



TOOLKIT 5

Un percorso di valutazione di equità

L'Health Equity Audit (HEA)

GLOSSARIO E BIBLIOGRAFIA RAGIONATA



L'Health Equity Audit (HEA) è stato introdotto nel 2004 in Gran Bretagna tra gli obiettivi nazionali per ridurre le disuguaglianze nella salute ed è stato reso obbligatorio per alcuni anni come parte integrante del quadro nazionale di valutazione delle prestazioni.

Di seguito è possibile trovare un breve glossario dei termini chiave che fanno riferimento a questo processo, e una bibliografia ragionata che vuole essere un punto di partenza per ulteriori approfondimenti.

AUDIT

Il termine audit, dal latino audio, richiama a un processo di ascolto e partecipazione: in particolare è una valutazione volta a ottenere evidenze relativamente a un determinato oggetto, e valutarle con obiettività, al fine di stabilire in quale misura i criteri prefissati siano stati soddisfatti o meno. Si tratta di un processo sistematico, indipendente e documentato che sottosta a una serie di regole ben definite.

In particolare, in ambito sanitario l'audit clinico è lo strumento che permette di verificare le capacità di fornire e mantenere livelli assistenziali di qualità elevata, valutando e misurando le differenze riscontrate nella pratica assistenziale rispetto a standard esplicitamente definiti.

HEALTH EQUITY AUDIT

L'Health Equity Audit (HEA) è un processo che serve a identificare quanto equamente i servizi e le risorse sono distribuiti in relazione ai bisogni di salute di gruppi di popolazione o aree territoriali e, di conseguenza, a individuare le azioni prioritarie da mettere in campo per fornire servizi equi per la popolazione.

È quindi uno strumento di programmazione sociosanitaria per combattere le iniquità, che parte da un'analisi delle evidenze e delle iniquità esistenti per orientare una pianificazione dei servizi che preveda una distribuzione delle risorse in base al bisogno di salute.

AUDIT CLINICO vs HEALTH EQUITY AUDIT	
<i>analogie</i>	<i>differenze</i>
È un processo ciclico che mira a migliorare i servizi e l'assistenza sanitaria	È uno strumento che guarda primariamente alla popolazione residente, non agli utenti di servizi
Prevede il fissare obiettivi e standard per particolari gruppi o servizi	Si focalizza su un particolare gruppo di popolazione definito in base a età, genere, nazionalità/paese di origine, stato socio-economico, luogo di residenza (geografia), ...
È condotto in collaborazione con partner che hanno responsabilità sui servizi e con gli operatori che erogano i servizi	Ha l'obiettivo primario di migliorare i risultati di salute dei gruppi che si rilevano più svantaggiati
Mira a facilitare l'apprendimento di pratiche <i>evidence-based</i>	Si occupa di determinanti di salute, di assistenza sociale e sanitaria e di servizi

tratto da *Health Equity Audit Made Simple: a briefing for Primary care Trusts and Local Strategic Partnerships*. NHS, 2003.

PROFILO DI EQUITÀ (Equity Profile)

Nell’ambito di un un HEA, per Profilo di equità si intende una raccolta di informazioni su stato di salute, utilizzo di servizi sociosanitari e distribuzione dei determinanti sociali di salute, che tiene conto di variabili socioeconomiche per individuare iniquità tra gruppi distinti di popolazione. Si tratta di una lettura della salute di un territorio attraverso la prospettiva dell’equità.

Il profilo di equità permette di usare i dati per confrontare l’offerta dei servizi con i bisogni della popolazione, le possibilità di accesso, l’utilizzo e risultati in termini di salute.

PROFILO DI COMUNITÀ

Il Profilo di comunità è uno strumento che permette la lettura ragionata e partecipata dei bisogni di salute e di benessere della popolazione e, come tale, ha funzione di supporto nella individuazione delle criticità e delle priorità per la programmazione di politiche territoriali sociali, sociosanitarie e sanitarie (Delibera dell’Assemblea legislativa n.175/2008 della Regione Emilia-Romagna).

Il Profilo di comunità non contiene scelte di programmazione, ma a partire dall’analisi di dati quantitativi e qualitativi mira a identificare i punti rilevanti che la programmazione sociale e sociosanitaria deve affrontare, i bisogni e le tendenze dello sviluppo demografico, sociale, economico, ambientale, ecc. di un dato territorio. È pertanto uno strumento essenziale per mettere in evidenza le peculiarità di un territorio, dal punto di vista sia del “volto” che tale territorio mostra nel complesso (in riferimento alla struttura demografica, alla salute della popolazione, agli stili di vita, alla condizione socioeconomica, all’assetto del mercato del lavoro e della struttura produttiva, ai rapporti di genere), sia delle problematiche da affrontare, sia delle risorse disponibili e/o attivabili.

PERCORSI DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO-ASSISTENZIALI (PDTA)

I percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali (PDTA) sono uno strumento di gestione clinica usato per definire il migliore processo assistenziale finalizzato a rispondere a specifici bisogni di salute, sulla base di raccomandazioni riconosciute, adattate al contesto locale, tenute presenti le risorse disponibili. Scopo dei PDTA è favorire l’integrazione fra gli operatori, ridurre la variabilità clinica, contribuire a diffondere la medicina basata sulle evidenze (EBM), utilizzare in modo congruo le risorse e permettere di valutare le prestazioni erogate mediante indicatori (DEFINIZIONE AZIENDA REGIONALE SERVIZI SANITARI - ARESS, REGIONE PIEMONTE)

[I PDTA rappresentano] la migliore sequenza temporale e spaziale possibile, sulla base delle conoscenze tecnico-scientifiche e delle risorse professionali e tecnologiche a disposizione, delle attività da svolgere per risolvere i problemi di salute del paziente. ... Sempre più chiara risulta [infatti] la consapevolezza che per generare valore è necessario connettere attori e fasi che invece oggi troppo spesso intervengono in modo non coordinato, non programmato, scaricando solo sul paziente l’onere della continuità, della ricerca dei differenti interventi, del raccordo, della trasmissione delle informazioni, e del risultato (DEFINIZIONE AZIENDA USL DI BOLOGNA)

BIBLIOGRAFIA RAGIONATA

Lo strumento dell’HEA

- Department of Health. *Health Equity Audit: A guide for the NHS*. 2003.
http://www.york.ac.uk/whpho/documents/hea/Website/DOH_HEA_Guide%20for%20NHS.pdf
- Department of Health. *Health equity audit: a self-assessment tool*. 2004.
http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20130107105354/http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4070715
- Hamer et al. Health equity audit made simple: A briefing for Primary Care Trusts and Local Strategic Partnerships. 2003.
<http://www.nice.org.uk/niceMedia/documents/equityauditfinal.pdf>

Alcuni esempi concreti

- Aspinall P, Jacobson B. *Health equity audit: a baseline survey of primary care trusts in England*. London, Health Development Agency, 2005.
- Health Equity audit methods / case studies
http://www.empho.org.uk/methodologies/hea/hea_casestudies.aspx
- Health Development Agency. *Making the case: Health Equity Audit*. ISBN 1-84279-443-4. 2005.
<http://www.nice.org.uk/nicemedia/docs/Making%20the%20case-13-03.pdf>
- National Institute for Health and Clinical Excellence. *Health Equity audit - learning from practice briefing*. 2006.
<http://www.nice.org.uk/niceMedia/docs/HEA-bulletin-FINAL-NEWISBN-25-02.pdf>
- Palazzi M, Chiara R *et al.* *Profilo di equità in epoca prenatale e pediatrica*. Azienda USL di Cesena, 2011.
http://www.ausl-cesena.emr.it/Portals/0/Documenti/Dip%20Sanit%C3%A0%20Pubblica/Epidemiologia/varie%20doc/EC11_Profilo_equit%C3%A0.pdf
- UOS Innovazione per l’equità nei servizi sanitari, Staff Direzione delle attività clinico-assistenziali, Azienda USL di Bologna *Health Equity Audit - PDTA Mammella*. 2013.

Disuguaglianze, iniquità e determinanti sociali di salute

- Acheson D. *Independent inquiry into inequalities in health*. London, Stationery Office, 1998.
- CSDH/WHO. *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health*. Geneva, World Health Organization, 2008.
- Dahlgren G, Whitehead M. *Policies and strategies to promote social equity in health*. Stockholm, Institute of Futures Studies, 1991.
- Department of Health of London. *Tackling health inequalities: a programme for action*. 2003.
- Graham H, Kelly MP. *Health inequalities: concepts, frameworks and policy*. London, Health Development Agency, 2004.
http://www.nice.org.uk/niceMedia/pdf/health_inequalities_policy_graham.pdf
- Marmot M. *Fair Society Healthy Lives: The Marmot Review*. 2010.
<http://www.instituteofhealthequity.org/projects/fair-society-healthy-lives-the-marmot-review>
- Whitehead M. The Concepts and Principles of Equity in Health. *Int J Health Serv*, 22 (3): 429-445, 1992.

Strumenti per misurare l'equità in salute

- Carr-Hill RA, Chalmers I, Dixon P. *A Review of Methods for Monitoring and Measuring Social Inequality, Deprivation and Health Inequality*. Oxford, South East Public Health Observatory, 2003.
- Majeed FA *et al.* Equity in the NHS Monitoring and promoting equity in primary and secondary care. *BMJ*, 308: 1426-1429, 1994.
- Public Health England. *Marmot Indicators for Local Authorities in England, 2012*. 2012.
http://www.lho.org.uk/LHO_Topics/national_lead_areas/marmot/marmotindicators.aspx
- Public Health England. *Local Health Profiles*. 2013
http://www.apho.org.uk/default.aspx?QN=P_HEALTH_PROFILES
- Public Health England, *Health Inequalities Intervention Toolkit*
http://www.lho.org.uk/LHO_Topics/Analytic_Tools/HealthInequalitiesInterventionToolkit.aspx



HEALTH EQUITY AUDIT

Il ciclo e le sue fasi

L'Health Equity Audit (HEA - Audit di equità in salute) è un processo attraverso il quale si quantificano e si definiscono le iniquità di salute, ai fini di una pianificazione locale in termini di equità.

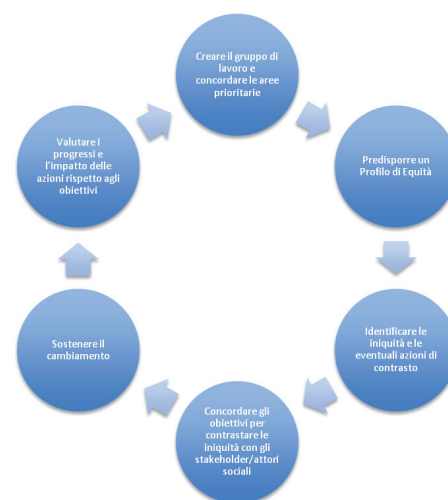
È un approccio nato in Inghilterra per il contrasto delle iniquità in salute, promosso per la prima volta all'interno dell'*Independent Inquiry into Inequalities in Health*,* e attualmente utilizzato in maniera sistematica nel Sistema sanitario nazionale inglese.

L'HEA è un processo ciclico attraverso il quale tutti gli attori (politici, amministratori, professionisti, utenti e cittadini)

- valutano sistematicamente le iniquità nelle cause di malattia, nell'accesso ai servizi e nell'esito degli interventi per una determinata popolazione;
- garantiscono che l'azione di contrasto sia condivisa e incorporata nella programmazione locale, nei servizi e nella pratica;
- valutano l'impatto delle azioni intraprese nel ridurre le iniquità.

Il processo ciclico ha una durata media di due o tre anni e prevede sei fasi principali:

- creare il gruppo di lavoro e concordare le aree prioritarie
- predisporre Profilo di equità
- identificare iniquità ed eventuali azioni di contrasto
- concordare gli obiettivi per contrastare le iniquità con gli stakeholder/ attori sociali
- sostenere il cambiamento
- valutare i progressi e l'impatto delle azioni rispetto agli obiettivi



Finalità dell'HEA

Lo scopo finale dell'HEA è ridistribuire le risorse disponibili in base ai bisogni della popolazione e il ciclo dell'HEA non è completo finché non si realizza qualche cambiamento capace di ridurre le iniquità in maniera dimostrabile.

È quindi un processo utile alla pianificazione locale in termini di equità.

L'HEA aiuta a identificare

- quanto equamente i servizi e le risorse sono distribuiti in relazione ai bisogni di salute di gruppi di popolazione o aree territoriali;
- le azioni prioritarie da mettere in campo per fornire servizi equi per la popolazione.

* Sir Donald Acheson. *Independent Inquiry into Inequalities in Health Report*. The Stationery Office, London, 1998.

LE FASI DELL’HEA

1. Concordare le priorità

Le priorità per un HEA possono derivare da:

- piani sanitari o sociali di diverso livello (nazionali, regionali o locali)
- analisi epidemiologiche
- consultazione di cittadini o attori locali significativi
- impegni di *partnership* locale su temi di interesse pubblico.

In base alle priorità su cui si indirizza il processo di HEA, verrà creato un gruppo di *partnership* multidisciplinare. Le priorità identificate dal gruppo di lavoro dovrebbero essere incluse nei piani strategici e nella programmazione aziendale. L’HEA dovrebbe essere redatto in accordo con l’intero gruppo di lavoro e sottoposto alla revisione dei gruppi di popolazioni interessati.

PDTA mammella - Azienda USL Bologna	Salute materno-infantile - Azienda USL Cesena
A luglio 2012, la Direzione sanitaria ha istituito un gruppo di lavoro interdisciplinare e multiprofessionale composto da vari professionisti coinvolti a vario titolo del percorso diagnostico, terapeutico e assistenziale del tumore alla mammella (PDTA mammella): Direzione sanitaria, Dip. Sanità pubblica, Centro screening, senologia, oncologia, chirurgia senologica, cure palliative, radioterapia, qualità, governo clinico, equità, mediazione culturale, ... Questo gruppo ha definito le seguenti aree prioritarie su cui basare l’indagine: • Fase di accesso allo screening • Fase di diagnosi di II° livello (analisi dei drop out) • Fase di terapia chirurgica (analisi dei tempi di “attesa”)	Dal 2009 è attivo nell’Azienda USL di Cesena il Programma di contrasto degli effetti delle disuguaglianze sulla salute, che coinvolge rappresentanti di articolazioni organizzative dell’Azienda USL, del Comitato unico di garanzia, del Comitato consultivo misto, degli Uffici di Piano dei Distretti e dei Servizi Sociali dei Comuni. Nel 2010 il Programma aziendale disuguaglianze ha deciso di utilizzare l’HEA per approfondire le iniquità presenti nell’ambito della salute materno-infantile, considerando l’importanza delle prime fasi della vita per la creazione di condizioni di salute che si estrinsecano lungo l’intero corso dell’esistenza dell’individuo.

2. Produrre un Profilo di equità

Una volta stabilito il problema su cui si vuole intervenire, sarà necessario produrre un approfondimento - sia quantitativo sia qualitativo - del fenomeno in termini di equità.

Un Profilo di equità è una mappatura dello stato di salute e dell’utilizzo di servizi sanitari della popolazione, che tiene conto di numerose variabili (demografiche, socioeconomiche, ...). Ha l’obiettivo di individuare iniquità tra gruppi di popolazione [vedi [scheda 3](#)].

In questa fase si vuole capire in maniera esaustiva quanto e come alcuni fattori influenzino il problema che si vuole affrontare.

PDTA mammella - Azienda USL Bologna	Salute materno-infantile - Azienda USL Cesena
Dopo attenta analisi dei dati disponibili, sono stati individuati i domini HEA, ovvero le variabili di attenzione su cui basare le analisi, e le Unità operative competenti hanno fornito i vari <i>database</i> permettendo un corretto collegamento tra essi (<i>record linkage</i>). Inizialmente è stata condotta un’analisi sociodemografica complessiva del contesto bolognese, poi è stata affinata l’analisi della popolazione target dello screening mammografico (donne 45-74 anni) e sono state considerate le seguenti variabili di attenzione: età, luogo di nascita (Italia, paese a forte pressione migratoria e paese a sviluppo avanzato), disabilità, stato socioeconomico (autocertificazione ISEE), indice di deprivazione. Sono stati in seguito presi in esame i dati dell’accesso screening mammografico del biennio 2010-2011, in particolare distinguendo tra popolazione assistita, popolazione target, popolazione invitata, donne non aderenti all’invito e coloro che non hanno mai aderito allo screening. CONTINUA >	Il Programma ha incaricato un gruppo di lavoro di elaborare un Profilo di equità in epoca prenatale e pediatrica. Oltre a descrivere il contesto sociodemografico di riferimento per questa fascia di popolazione sono stati selezionati alcuni indicatori da analizzare. La scelta è stata fatta sulla base dei flussi informativi disponibili e delle indicazioni emerse dall’analisi dei documenti internazionali, nazionali e regionali. Alcuni indicatori sono stati suggeriti dal gruppo di lavoro costituito da esperti. Il documento è stato pubblicato e presentato nel marzo 2011. L’analisi condotta ha evidenziato, in un quadro che appare globalmente positivo, la presenza di alcune condizioni di disuguaglianza e iniquità nell’accesso ai servizi e nei dati di salute. Le iniquità evidenziate sono state ulteriormente analizzate con metodi qualitativi: interviste a genitori che portavano i figli al Pronto soccorso e focus group con operatori del Pronto soccorso, della Pediatria ospedaliera e territoriale, dei servizi sociali e del volontariato.

PDTA mammella - Azienda USL Bologna
A complemento dell’approccio quantitativo adottato per la valutazione del PDTA mammella si è utilizzato un metodo di indagine di tipo qualitativo ricorrendo a un’intervista semi-strutturata con operatori e professionisti che lavorano nei servizi di screening e con un piccolo gruppo di donne mai aderenti al Programma di screening. L’obiettivo delle interviste è quello di venire a conoscenza di ulteriori elementi relativi alla non adesione allo screening mammografico (es. modalità organizzative dei servizi non adeguate alle esigenze di oggi, mancanza di tempo, ...) e capire quali azioni potrebbero risultare efficaci per migliorare l’adesione e l’offerta.

3. Identificare le iniquità e le eventuali azioni di contrasto

Questa fase comporta la revisione di interventi, servizi e iniziative che hanno la possibilità di ridurre le iniquità identificate dal profilo. Ciò che contraddistingue questa fase è che le raccomandazioni portate avanti dal gruppo di lavoro sono fatte sulla base dei bisogni identificati e delle evidenze di “ciò che funziona”.

PDTA mammella - Azienda USL Bologna	Salute materno-infantile - Azienda USL Cesena
Per convalidare i risultati emersi dall’analisi descrittiva è stata effettuata un’analisi statistica multivariata (regressione logistica) per confrontare gruppi aderenti vs. non aderenti. È stata poi condotta un’analisi univariata sulle donne mai aderenti, sono state perciò confrontate le proporzioni di donne mai aderenti (dall’anno di attivazione dello screening mammografico ad oggi) sulle relative popolazioni target utilizzando il test “chi quadrato” di Pearson. Dopo queste analisi è stato possibile individuare le principali disuguaglianze presenti nel contesto territoriale (la non adesione è maggiore per i seguenti cluster di donne: straniera da paesi a forte pressione migratoria, residenti in un particolare Distretto, classe di età 50-59 anni, con stato socioeconomico di fascia 3 o non noto). Inoltre, dalle analisi qualitative sono emersi alcuni temi ricorrenti e/o rilevanti riportati dagli intervistati e, al contempo, sono state analizzate le buone pratiche a livello locale e nazionale come, ad esempio, differenti modalità organizzative e di accesso al servizio di screening.	Tra i problemi evidenziati si è scelto di attuare interventi rivolti a ridurre le differenze di accesso al Pronto soccorso e di ricovero ospedaliero tra gruppi di popolazione, in particolare tra figli di italiani-stranieri. È stata condotta al riguardo un’analisi della letteratura nazionale e internazionale per evidenziare azioni e interventi raccomandati per il contrasto di disuguaglianze nell’accesso al Pronto soccorso. Sulla base dei dati raccolti e di evidenze di letteratura, sono state ipotizzate dal Gruppo di lavoro Materno-infantile (costituito da operatori sanitari, del sociale e del volontariato) tre principali linee di lavoro: • approfondimento delle conoscenze sulle motivazioni che spingono i genitori a portare i bambini in Pronto soccorso per cause non urgenti; • promozione delle conoscenze e dell’accessibilità dei servizi sanitari di base; • promozione di reti di sostegno sociale per le famiglie in condizioni di vulnerabilità sociale.

4. Concordare gli obiettivi per contrastare le iniquità con gli stakeholder e gli attori sociali

La scelta degli obiettivi verso cui indirizzare le azioni locali è una decisione che deve essere discussa e condivisa dai partecipanti al gruppo di lavoro sulla base dei risultati emersi dal Profilo di equità e dalla revisione delle azioni efficaci. Gli obiettivi concordati devono essere diretti a contrastare una o più iniquità rilevate ed essere espliciti, definiti e misurabili. Gli obiettivi possono essere impostati per ogni dimensione che caratterizza l’iniquità della salute, e devono evidenziare quali miglioramenti si auspica di raggiungere per ogni gruppo o area individuata nel Profilo.

ESEMPI >

PDTA mammella - Azienda USL Bologna	Salute materno-infantile - Azienda USL Cesena
In base ai risultati emersi dall'analisi del Profilo di equità, il gruppo di lavoro ha individuato le aree critiche su cui focalizzare l'attenzione e indirizzare delle azioni correttive specifiche. Una volta definiti gli ambiti d'azione, il gruppo di lavoro è stato allargato ad altri componenti portatori di interesse (associazioni di donne e utenti, esperti di comunicazione, ...), in modo da condividere scelte operative utili a ridurre i gap rilevati.	I componenti del Programma aziendale delle disuguaglianze e del Gruppo di lavoro Materno-infantile hanno condiviso di attuare le seguenti azioni: • elaborare una guida semplificata per la conoscenza e il corretto utilizzo dei servizi del pediatra e del medico di famiglia; • progettare e attivare un percorso di "dimissione sicura" che consenta la scelta del pediatra prima della dimissione dal reparto di ostetricia; • progettare e attivare percorsi di accompagnamento protetto al parto per donne in condizioni sociali di vulnerabilità; • effettuare una ricognizione e socializzazione delle risorse presenti sul territorio per il sostegno alle famiglie; • promuovere la health literacy attraverso la semplificazione di materiali informativi e incontri su temi sanitari in centri di aggregazione per famiglie e minori.

5. Sostenere il cambiamento

Questa fase è quella che può incidere maggiormente sulle iniquità, ma è anche quella che richiede tempi più lunghi. Dall'approfondimento del problema può infatti emergere la necessità di ripensare i servizi, riorganizzare il lavoro, distribuire diversamente le risorse umane o materiali, aprire nuovi servizi, ecc. Le raccomandazioni che scaturiscono dal Profilo di equità e dalla revisione degli interventi possono essere utilizzate per elaborare richieste di finanziamento e proporre la riallocazione delle risorse. Nel sostenere il cambiamento, è importante il coinvolgimento attivo e coerente di tutto il gruppo di lavoro.

PDTA mammella - Azienda USL Bologna	Salute materno-infantile - Azienda USL Cesena
Contestualmente con la fase 4 il gruppo di lavoro ha condotto analisi organizzative sui servizi coinvolti e ha elaborato un Piano in cui vengono delineate le fasi principali delle azioni migliorative da mettere in campo al fine di migliorare l'erogazione dei servizi presi in esame e contrastare le disuguaglianze che sono state evidenziate negli step precedenti (es. nuovi criteri di programmazione dei servizi, modalità organizzative differenti, miglioramento degli strumenti di comunicazione, ...).	In base alle azioni programmate sono state previste iniziative di riorganizzazione dei servizi ospedalieri e territoriali. Sono state bandite 5 borse di studio per sperimentare un intervento di mediazione diffusa nel territorio (Agenti di salute delle comunità) al fine di facilitare la conoscenza e l'utilizzo appropriato dei Servizi materno-infantili.

6. Valutare i progressi e l'impatto delle azioni rispetto agli obiettivi

Il ciclo dell'HEA si considera concluso solo quando è possibile valutare se le azioni migliorative intraprese hanno modificato o no le iniquità rilevate inizialmente. Questo può essere fatto realizzando un nuovo Profilo di equità che riconsideri le dimensioni esplorate in precedenza e confronti i risultati a distanza di tempo, oppure stabilendo specifici indicatori.

PDTA mammella - Azienda USL Bologna	Salute materno-infantile - Azienda USL Cesena
Le azioni migliorative messe in atto, in seguito all'analisi condotta, saranno oggetto di monitoraggio a 6 mesi e a 12 mesi dall'effettiva avvio, indicativamente giugno e dicembre 2014.	La valutazione prevede il monitoraggio semestrale dello stato di realizzazione delle azioni programmate. Una valutazione dell'efficacia di impatto sugli indicatori che mostravano iniquità è prevista alla fine del triennio, con una nuova analisi degli accessi e dei ricoveri per quanto riguarda i minori.



IL PROFILO DI EQUITÀ

Nell'ambito di un Health Equity Audit, il Profilo di equità (fase 2 dell'HEA) è una raccolta di informazioni su stato di salute, utilizzo di servizi sociosanitari e distribuzione dei determinanti sociali di salute, che tiene conto di variabili socioeconomiche e sociodemografiche per individuare iniquità tra gruppi distinti di popolazione.

Nel processo di HEA, la stesura del Profilo di equità è una tappa fondamentale utile a definire quanto pesi il problema che si vuole affrontare, su chi gravi maggiormente e come si sia prodotto in quel dato territorio o gruppo di popolazione.

Queste informazioni, insieme alla revisione degli interventi di dimostrata efficacia (fase 3 dell'HEA), serviranno al gruppo di lavoro per stabilire gli obiettivi e le azioni di contrasto alle iniquità rilevate.

Quali popolazioni possono essere studiate con un Profilo di equità

Un Profilo di equità può essere volto a indagare le iniquità in ambito sanitario di:

- un gruppo di popolazione (es. anziani, donne, immigrati, ...);
- utenti di un Servizio (es. Consultorio familiare);
- abitanti di un territorio (es. popolazioni montane);
- operatori di un'Azienda (es. personale amministrativo).

Un Profilo di equità può anche essere focalizzato su un problema di salute specifico (es. tumore del polmone) o su un percorso diagnostico-terapeutico (es. screening della mammella).

Particolari attenzioni per la stesura di un Profilo di equità

Le sfide poste dall'elaborazione di un Profilo di equità sono molteplici; tra le principali:

- scelta degli indicatori utili per la lettura di iniquità nei bisogni e negli esiti di salute e nella distribuzione delle risorse;
- selezione delle dimensioni socioeconomiche e sociodemografiche di stratificazione degli indicatori;
- scelta delle popolazioni e/o degli indici di confronto;
- fonti dei dati;
- analisi e interpretazione dei risultati.

SCelta DEGLI INDICATORI

Gli indicatori di iniquità contenuti nel Profilo possono derivare da diverse fonti, riconducibili sostanzialmente a tre grandi aree:

- normativa: indicatori stabiliti da norme o piani di indirizzo (es. indicatori di monitoraggio di PDTA);
- letteratura, ovvero indicatori tratti da esperienze su aree simili locali, nazionali o internazionali (es. Local Basket of Indicator, Marmot Review, ...);
- gruppo di audit, ovvero indicatori specifici stabiliti e condivisi dal gruppo di audit.

SELEZIONE DELLE DIMENSIONI DI STRATIFICAZIONE

Le variabili socioeconomiche e sociodemografiche più utilizzate per la lettura di iniquità tra gruppi di popolazione includono la posizione geografica di residenza, l'età, il sesso, l'appartenenza etnica o religiosa, la disabilità, il livello di istruzione, lo stato occupazionale, il reddito, e diverse dimensioni di deprivazione specifiche per territori o ambiti di studio (es. nomadismo, esperienze carcerarie, tossicodipendenza, ...).

Le indicazioni internazionali sullo studio delle iniquità raccomandano di stratificare i dati per sesso, per almeno due indicatori di posizione socioeconomica (educazione, reddito, posizione professionale), per gruppo etnico, e per altri fattori di stratificazione sociale rilevanti per il contesto studiato e area di residenza (urbana, rurale, ...).

In generale, non è sufficiente avere una sola variabile di stratificazione (es. cittadinanza) perché il dato raccolto possa essere interpretato in maniera adeguata e utile alla programmazione di interventi, in quanto la lettura che ne deriva è estremamente parziale.



Figura Variabili costituzionali e socioeconomiche potenzialmente correlate a iniquità

SCELTA DELLE POPOLAZIONI E/O DEGLI INDICI DI CONFRONTO

La scelta delle popolazioni o di un livello di confronto dipende direttamente dalla domanda posta inizialmente dal gruppo di lavoro e a cui il Profilo di equità dovrebbe rispondere. Alcuni esempi di confronto tra gruppi di popolazioni sono: italiani/stranieri, uomini/donne, residenti in comunità montane/residenti in città, laureati/licenza media, ...

Nel condurre questi confronti è sempre importante considerare più variabili di stratificazione: ad esempio, nel confronto tra italiani e stranieri si valuta anche il peso del livello di istruzione. In alcuni casi può essere utile un confronto tra territori (es. dati provinciali o regionali).

Se la domanda iniziale riguarda l'accesso a un Servizio o l'adesione a una proposta, il confronto avverrà rispetto a un obiettivo desiderato e il Profilo servirà a individuare quali popolazioni lo raggiungono con più difficoltà.

FONTI DEI DATI

La scelta delle fonti è uno degli aspetti più critici in quanto nei flussi dati correnti non sono sempre disponibili informazioni di natura socioeconomica e sociodemografica. Inoltre, ad oggi i flussi più completi e stabili sono quelli sanitari, consentendo di avere dati sugli esiti di salute e l'accesso ai servizi sanitari, mentre sono più difficili da raccogliere informazioni sulla distribuzione dei determinanti sociali di salute.

Quando possibile, la scelta delle fonti dovrebbe ricadere su quelle che consentono di avere dati confrontabili nel tempo e tra territori distinti, con il maggiore dettaglio territoriale possibile.

In alternativa, sono possibili ricerche ad hoc su fenomeni specifici, scelta che consente una maggiore specificità rispetto allo studio, ma che più difficilmente permette confronti con altri territori o a distanza di tempo.

L'ANALISI E L'INTERPRETAZIONE DEI RISULTATI

Per l'analisi e l'interpretazione dei risultati del Profilo di equità è di grande importanza l'utilizzo di metodiche qualitative (interviste, focus group, ...) che consentano di discutere quanto emerso dall'analisi quantitativa con i rappresentanti delle popolazioni in studio e con i membri del gruppo di audit: nel caso dovessero emergere, in questa fase, influenze significative di interlocutori non ancora coinvolti nell'HEA, è utile valutare la possibilità di un allargamento del Tavolo.

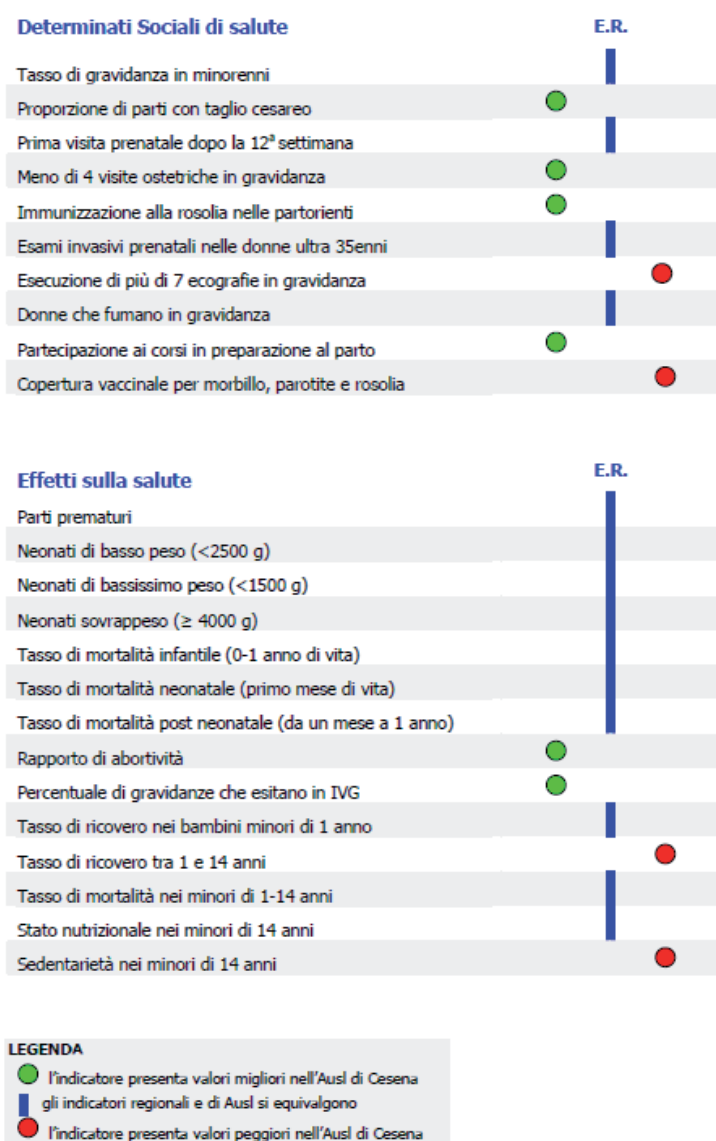


COME COMUNICARE DATI E RISULTATI DEL PROFILO DI EQUITÀ: COLORI E ALTRI SIMBOLI

In questa scheda sono raccolti alcuni esempi grafici per presentare in maniera schematica e sintetica i risultati emersi da un Health Equity Audit, in particolare i valori degli indicatori presenti in un Profilo di equità (fase 2 dell'HEA).

Il primo esempio si riferisce al confronto tra il dato relativo all'indicatore rilevato a livello dell'Azienda USL di Cesena e il valore medio regionale. Gli altri due esempi mostrano per ogni indicatore l'eventuale presenza di disuguaglianze rispetto ai diversi determinanti considerati (età, sesso, cittadinanza, titolo di studio, ...).

Figura 1. Azienda USL di Cesena ed Emilia-Romagna (E.R.): confronto degli indicatori



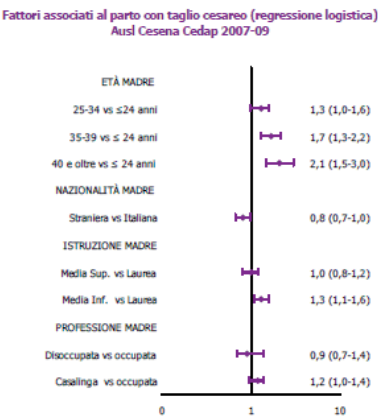
tratto da *Profilo di equità in epoca prenatale e pediatrica*. Azienda USL di Cesena, marzo 2011, p. 101

Figura 2. Fattori associati al parto con taglio cesareo (regressione logistica). Azienda USL di Cesena Cedap 2007-2009

Nell'analisi statistica multivariata condotta il ricorso al taglio cesareo si conferma correlato all'età più elevata e al basso titolo di studio della madre.

La probabilità di ricorso al taglio cesareo è infatti maggiore:

- nelle donne di 35-39 anni (OR 1,7) e in quelle sopra ai 40 anni (OR 2,1) rispetto alle donne ≤ 24 anni
- nelle donne con basso titolo di studio (OR 1,3) rispetto alle laureate.



Nel rapporto Cedap 2009 sono emerse differenze legate alla nazionalità delle donne straniere: le donne nate in Paesi dell'Africa sub-Sahariana (Nigeria, Costa d'Avorio, Ghana, Senegal) e nell'America centro-meridionale (Brasile, Cuba, Repubblica Dominicana) hanno una probabilità maggiore di ricorrere al parto cesareo rispetto alle donne nate in Italia (OR 1,7), mentre la probabilità è minore per le donne nate in Paesi dell'Est Europa e del Nord Africa.

Metodo di calcolo:
N° di parti con taglio cesareo (modalità del parto=4) relativi a donne residenti avvenuti in regione x100
Totale parti

Sono comprese solo le gravidanze fisiologiche (decorso gravidanza=1) e sono esclusi i parti gemellari.

Validità e limiti:
Questo indicatore consente di stimare il fenomeno del parto con taglio cesareo, stratificando per cittadinanza, classi d'età, livello di istruzione e condizione professionale della madre.
Il Certificato di Assistenza al Parto (Cedap) nell'Ausl di Cesena è compilato per il 99% delle donne partorienti.

Fonte: Cedap 2007-09

tratto da *Profilo di equità in epoca prenatale e pediatrica*
Azienda USL di Cesena, marzo 2011, p. 21

Figura 3. Determinanti di salute: tabella sinottica

INDICATORE	ETÀ			SESSO		CITTADINANZA		DISA BILITÀ	TITOLO DI STUDIO			CONDIZIONE OCCUPAZIONALE			REDDITO	VULNE RABILITÀ
	≤ 24	25-34	≥ 35	F	M	Italiana	Straniera		Fino media inf.	Media superiore	Laurea	Disoccupata	Occupata	Casalinga		
La gravidanza e il parto																
Tasso di gravidanza in minorenni							⊗									
Proporzione di parti con taglio cesareo			⊗				⊗			⊗						
Esecuzione della prima visita prenatale dopo la 12ª settimana di gestazione							⊗			⊗			⊗		⊗	
Donne che hanno effettuato meno di 4 visite ostetriche in gravidanza (*)	⊗						⊗			⊗	⊗		⊗		⊗	
Immunizzazione alla rosolia nelle partorienti																
Esecuzione di esami invasivi prenatali nelle donne ultra 35enni							⊗								⊗	
Esecuzione di più di 7 ecografie in gravidanza		⊗	⊗				⊗						⊗		⊗	
Donne che fumano in gravidanza							⊗			⊗	⊗					
Partecipazione ai corsi in preparazione al parto							⊗			⊗	⊗				⊗	

LEGENDA
⊗ valore critico che segnala la presenza di una disuguaglianza, supportata da una differenza statisticamente significativa;
⊗ valore che segnala la presenza di una disuguaglianza che a livello statistico è al limite della significatività;
(*) la regressione logistica è stata effettuata solo sui dati regionali per la scarsa numerosità di casi nell'Ausl di Cesena.

Non pertinente
Non disponibile

Italiana: italiane e straniere provenienti da paesi a sviluppo avanzato (PSA)
Straniera: straniere provenienti da paesi a forte pressione migratoria (PFPM)

Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna - Area Comunità, equità e partecipazione - ottobre 2013
Grafica a cura di Federica Sarti

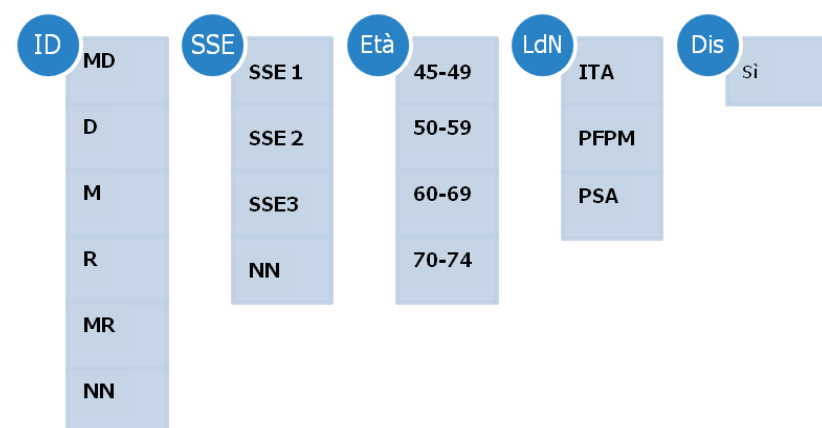
COME COMUNICARE DATI E RISULTATI DEL PROFILO DI EQUITÀ: GRAFICI



Di seguito sono presentati alcuni esempi di grafici che permettono di mostrare in maniera schematica e sintetica i risultati emersi da un HEA, in particolare gli indicatori presenti in un Profilo di equità (fase 2 dell'HEA). La scheda proposta può essere utilizzata per analisi a vari livelli (aziendale, distrettuale, ...).

Nelle [Figure 1, 2, 4, 5 e 6](#) è possibile inserire i valori assoluti e le percentuali relativi a ogni gruppo. Nella [Figura 3](#) è possibile inserire i gruppi di persone che, in base alle loro caratteristiche sociodemografiche/domini di equità (età, status socioeconomico, luogo di nascita, ...) sono a maggiore rischio di mancato accesso ai servizi sanitari analizzati (nel caso specifico donne a maggiore rischio di “non adesione” e di “mancato invito” al programma di screening mammografico).

Figura 1. Caratteristiche sociodemografiche della popolazione target



Legenda Figura 1

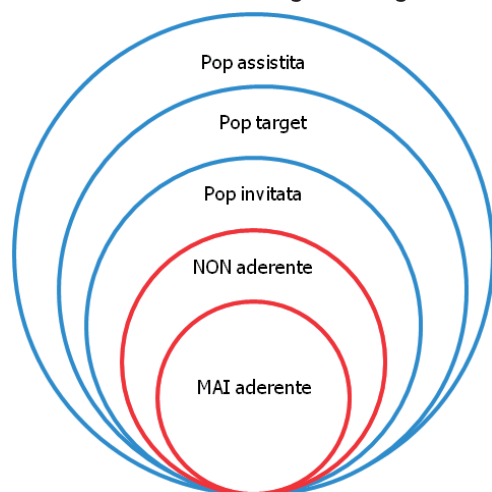
ID indice di deprivazione
MD molto deprivato
D deprivato
M medio,
R ricco
MR molto ricco
NN non noto

SSE stato socioeconomico
SSE1 ≤36.152€
SSE2 36.153-70.000€,
SSE3 70.001-100.00€
NN non noto

LdN luogo di nascita
PFPM paese a forte pressione migratoria
PSA paese a sviluppo avanzato

Dis disabilità

Figura 2. Accesso allo screening mammografico



Esempi tratti da *Equity Audit - PDTA Mammella*
Azienda USL Bologna, 2013, pp. 8-9

Figura 3. Analisi logistica multivariata *

	Rischio Non Adesione maggiore per:	•..... •..... •..... •..... •.....
	Rischio di Non Invito maggiore per:	•..... •..... •.....

* Si riportano unicamente i cluster di donne con OR significativamente >1

Figura 4. Caratteristiche sociodemografiche donne operate per carcinoma mammario

ID	SSE	Età	LdN	Dis
MD	SSE 1	< 44	ITA	Si
D	SSE 2	45-49	PFPM	
M	SSE 3	50-59	PSA	
R	NN	60-69		
MR		70-74		
NN		75-84		
		>=85		

Legenda Figura 4

ID indice di deprivazione
MD molto deprivato, D deprivato, M medio, R ricco, MR molto ricco, NN non noto

SSE stato socioeconomico
SSE1 ≤36.152€, SSE2 36.153-70.000€, SSE3 70.001-100.00€, NN non noto

LdN luogo di nascita
PFPM paese a forte pressione migratoria
PSA paese a sviluppo avanzato

Dis disabilità

Figura 5. Accesso alla terapia chirurgica

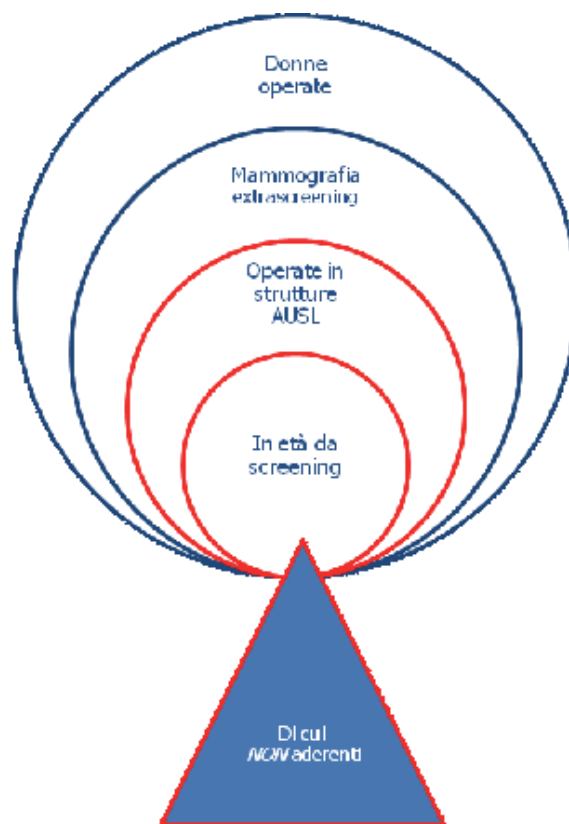
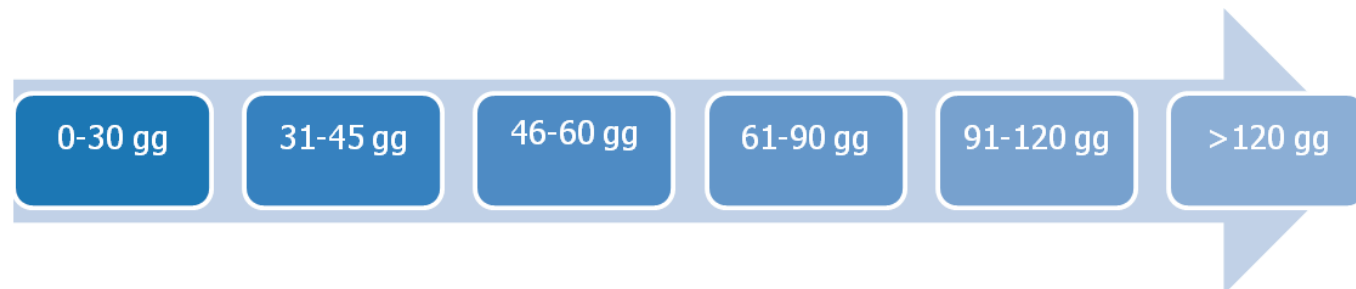


Figura 6. Tempo intercorso tra esame diagnostico e intervento chirurgico per donne operate in strutture AUSL



Analisi logistica multivariata sulla tempistica dell'intervento in relazione ai domini di equità per un intervento entro i 30 gg dall'ultima mammografia

TOOLKIT

Toolkit 1. **Equità e rispetto delle differenze**

Toolkit 2. **Richiedenti e titolari di protezione internazionale**

Toolkit 3. **Programmazione e valutazione in termini di equità**

Toolkit 4. **Equità dai primi anni di vita. Kids in Places Initiative**

I toolkit sono disponibili in formato pdf sul sito dell'Agenzia sanitaria e sociale regionale
<http://assr.regione.emilia-romagna.it>

Copia cartacea può essere richiesta a Chiara Reali
creali@regione.emilia-romagna.it

A cura di

Benedetta Riboldi - Area Comunità, equità e partecipazione, Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna

Barbara Calderone - Area Comunità, equità e partecipazione, Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna

Chiara Reali - UO Epidemiologia e Comunicazione, Azienda USL di Cesena

Rosa Costantino - UOS Innovazione per l'equità nei servizi sanitari, Azienda USL di Bologna

Mauro Palazzi - UO Epidemiologia e comunicazione, Azienda USL di Cesena

Antonio Chiarenza - Staff Ricerca e innovazione, Azienda USL di Reggio Emilia

Immagine Digital Vision / Veer

Ideazione e realizzazione grafica

Federica Sarti - Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna

Stampa

Centrostampa della Regione Emilia-Romagna

ottobre 2013