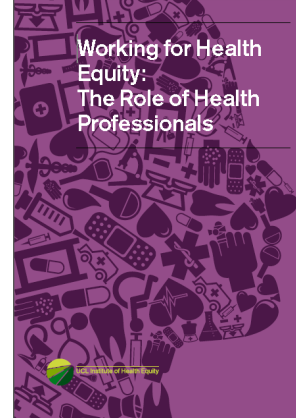


Griglia di HEA per gli igienisti (impegno di SITI)

- Dipartimento prevenzione
 - per i più vulnerabili (vaccinazioni e screening per carcerati, rom, immigrati irregolari)
 - per politiche locali: revisione di strumenti di autorizzazione urbanistica per promozione della salute
- Formazione specialistica: health equity audit

Assistenza primaria (Browne et al 2012)

- Poter contare su un **esplicito mandato** istituzionale all'equità
- **Sviluppare strutture, policy e processi** a supporto dell'equità
- **Rivedere l'uso del tempo**
- **Riflettere sull'organizzazione interna** del servizio e sulle dinamiche di potere
- **Adattare l'assistenza, i programmi e i servizi al contesto** in cui le persone a cui questi si rivolgono e vivono
- Essere in grado di **contrastare attivamente l'impatto dei diversi fattori** che si riversano sulle condizioni di salute, sull'accesso ai servizi e sulla qualità della vita della popolazione assistita
- Creare opportunità per promuovere e favorire il **coinvolgimento della comunità e di altri settori**, inclusa la partecipazione degli stessi pazienti
- **Adattare l'assistenza i programmi e i servizi alle storie dei singoli o dei gruppi**
- **Ottimizzare l'uso degli spazi** per incontrare i bisogni della popolazione



Per saperne di più:

Sito web <http://www.disuguaglianzedisalute.it>

Per iscriversi alla newsletter

Iscriviti alla newsletter qui

Obiettivi

- stimolare l'attenzione del pubblico che naviga in rete sulle disuguaglianze di salute
- funzionare da centro di documentazione sulla conoscenza scientifica e grigia su fatti, spiegazioni e azioni per le disuguaglianze di salute
- funzionare da luogo di comunicazione per comunità di pratica specializzate su specifici ambiti di politiche e responsabilità

I contenuti del sito sono aggiornati in occasione dell'invio della newsletter bimestrale

Viene inviata a circa 150 iscritti

Disuguaglianze di salute
Ridurre le disuguaglianze con azioni di contrasto sui determinanti sociali

HOME CHI SIAMO TEMI RISORSE PUBBLICAZIONI NETWORK EVENTI CONTATTI

Lavoro e salute. Un potenziale da recuperare

Lavoro e salute. Un potenziale da recuperare

© 21/01/2015
Il policy brief è rivolto a dirigenti e operatori che si occupano di lavoro nelle imprese, nella pubblica amministrazione, nel terzo settore e nelle parti sociali. Ripropone in modo sintetico teorie ed evidenze empiriche presentate nel Libro Bianco, per orientare all'equità la gestione delle persone nel lavoro. Equità di salute, produttività e qualità, secondo quanto emerge dalle ricerche sul lavoro, potrebbero essere obiettivi su cui lavorare in modo integrato. La comunità di pratiche, attiva in questo sito, è il luogo dove raccogliere e discutere esperienze concrete, evidenze empiriche sull'efficacia di politiche e interventi, strategie e metodi per osservare e migliorare l'equità di salute nel lavoro.

Leggi Articolo »

L'obbligo vaccinale: il ruolo della comunicazione

© 20/01/2015
Da una ricerca realizzata dalla Regione Veneto emerge che i genitori che non vaccinano i figli sono cittadini italiani, con scolarità più elevata, maggiore età media, hanno più figli e ci sono più madri impiegate in ambito sanitario. Occorre quindi agire su questa fascia di popolazione per aumentare la copertura vaccinale, oggi in calo?

Leggi Articolo »

EVENTI

FEBBRAIO 2016						
L	M	M	G	V	S	D
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29						

LINK

Dors Centro regionale di Documentazione per la Promozione della Salute
EPI Epidemiologia in Piemonte
Epicentro il portale dell'epidemiologia per la sanità pubblica a cura del Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute
Equity Action Sito nato dall'azione congiunta dei paesi dei paesi membri della EU, il cui fine è quello di ridurre le disuguaglianze migliorando le politiche e le pratiche di salute.



Grazie per l'attenzione!

angelo.derrico@epi.piemonte.it