

Le Monografie Vol 6

Rapporto di Ricerca



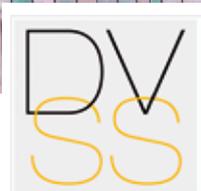
L'equità nell'accesso alle cure sanitarie: prime stime e confronti interregionali



Documento di Valutazione sui determinanti di Salute e sulle Strategie del servizio sanitario regionale



Regione Umbria



L'equità nell'accesso alle cure sanitarie: prime stime e confronti interregionali

A cura di:

Servizio II

Programmazione Socio - Sanitaria,
dell'assistenza di base ed ospedaliera
e Osservatorio Epidemiologico Regionale



O.E.R.U.

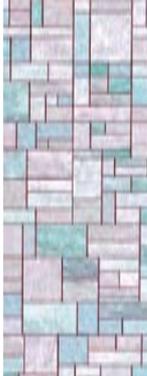
OSSERVATORIO EPIDEMIOLOGICO
REGIONE UMBRIA



Regione Umbria

- Collana:** **Le Monografie**
Documento di Valutazione sui determinanti di Salute
e sulle Strategie del servizio sanitario regionale
- MONOGRAFIA 6:** **L'equità nell'accesso alle cure sanitarie:
prime stime e confronti interregionali**
- A cura di:** **Margherita Giannoni**
Giovanni Rabito
Dipartimento di Economia, Finanza e Statistica (DEFS),
Università degli Studi di Perugia – Italia
Cristina Masseria
London School of Economics (LSE-Health) – U.K.
- Coordinamento generale:** **Carlo Romagnoli**
Dirigente del Servizio II
Programmazione Socio - Sanitaria, dell'assistenza di base ed ospedaliera
e Osservatorio Epidemiologico Regionale
- Supervisione:** **Carla Cicioni**
Carlo Romagnoli
Fabrizio Stracci
Manuela Taddei
- Coordinamento tecnico scientifico:** **Fabrizio Stracci**
Osservatorio Epidemiologico Regionale Umbro
- Coordinamento amministrativo:** **Patrizia Montagnoli**
Giuseppina Angellotti - Segreteria tecnica
- Edito da:** Agenzia SEDES di Perugia
Via Mario Angeloni, 61 - 06124 Perugia
- Responsabile editoriale:** **Giovanni Santoro**
Coordinatore Scientifico - Agenzia Sedes
- Grafica e impaginazione :** **Promo ADV - Perugia**
- Stampa:** **Grafiche DIEMME - Bastia Umbra (PG)**
- Copyright DVSS:** *All rights reserved to the people*
È auspicata la più ampia diffusione della metodologia e dei contenuti del DVSS.
Si ringrazia per la citazione della fonte e degli autori.

PRIMA EDIZIONE: MARZO 2007 - PERUGIA



PRESENTAZIONE

L'equità di accesso alle cure efficaci e l'universalità del diritto alla salute sono i valori fondanti del nostro sistema di welfare ed i pilastri che stanno alla base della istituzione del Servizio Sanitario Nazionale.

Essi forniscono altresì l'impalcatura valoriale del nostro SSR e delle sue proposizioni programmatiche: nel Piano Sanitario Regionale 2003-2005, il Consiglio Regionale ha ritenuto, oltre ai richiami in sede introduttiva, di individuare l'equità di accesso alle cure efficaci come uno dei cinque obiettivi di salute su cui incentrare la programmazione sociosanitaria.

Il che, se ha sottoposto ad una benevola torsione il concetto di obiettivo di salute, ha del tutto meritoriamente posto l'accento su una dimensione tanto cruciale quanto fondativa della istituzione regionale massimamente rappresentativa dei bisogni delle collettività regionali.

Questa attenzione della politica al tema dell'equità riflette altresì la preoccupazione, al di là dei giudizi che si possono dare sul fatto che il mondo di oggi sia più o meno equo di quello di ieri, che i cambiamenti in atto nella organizzazione del lavoro e nella composizione sociale, tutti segnati dalla globalizzazione neoliberista, finiscano per disarticolare anche le politiche redistributive, tra le quali la sanità pubblica svolge una funzione chiave.

In questa cornice, la ricerca commissionata dall'Osservatorio Epidemiologico Regionale, fornisce ancora una volta decisivi elementi di confronto e giudizio e, attraverso una metodologia affermata a livello comunitario, colloca l'Umbria ed il suo SSR in un appropriato contesto conoscitivo, fornendoci conferme ma anche indicazioni operative importanti.

Segnalo, infine, che queste informazioni hanno anche un valore che va al di là dei confini della nostra regione, in quanto utilizzabili per avviare riflessioni sulla equità di accesso alle cure efficaci di tutti i cittadini italiani ed iniziare ad effettuare confronti tra le garanzie fornite dal nostro SSN rispetto a quelle di altri contesti e sistemi di sanità pubblica dell'Europa Comunitaria.

Maurizio Rosi
Assessore alla Sanità
Regione Umbria

Indice generale

3	Introduzione
7	Capitolo I I determinanti delle disuguaglianze di salute: una rassegna di letteratura
25	Capitolo II Equità nell'utilizzazione dei servizi sanitari nelle regioni italiane
51	Appendice L'evoluzione delle politiche per la prevenzione e la riduzione delle disuguaglianze nello stato di salute e nell'accesso ai servizi sanitari in Italia
64	Bibliografia

A cura di

Margherita Giannoni

Giovanni Rabito

Dipartimento di Economia, Finanza e Statistica (DEFS)

Università degli Studi di Perugia – Italia

Cristina Masseria

London School of Economics (LSE-Health) – U.K.

Introduzione

M. Giannoni

Questo lavoro consiste in una analisi del tema dell'equità nell'accesso alle cure nel sistema sanitario nazionale e regionale. Si tratta di un argomento a cui *policy-makers* e governi dei paesi industrializzati stanno dedicando crescente attenzione. Da un lato, obiettivi di equità sono presenti, seppur con importanza variabile, tra i principi fondanti della maggior parte dei sistemi sanitari, Italia inclusa. Dall'altro lato, come si vedrà più avanti, negli ultimi anni è stata prodotta una serie di evidenze sia a livello internazionale che nazionale che indicano crescenti difficoltà da parte di questi stessi sistemi a raggiungere tali obiettivi. In sostanza, nei paesi industrializzati a crescenti livelli di qualità dei sistemi di cura non corrisponde un miglioramento nelle condizioni di accesso dei cittadini ai servizi. Inoltre, anche se obiettivi di innalzamento dei livelli di salute media della popolazione sono stati raggiunti nella maggior parte dei paesi, spesso questo non ha comportato una parallela riduzione delle esistenti iniquità nell'accesso ma più spesso si è assistito al contrario (Starfield, 2006).

Questo si spiega col fatto che le politiche di riduzione delle iniquità richiedono interventi mirati per migliorare l'accesso delle categorie di individui più svantaggiate (bambini, poveri, immigrati, diversamente abili ecc.) ai servizi sanitari. L'evidenza indica infatti che l'effetto di politiche di prevenzione e cura generalizzate, soprattutto se concepite come interventi mirati a modificare le abitudini dei singoli individui e non come interventi mirati a generare mutamenti sociali, è quello di aumentare l'iniquità nell'accesso ai servizi (Mackenbach e Stronks 2002). Un campo dove possiamo riscontrare un aumento dell'iniquità è l'accesso alle cure specialistiche. C'è evidenza che in tutti i paesi industrializzati, Italia inclusa, l'accesso alle cure specialistiche sia soggetto a rilevanti fenomeni di iniquità (cfr. Van Doorslaer et al., 2004). Non basta quindi promuovere il raggiungimento di obiettivi legati al raggiungimento di maggiore appropriatezza nel SSN, ma occorrerebbe anche prevedere politiche mirate che favoriscano l'accesso alle cure appropriate da parte dei

più deboli nella società. Un altro campo in cui le iniquità possono manifestarsi sono le politiche di prevenzione. Basti pensare all'esempio delle politiche anti-fumo. In Italia in seguito all'applicazione della legge 3/2003 sul divieto di fumare negli spazi pubblici chiusi, la prevalenza dei fumatori sembra essersi ridotta (Istat, 2006). Tuttavia, in questo primo periodo post-riforma chi ha beneficiato delle politiche di prevenzione accedendo maggiormente ai servizi correlati sono stati gli individui più istruiti, e quindi più abbienti (Ibid.). Se è vero che possiamo attenderci nel tempo un effetto di trasmissione del cambiamento di abitudine al fumo dalle classi più istruite e ricche alle classi povere, così come avvenuto in altri paesi, nel frattempo il sotto-prodotto di queste politiche è spesso un aumento delle disuguaglianze di salute, da un lato, e dell'iniquità nell'accesso ai servizi di prevenzione, dall'altro.

In Italia il *Servizio Sanitario Nazionale* (SSN) pubblico prevede fin dalla sua istituzione, avvenuta nel 1978, una copertura universale e accesso ad una vasta gamma di servizi all'intera popolazione.

Il sistema sanitario italiano è da sempre caratterizzato dall'esistenza di un differenziale Nord-Sud, tanto è vero che la stessa legge istitutiva del SSN esplicita gli obiettivi di superamento delle disuguaglianze nelle condizioni socio-sanitarie del Paese attraverso: "la promozione, il mantenimento ed il recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione senza distinzione di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini nei confronti del servizio" (L. 833 del 1978, art.1, comma 3).

Nonostante le caratteristiche di universalità e solidarietà che sono valse recentemente al SSN un elevato posizionamento nelle classifiche internazionali di performance dei sistemi sanitari (WHO, 2000), il sistema oggi si trova di fronte a tensioni crescenti, tra cui la principale sembra rappresentata dalla capacità di riuscire ad assicurare l'equità nell'accesso ai servizi ai cittadini delle diverse aree e regioni del paese in un contesto di crescente devoluzione di responsabilità e

decentramento fiscale e amministrativo a livello regionale e di crescenti differenze interregionali nell'organizzazione, nell'offerta e nella spesa per servizi sanitari (Giannoni, 2006).

Da diversi anni i crescenti vincoli di bilancio imposti dalla necessità di contenere la spesa pubblica, da un lato, e l'introduzione del federalismo fiscale, dall'altro, hanno rappresentato dei seri ostacoli al raggiungimento degli obiettivi di equità del sistema.

Il sistema italiano è cronicamente caratterizzato dall'esistenza di forti disuguaglianze tra regioni, che sono alla base dei differenziali in termini qualità ed efficienza dell'offerta di servizi sanitari, a scapito delle regioni del Sud e isole dove, tra le altre cose, si riscontrano le percentuali più elevate di famiglie povere e di disoccupati, come illustrato nella tabella 1 che riporta alcuni degli indicatori socio-sanitari calcolati dall'Istat per le regioni italiane⁽¹⁾. Come si vedrà più avanti, si riscontrano altresì crescenti disuguaglianze di salute tra regioni ed aree geografiche. L'aspettativa di vita è maggiore al Centro che nel resto d'Italia, con i valori più bassi registrati al Sud (tabella 1). Le condizioni croniche sono maggiormente prevalenti al Nord e Centro Italia (tabella 1), dove si riscontrano anche i tassi di invecchiamento della popolazione maggiori. C'è evidenza di disuguaglianze

socio-economiche nell'accesso ai servizi in molte regioni d'Italia particolarmente per i servizi specialistici destinati alla cura delle malattie cronico-degenerative, come i tumori maligni o le malattie allergiche (Masseria e Giannoni, 2005).

Esiste anche una notevole variabilità interregionale nella spesa sanitaria. La spesa pro capite pubblica è maggiore al nord e centro rispetto al sud, mentre la quota di spesa pubblica sulla spesa totale per la sanità risulta maggiore al sud, così come la quota sul prodotto interno lordo, dato il valore più basso del denominatore al Sud rispetto al Centro-Nord (tabella 1). Tali differenze persistono nel tempo grazie all'azione dei determinanti demografici, del reddito, di fattori legati all'offerta dei servizi e ad altre differenze (Giannoni e Hitiris, 2002). Il dualismo Nord-Sud non è solo economico ma anche amministrativo, poichè le regioni del Sud mostrano nel tempo una ridotta capacità di Policy-making che si riflette nelle croniche difficoltà al contenimento della spesa pubblica e nell'accumulo di deficit nel tempo (France e Taroni, 2005). Tutto questo, infine, potrebbe contribuire a spiegare le differenze nei livelli di soddisfazione registrati tra gli utenti dei servizi ospedalieri che nel 2001 risultavano secondo l'Istat circa due volte più elevati al Nord rispetto al Sud (tabella 1).

(1) Su questo punto cfr. anche Dirindin (1996).

Tabella 1 - Alcuni indicatori socio-sanitari per aree geografiche

AREA GEOGRAFICA	Anno		Nord	Centro	Sud e isole	ITALIA
Popolazione residente 1 gennaio 2003			25782796	10980912	20557362	57321070
Aspettativa di vita alla nascita	2003	Maschi	76,75	77,38	76,69	76,86
	2003	Femmine	82,74	82,80	82,09	82,56
Tasso di incremento della popolazione per 1,000 ab.	2003		-1,68	-1,79	1,02	-0,74
Tasso di natalità per 1,000 ab	2003		9,12	9,00	10,10	9,44
Tasso di mortalità per 1,000 ab	2003		10,80	10,79	9,08	10,18
% pop. Affetta da 1 o più malattie croniche (tassi per 100 persone aventi le stesse caratteristiche)	2003		74,05	75,2	76,75	75,4
Spesa sanitaria in % del PIL	2003	Pubblica	5,19	6,05	8,52	6,20
	2003	Privata	1,80	1,76	1,95	1,83
	2003	Totale	6,99	7,81	10,47	8,03
Spesa sanitaria pubblica	2003	Milioni euro correnti	36448	16538	27614	80600
Spesa sanitaria pubblica pro capite	2003	Euro correnti	1.405	1.496	1.340	1.399
Spesa farmaceutica pubblica (% sulla spesa pubblica)	2003		12,2%	14,2%	15,6%	13,8%
Spesa sanitaria delle famiglie italiane (% soesa sanitaria totale)	2003		25,7	22,6	18,6	22,8
Tassi di ospedalizzazione per 1,000 ab.	2003	Totale	142,61	146,87	151,18	146,50
	2003	ospedali pubblici	121,04	124,86	121,56	121,96
	2003	ospedali privati	21,57	22,02	29,62	24,54
Posti letto per 1,000 ab.	2003	ospedali pubblici	3,46	3,28	2,85	3,21
	2003	ospedali privati	0,84	1,24	0,94	0,96
Medici per 1,000 ab.	2003	ospedali pubblici	1,78	2,07	1,70	1,81
	2003	ospedali privati	0,30	0,38	0,28	0,31
Medici di base per 10,000 ab.	2002	Settore pubblico	8,03	8,84	8,09	8,21
Pediatri per 10,000 ab.	2002	Settore pubblico	8,59	10,00	8,81	8,93
Tasso di disoccupazione totale	2003		3,78	6,49	17,74	8,68
Incidenza della povertà (a)	2003		5,30	5,70	21,30	10,60
Poverty Gap (differenziale povertà) (b)	2003		19,10	18,21	22,80	21,44
Persone molto soddisfatte dei servizi ospedalieri (ogni 100 ricoverati)	2001	Cure mediche	45,60	34,90	23,10	34,50
	2001	Cure infermieristiche	46,20	33,00	22,70	34,10
	2001	Attrezzature etc.	38,90	22,00	17,30	26,80

Fonte dei dati: ns elab. Su dati Istat: Indicatori socio-sanitari regionali, 2006; Struttura e attività Istituti di cura, 2006; Conti Regionali, 2005 (cfr. www.istat.it).

(a) L'incidenza della povertà è calcolata come rapporto tra famiglie povere / totale famiglie (per 100).

(b) Il poverty gap ratio è la differenza tra la spesa per consumi delle famiglie povere e la spesa media a livello nazionale.

In questi ultimi anni la necessità di contenere i tassi di crescita della spesa sanitaria pubblica, superiori a quelli della crescita dell'economia, e l'elevata priorità assegnata ad obiettivi di riduzione della pressione fiscale, hanno fatto sì che, in un contesto di federalismo fiscale, con un finanziamento centrale alle regioni cresciuto meno che proporzionalmente rispetto ai fabbisogni di spesa, il peso della copertura dei fabbisogni di spesa sanitaria pubblica sia ricaduto in maniera crescente sulle regioni. Come risultato,

il deficit sanitario delle regioni italiane, prevalentemente del Sud, è arrivato nel 2006 ad un totale di 4.3 miliardi di euro. Poiché la necessità di contenimento della spesa pubblica ai fini del rispetto delle regole fissate a livello europeo per i paesi che aderiscono all'area dell'euro è al centro dell'agenda del nuovo governo, vista la situazione dei conti pubblici (Banca d'Italia, 2006), v'è ancora ragione di ritenere che le priorità di intervento in campo sanitario saranno sempre più condizionate dalla scarsa disponibilità

di risorse. L'impatto dei deficit regionali e delle relative politiche di contenimento dei costi sull'erogazione dei servizi e sulle disuguaglianze nell'uso degli stessi non è stato ancora analizzato sistematicamente (Giannoni, 2006). Va notato che in questo contesto di federalismo e devolution la capacità delle regioni di finanziarsi con gettiti fiscali propri rimane emamente eterogenea: questa nelle regioni del Nord rappresenta il 67% delle entrate, mentre in quelle del Sud solo il 34%. Nell'attesa che vengano definite regole chiare di perequazione fiscale (Banca d'Italia, 2006), ci si può ragionevolmente aspettare che in un contesto in cui le politiche di stabilizzazione macroeconomica hanno la priorità, gli obiettivi mirati a ridurre i problemi di accesso ai servizi sanitari e le conseguenti disuguaglianze e iniquità tra regioni, come la riduzione delle liste di attesa e i problemi legati alla mobilità dei pazienti, restino in secondo piano, con la probabile conseguenza di vedere aumentare dette disuguaglianze e iniquità nel tempo.

Nonostante le recenti riforme del SSN, segnatamente quella del 1999, abbiano teso a riaffermare i principi cardine del SSN, tra cui l'equità, mantenere questo obiettivo sembra sempre più complicato. Le regioni infatti nel tempo hanno sviluppato sistemi sanitari diversi che gestiscono con un insieme variabile di politiche i problemi del contenimento dei costi, del mix pubblico-privato, delle compartecipazioni all'utente e della regolamentazione nell'accesso ai servizi (Cantù E. et al., 2004).

Tutto questo fa sì che, come sottolineato nel Manifesto per l'Equità proposto dalla Associazione Italiana di Epidemiologia, si renda necessario agire con appropriate politiche mirate a:

“...innalzare i valori degli indicatori di salute nelle aree e nei gruppi sociali più svantaggiati. In secondo luogo, diminuire la velocità con cui le disuguaglianze di salute tendono ad approfondirsi. Da ultimo, occorre agire in profondità per rendere il più possibile omogenee le condizioni di salute

nelle diverse componenti della società. Tutti gli interventi proposti devono richiamarsi a soluzioni di provata efficacia o, almeno, a solide teorie eziopatogenetiche. È necessaria una valutazione preliminare degli effetti attesi dai singoli provvedimenti sulla salute anche per quanto attiene all'equità della loro distribuzione sociale e territoriale. Gli interventi in corso di attuazione devono essere valutati con strumenti e indicatori non solo appropriati ma anche verificabili” (AIE, p.6).

A questo proposito, la ricerca condotta in questa sede, ha l'obiettivo principale di individuare una metodologia atta a misurare l'iniquità nell'accesso alle cure in Italia utilizzabile anche per confronti intra e infra regionali. Relativamente alla Regione Umbria, particolare interesse riveste il calcolo di indicatori di equità nell'accesso e utilizzazione dei servizi sanitari del SSR Umbro utilizzabili dal DVSS previsto dalla DGR 1057/2004.

Il lavoro si articola come segue. Il primo capitolo riporta una rassegna di letteratura internazionale finalizzata ad individuare una metodologia di calcolo di indicatori di equità orizzontale nell'accesso ai servizi sanitari utilizzabile nel contesto italiano. Il secondo capitolo riporta i primi indici di equità di accesso ai servizi di ricovero ospedaliero, di emergenza, diagnostici e specialistici per la regione Umbria confrontandoli con i valori ottenuti su base nazionale, calcolati utilizzando i dati dell'indagine Multiscopo Istat 1999-2000 sulle condizioni di salute e sul ricorso ai servizi sanitari. Al fine di verificare se c'è spazio, ed in quale contesto, per delle eventuali politiche di monitoraggio e misurazione delle iniquità basate sulla metodologia individuata, viene infine riportata in appendice una sintesi dell'evoluzione delle politiche di sanità pubblica mirate direttamente o indirettamente alla riduzione delle disuguaglianze di salute e/o di accesso ai servizi nel nostro paese.

Ringraziamenti

Gli autori ringraziano la Regione Umbria – Osservatorio Epidemiologico presso l'Assessorato alla Sanità e Servizi Sociali per aver finanziato la ricerca. In particolare, un sentito ringraziamento va al Dr. Carlo Romagnoli ed al Dr. Fabrizio Stracci per la preziosa attività di coordinamento e riferimento tecnico-scientifico prestata al progetto e alla Dr.ssa Montagnoli per aver collaborato a curare la gestione del progetto.

Si ringrazia il Direttore del Dipartimento di Economia, Finanza e Statistica, Prof. Bruno Bracalente, per aver reso possibile l'effettuazione del progetto e la Sig.ra Anna Antonelli per aver curato insieme allo staff del Dipartimento la gestione amministrativa dello stesso.

Capitolo I

I determinanti delle disuguaglianze di salute: una rassegna di letteratura

C. Masseria

1.1 Determinanti socioeconomici della salute

Tra le determinanti delle disuguaglianze nello stato di salute vi sono le condizioni socioeconomiche di vita e di lavoro della popolazione. Fattori quali lo stile di vita, le politiche economiche e sociali, e il ruolo dell'investimento nella salute e nell'assistenza sanitaria possono infatti determinare significative differenze nello stato di salute della popolazione (OMS, 2005).

Negli ultimi 10 anni, l'attenzione rivolta alle determinanti socioeconomici è andata incrementando sempre più e vari studi hanno dimostrato la rilevanza del contributo di questi fattori al gap nello stato di salute fra i differenti gruppi socioeconomici. Nella maggioranza dei paesi, sia in via di sviluppo che industrializzati, gli individui che godono di buone condizioni socioeconomiche tendono ad avere non solo una più lunga speranza di vita ma anche una maggiore qualità di vita.

Tuttavia, non tutte le determinanti socioeconomici causano disuguaglianze di salute che sono non-eque ed eticamente inaccettabili: vi è equità nello stato di salute se le differenze sociali, demografiche e/o geografiche, che sono evitabili o rimediabili, non determinano le disuguaglianze di salute fra differenti gruppi di popolazione (WHO, 2005).

Non è facile stabilire il limite fra disuguaglianze eque e non-eque e tra comportamenti individuali liberamente scelti o non; giudizi di valore sono inevitabili (Peter ed Evans, 2001).

Le disuguaglianze di salute che derivano da caratteristiche biologiche, da scelte di vita libere e consapevolmente prese o da pura casualità non possono essere definite ingiuste. Tuttavia qualora tali disuguaglianze siano il risultato di scelte di salute non liberamente e consapevolmente prese, di disuguaglianze nell'accesso a servizi sanitari o di caratteristiche ambientali e sociali, queste sono non solo ingiuste ma anche evitabili. Per esempio, stili di vita come il fumo o una dieta povera potrebbero essere

giustamente considerati come dei fattori determinanti della salute equi a meno che siano concentrati fra le classi socioeconomiche più emarginate (Wilkinson, 1999). John Roemer (1995) sostiene che le scelte non salutari prese da un individuo appartenente ad uno certo strato sociale devono essere considerate come il risultato di tale condizione socioeconomica se il rischio di tale individuo è in media con i rischi presi dagli altri individui appartenenti allo stesso strato sociale. Conseguentemente quale corollario di questa tesi, la maggior parte dei comportamenti degli individui appartenenti alle classe operaia sono spesso scelte prese non liberamente da tali individui e debbono essere considerati determinanti non eque.

In questo lavoro solo le disuguaglianze evitabili ed ingiuste che aumentano la spaccatura fra i differenti gruppi socioeconomici sono oggetto di analisi.

Il rapporto fra salute e condizione socio-economica può essere bivalente: lo stato di salute influenza la posizione socio-economica (“selezione”), o il contesto sociale conduce alla malattia (“causa”). Certamente, gli individui con condizioni di salute non buone hanno una maggiore probabilità di perdere il lavoro e di rimanere disoccupati di coloro che sono sani e conseguentemente hanno una maggior rischio di scendere i gradini della scala sociale (Mackenbach, 2002). Tuttavia la direzione del contributo della salute alla mobilità sociale non è chiara. Bartley (1999) riscontra infatti come il tasso di occupazione fra la popolazione con patologie croniche sia più alto tra gli individui appartenenti a classi socioeconomiche più avvantaggiate rispetto ad individui con le stesse patologie cliniche ma appartenenti a classi socioeconomiche inferiori. È però importante sottolineare come gli individui nei gruppi socio-economici inferiori hanno una maggiore probabilità di sviluppare problemi

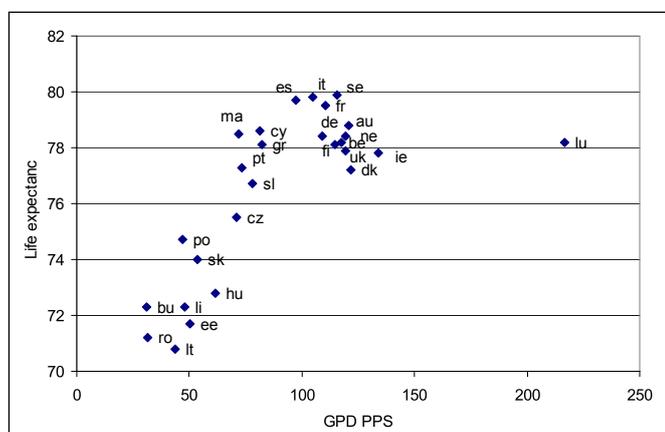
di salute che le loro controparti, suggerendo che sebbene entrambe le direzioni sono possibili, l’effetto “causa” anziché “selezione” sembra essere la spiegazione principale per le disuguaglianze socio-economiche nella salute.

1.2 Relazione fra salute reddito relativo e assoluto

Ampie disparità nello stato di salute sembrano essere dominanti sia fra nazioni che all’interno delle stesse (Marmot, 1999). Se un paese è ricco o povero, se le condizioni aggregate di salute sono buone o cattive, distribuzioni disuguali di salute sono sempre presenti. Le disuguaglianze socio-economiche nella salute persistono anche nelle nazioni più ricche. In paesi ricchi, la popolazione più emarginata non è esente da disuguaglianze di salute anche se il loro reddito assoluto è superiore a quello medio dei paesi meno ricchi. Certamente, nell’ultimo secolo le disparità socioeconomiche di salute sono diminuite in valore assoluto, ma è meno chiaro se sono diminuite anche le disuguaglianze relative nello stato di salute (Mackenbach, 2002).

L’associazione fra le circostanze materiali della popolazione e la loro salute è stata largamente dimostrata da Wilkinson (1999). Lo sviluppo economico è un determinante importante dello stato di salute nei paesi in via di sviluppo dove malnutrizione e malattie infettive sono le più importanti cause della mortalità prenatale e infantile, ma non dovrebbe avere nessuna rilevanza nei paesi sviluppati. Per esempio, fra i 25 paesi europei e la Bulgaria e Romania, vi è un rapporto positivo fra il GDP pro capite e la speranza di vita ma soltanto per i paesi poveri; non vi è infatti alcuna associazione tra queste due variabili fra i paesi europei ricchi (figura 1.1).

Figura 1.1 - Relazione tra la speranza di vita e il GDP pro capite in PPS (100=EU25), 2002^a

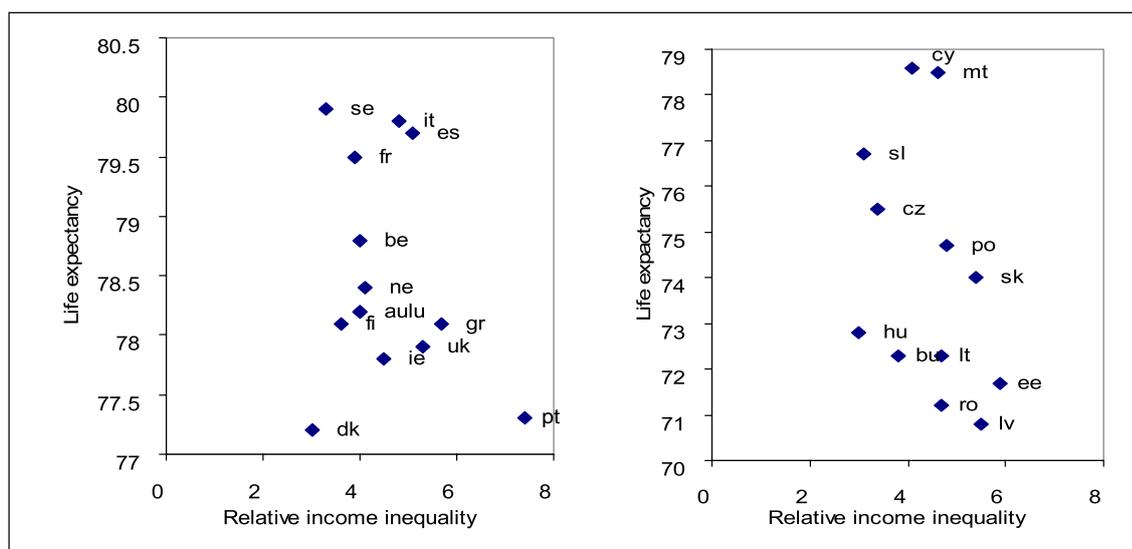


^(a) Dati per la speranza di vita: per Italia e Cipro 2001, per UK 2000. Fonte: OECD, 2004.

Nelle nazioni sviluppate le disuguaglianze nella salute sono determinate dal reddito relativo, e dalla condizione sociale (Wilkinson, 1999) come dimostrato dalla figura 2 che mostra il rapporto fra l'indice relativo di disuguaglianza relativa al reddito (costruito come un rapporto tra il primo e l'ultimo quintile di reddito) e la speranza di vita differenziando EU15 e i nuovi/futuri membri stati membri dell'unione europea. In

media, i paesi con una maggiore disuguaglianza di reddito hanno una speranza di vita media più bassa anche se il trend in alcuni paesi mediterranei sembra essere discordante. Marmot (2005) mostra chiaramente come un aumento nel coefficiente di Gini fra 1989 e 1995 è stato riferito con una diminuzione nella speranza di vita sia nei paesi dell'ex unione sovietica che nel resto dei paesi dell'Est.

Figura 1.2. - Relazione tra l'iniquità nella distribuzione del reddito e la speranza di vita nell'EU15 e i nuovi/futuri stati membri dell'Unione Europea, 2002^(a)



^(a) Dati per la speranza di vita: per Italia e Cipro 2001, per UK 2000. Fonte: OECD, 2004.

La relazione tra il reddito e le disuguaglianze nello stato di salute può essere sia indiretta che diretta.

In paesi con una società maggiormente gerarchica, effetti psico-sociali derivanti da povere attività relazionali e sociali, mancanza di investimento nelle risorse umane, le disuguaglianze in reddito sono maggiori (Wilkinson, 1999). La gerarchia sociale può inoltre indurre preoccupazioni dovute a inadeguatezza, insicurezze e complessi di inferiorità, che sono le cause più ricorrenti di stress cronico, e di un aumento della vulnerabilità verso varie infezioni e patologie cardiovascolari. Il percorso sembra essere dalla distribuzione del reddito, attraverso la qualità di relazione sociale, allo stato di salute (Kawachi, 1997).

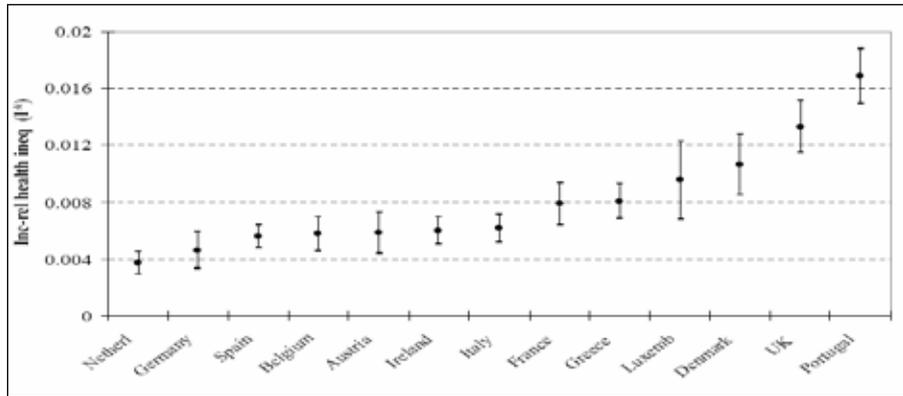
1.3 Le determinanti socioeconomiche della salute

Il reddito, la posizione professionale, l'istruzione, l'ambiente lavorativo, le condizioni sviluppatasi durante

l'infanzia, la qualità dei rapporti sociali, l'esclusione sociale, l'alimentazione e stili di vita sono tutti i fattori determinanti delle differenze nei tassi di malattia tra le varie società e all'interno delle stesse. (Diderichsen ed altri, 2001; Wadsworth, 2001; Marmot, 2000; Wilkinson, 1999; Brunner ed altri, 1999).

Il rapporto fra disuguaglianza di reddito e salute ha ricevuto grande attenzione nella letteratura. Van Doorslaer e Koolman (2004) hanno stimato il livello di disuguaglianza nella salute relativa al reddito in 13 paesi europei (Austria, Belgio, Danimarca, Francia, Germania, Grecia, Italia, Irlanda, Lussemburgo, Paesi Bassi, Portogallo, Spagna e Regno Unito). Virtualmente in tutti i paesi, gli individui con reddito maggiore hanno una salute migliore. Il livello di disuguaglianza nella salute dovuto al reddito è particolarmente elevato in Portogallo, Regno Unito e Danimarca, mentre è relativamente minore nei Paesi Bassi, e Germania (figura 1.3).

Figura 1.3 - Livello di disuguaglianza di salute rispetto al reddito

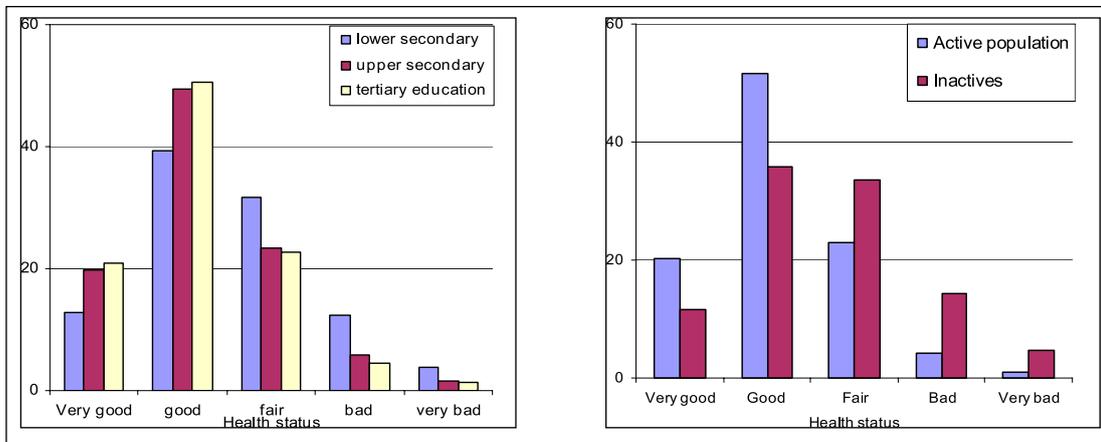


Fonte: Van Doorslaer and Koolman, 2004.

Non solo il reddito ma anche il livello di istruzione e la condizione lavorativa determinano differenze nello stato di salute. Individui con un maggiore grado di istruzione (laurea) hanno in media una minore probabilità di riportare uno stato di salute meno che buono rispetto a coloro che hanno solo la licenza media (figura 1.4); mentre i disoccupati tendono a riportare uno stato di salute peggiore se confrontati con gli occupati. Disuguaglianze di salute sono riscontrate anche fra categorie lavorative: lo studio Whitehall svoltosi tra

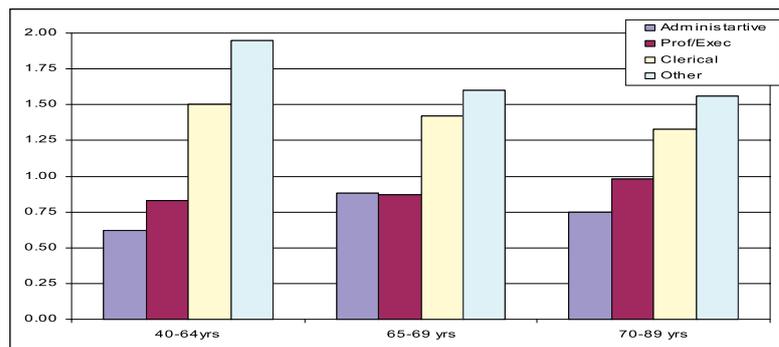
impiegati statali britannici evidenzia notevoli differenze di salute fra classi lavorative (Marmot e Shipley, 1996). Gli uomini nella classe di età 40-64 con il minor livello amministrativo hanno un tasso di mortalità quattro volte più alto che gli uomini con il livello amministrativo più alto (figura 1.5). La posizione nella gerarchia mostra una forte correlazione con il rischio di mortalità. Infatti, un gradiente sociale in mortalità è riscontrato tra tutti i vari livelli amministrativi fra gli impiegati statali britannici.

Figura 1.4 - Stato di salute per livello di istruzione e condizione lavorativa – UE 15, 2001



Fonte: OECD, 2004.

Figura 1.5 - Tasso di mortalità tra attività professionali, studio Whitehall (solo uomini seguiti per 25 anni)

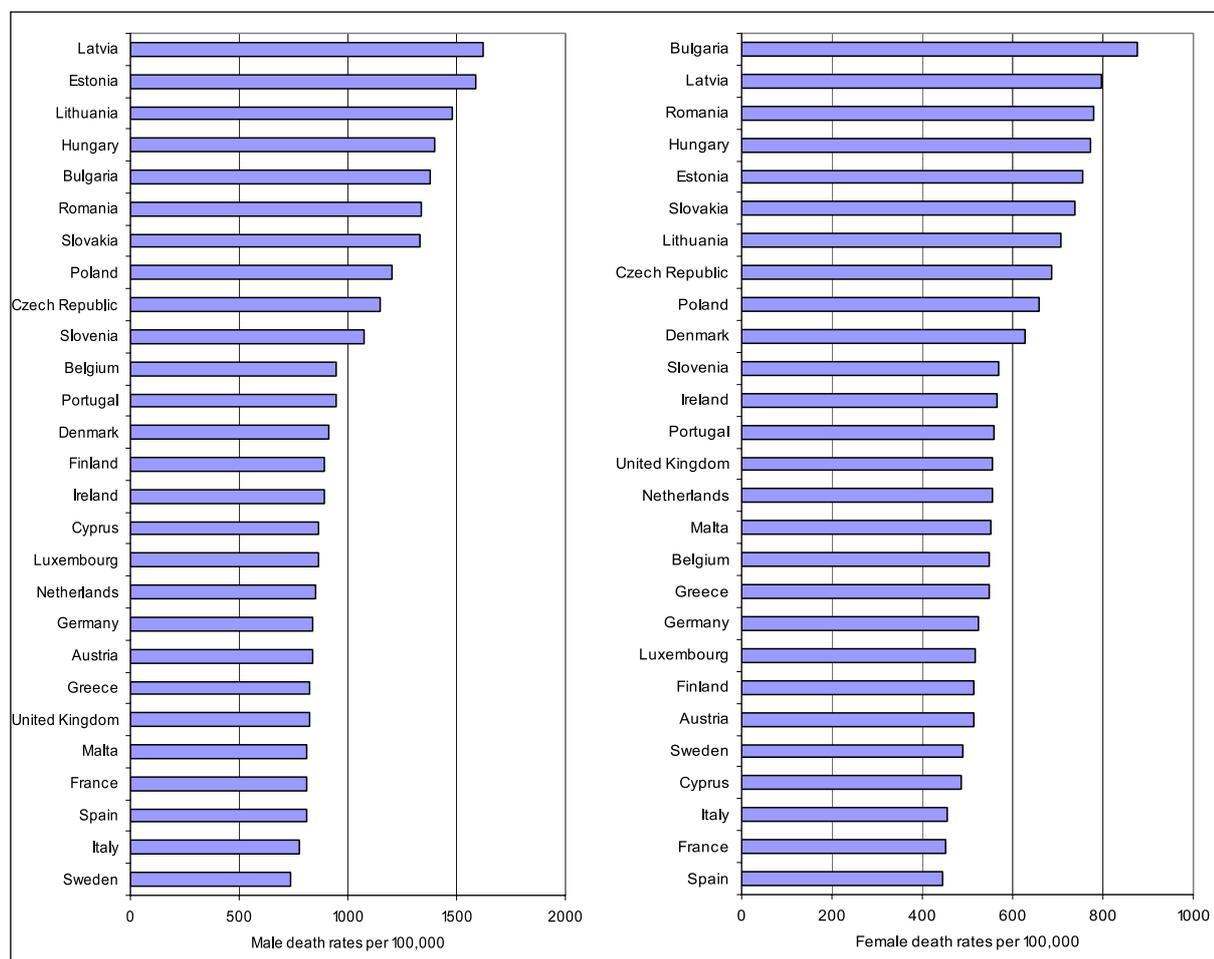


Fonte: Marmot, 1999.

Notevoli differenze sono riscontrabili nei tassi di mortalità per 100.000 abitanti tra i vari stati membri dell'unione europea e i due stati candidati Romania e Bulgaria (fig. 6). I tassi di mortalità per entrambi i sessi sono più elevati nei nuovi dieci membri dell'unione europea e in Bulgaria e Romania. Le uniche eccezioni sono i due paesi latini: Malta e la Cipro. Nell'unione europea, le cause principali di mortalità e morbosità sono le malattie non infettive, in particolare malattie cardiovascolari e morti causate direttamente associate all'ambiente esterno e sociale (Marmot, 1999). Murray e Lopez (1996) concludono che entro il 2020 le malattie croniche, comprese le malattia cardiovascolare, il cancro e la malattie dell'apparato respiratorio, saranno le principali cause di

mortalità in ogni regione del mondo. Le malattie cronica sono dovute non soltanto a predisposizioni genetiche degli individui ma anche alle caratteristiche ambientali e agli stili di vita come vari studi migratori dimostrano (Marmot, 1999). Infatti, quando la gente cambia ambiente anche i rischi di sviluppare varie patologie croniche cambiano. La probabilità sviluppare diverse malattia croniche varia anche con il ciclo di vita degli individui. Per esempio, le cause principali della mortalità nell'infanzia e nell'età pediatrica sono le malattie respiratorie, le malattie infettive e le cause esterne; fra gli adulti, le cause esterne sono le principali; mentre, nella popolazione più anziana la malattie cardiovascolare e il cancro diventano predominanti (figura 7).

Figura 1.6 - Tassi di mortalità per 100,000 in 27 paesi europei, 2002^(c)

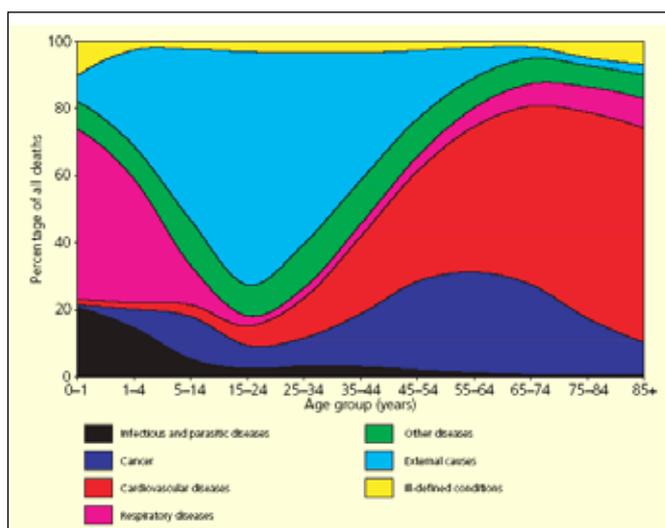


^(c) Anno disponibile, per Danimarca, Francia, Malta, Slovacchia, Spagna e Svezia il 2001; per Grecia, Italia e Regno Unito il 2000; per il Belgio il 1997.
Fonte: OECD, 2004.

Vari articoli hanno discusso le possibili cause di differenze nel tasso di mortalità fra est ed ovest. L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), nel rapporto del 1995, ha analizzato il contributo delle cause individuali di morte in diverse classi di età al divario nella speranza di vita fra l'Europa occidentale e orientale. Sebbene ci fosse una grande differenza nella mortalità infantile fra l'ovest e l'est,

solo 15% della differenza totale era spiegato delle malattie dalla popolazione < 1. Quaranta tre per cento del divario era nella fascia di età 35-64 e 23% nei gruppi d'età +65 (tabella 1.1). Le malattie cardiovascolari erano le cause principali (54%) del divario, seguite dalle cause esterne (23%) e dalle malattie respiratorie (16%).

Figura 1.7 - Principali cause di morte per classi di età nell'unione europea, 1995s.



Fonte: OMS, 1997.

Tabella 1.1 - Contributo al divario nella speranza di vita tra l'Europa dell'est e dell'ovest (inclusa la unione sovietica)

Cause di morte	Gruppi di età				
	<1	1-34	35-64	>=65	Tutte età
Malattie infettive	0.30	0.10	0.08	-0.01	0.47
Cancro	0.00	0.05	0.25	-0.35	-0.05
Malattie cardiovascolari	0.00	0.07	1.36	1.85	3.28
Malattie del sistema respiratorio	0.68	0.20	0.15	-0.50	0.97
Malattie del sistema digestivo	0.02	0.03	0.08	-0.04	0.09
Cause esterne	0.04	0.64	0.71	0.03	1.41
Condizioni definite del III	-0.10	0.01	0.04	0.18	0.12
Altre malattie	0.00	0.00	-0.02	-0.20	-0.22
Tutte le cause	0.93	1.09	2.63	1.40	6.06

Fonte: Bobak, 1996.

Molte malattie, ciascuna con differenti fattori di rischio stabiliti, mostrano simili percorsi sociali, “ipotesi di predisposizione generalizzata” (Berkman e Syme, 1976). Ogni posizione sociale ha una probabilità differente di esposizione, essendo soggetta a diversi rischi per la salute.

Le esposizioni possono variare in durata, in quantità e tipo (Diderichsen, 2001). Per esempio, la popolazione appartenente a una classe socioeconomica più svantaggiata ha una maggiore probabilità di esporsi a fattori di rischio durante il lavoro e all'interno della propria abitazione (per esempio rischio più alto di esposizione tossica) che la loro controparte. I gruppi di popolazione appartenenti a classi sociali inferiori potrebbero anche essere più vulnerabili e suscettibili alle malattie che le loro controparti (Mackenbach, 2002). Di conseguenza, anche se un fattore di rischio è distribuito ugualmente attraverso i gruppi sociali, il relativo effetto sulla salute può essere distribuito inequamente, data la differenza fra diversi gruppi sociali nella loro

vulnerabilità o predisposizione a quel fattore.

Altre importanti fonti di disuguaglianze socio-economiche nella salute sono l'alimentazione, l'abitazione, l'occupazione, l'attività fisica, le abitudini di fumo e consumo di bevande alcoliche (Mackenbach, 2002). Fra questi comportamenti è difficile distinguere quelli liberamente scelti da quelli che sono influenzati dalla stratificazione sociale, sebbene solo questi ultimi possono essere considerati ingiusto ed evitabile e quindi, riflettere la disuguaglianza socioeconomica nella salute. Infatti, scelte di salute non salutari possono essere il risultato della particolare posizione socioeconomica. Per esempio, l'alimentazione e quindi l'obesità è correlata con la condizione socioeconomica, in particolare nei paesi più ricchi (Cavelaars, 1997). Ciò può essere il risultato di differenti fattori (Wilkinson, 1999):

- Diete conformi alle raccomandazioni nutrizionali generalmente costano di più.
- L'attività fisica non dipende soltanto dalle scelte

individuali ma anche dal tempo libero a disposizione, dalle politiche sociali e di trasporto; inoltre i costi delle palestre sono spesso una discriminata.

- Fra i gruppi di popolazione socioeconomico più svantaggiati la tendenza a mangiare “per consolarsi” è più in media maggiore essendo il livello di depressione maggiore.

Inoltre, la teoria del “percorso di vita” sostiene che anche le condizioni socioeconomiche di vita passate influenzano lo stato di salute in quanto vantaggi e svantaggi tendono a raggrupparsi tra di loro e ad accumularsi tra di loro e con il tempo (Blane, 1999). Da una parte, vantaggi e svantaggi in una sfera della vita sono spesso associati con simili vantaggi e svantaggi in altre sfere della vita. Dall'altra, tali vantaggi e svantaggi in una fase della vita tendono ad essere preceduti da simili vantaggi o svantaggi in altre fasi della vita. Un continuum tra le circostanze sociali durante l'infanzia e l'adolescenza e successivamente la posizione socio-economica degli adulti è spesso evidente causando una spirale socio-economica (Blane, 1999). Le diverse esperienze sociali sono indelebili, sono scritte nella fisiologia e nella patologia del nostro corpo. Per esempio, un bambino cresciuto in una famiglia ricca ha una maggiore probabilità di ottenere una buona istruzione, che poi lo favorirà nel mercato del lavoro, permettendogli di guadagnare un reddito tale da consentire uno stile di vita sano, e riducendo i rischi legati alle condizioni abitative. Al contrario, per un bambino proveniente da una famiglia svantaggiata la probabilità di ricevere un buon livello di istruzione è minore, aumentando la probabilità di accedere al mercato del lavoro non qualificato, di avere un lavoro rischioso e sottopagato, e conseguentemente di

avere uno stile di vita poco sano. Quindi, la condizione socio-economica della famiglia è fortemente correlata con le occasioni educative del bambino, che a loro volta sono associate con l'occupazione ed il reddito. L'interesse dei genitori nella formazione del bambino è inoltre un altro fattore che può notevolmente influenzare il livello di istruzione e formazione raggiunto, che insieme all'occupazione ha una elevata correlazione con le abitudini di salute, quali il fumo, l'attività fisica e le scelte alimentari.

La letteratura ha contribuito a spiegare il rapporto fra le circostanze pre-natali ed infantili e le malattie, in particolare malattie del cuore, sviluppatesi in età adulta o in vecchiaia (Barker, 1994). Il ruolo rivestito dell'ambiente circostante sia per il bambino che l'adulto è stato anche oggetto di importanti studi. Per la teoria del “percorso di vita” ogni fattore è il risultato di piccoli eventi. Per esempio, i dati di uno studio britannico, che ha seguito vari bambini dal 1958 fino ad età adulta, hanno dimostrato (Montgomery, 1996) come l'altezza a 7 anni sia notevolmente correlata con il rischio di disoccupazione (tabella 1.2), mentre non vi è alcuna associazione con l'altezza dell'adulto e tale rischio di disoccupazione. L'altezza all'età di 7 anni può essere interpretata come misura di uno sviluppo ritardato durante l'infanzia, causata da avversità socioeconomiche e psicosociali dovute a fattori di rischio quali malnutrizione, abitudini non regolari di sonno ed disagi all'interno della famiglia. Montgomery (1997) ha individuato una associazione tra i disagi famigliari e non solo il tasso di sviluppo nel periodo infantile, ma anche con lo stato salute durante sia l'infanzia che l'adolescenza ed una riduzione dell'autostima e del benessere psicologico interiore.

Tabella 1.2 - Relazione tra l'altezza del bambino e il rischio di rimanere disoccupati per più di un anno per adulti con una età compresa tra i 22 e 32 anni nel Regno Unito

Altezza a 7 anni	Relative odds of unemployed
I più bassi	2.9
Seconda	2.02
Terza	1.3
Quarta	1.19
I più alti	1

Fonte: Blane, 1999.

Diversi modelli hanno provato a rappresentare il rapporto fra condizioni socioeconomiche e stato di salute. Sebbene tali modelli variano nel grado di complessità, tutti sono basati sulla sottostante teoria che le prime causano le disuguaglianze nella salute (Mackenbach, 2002). Una condizione socio-economica più bassa è associata con un

maggiore rischio di godere di una salute precaria con un certo numero di altri fattori che rappresentano il collegamento fra tale condizione socio-economica e la salute.

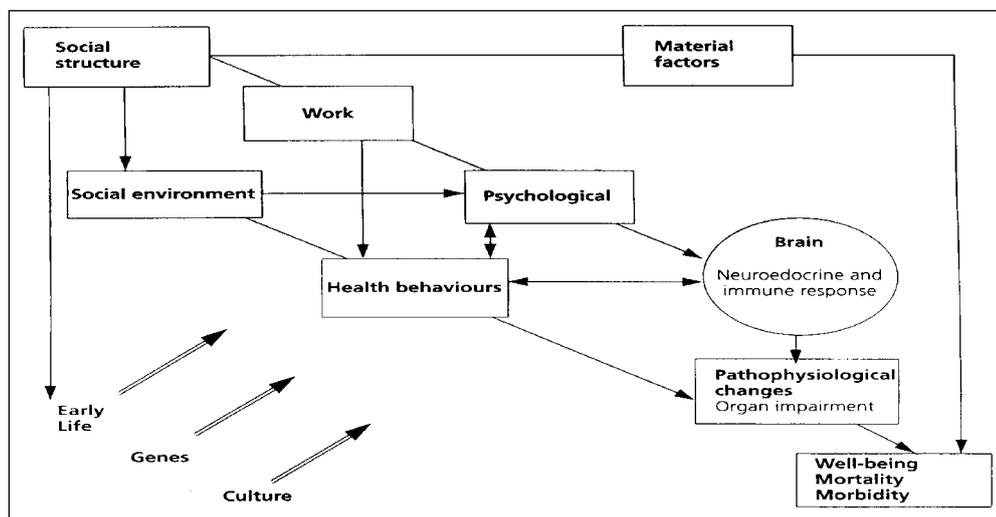
Nel modello di Marmot e Wilkinson (1999) sia elementi biologici che sociali sono presenti (figura 1.8): la condizione di salute è determinata sia dalle diverse caratteristiche

genetiche di predisposizione che dell'ambiente e dagli stili di vita salute. Le diverse caratteristiche genetiche nella predisposizione hanno un ruolo principale nella determinazione del perché una persona esposta ad un certo fattore di rischio ha una maggiore probabilità di ammalarsi di un'altra. Tuttavia, il livello individuale di analisi può sottovalutare le cause sociali delle malattie. Per trovare i fattori determinanti dei tassi di incidenza e di prevalenza delle malattie, è necessario considerare anche i fattori che operano oltre il livello individuale. L'influenza della struttura sociale si propaga attraverso tre vie principali. Le circostanze materiali sono collegate direttamente allo stato

salute e tramite l'ambiente del lavoro e le caratteristiche della vita sociale. Queste a loro volta sono associati anche indirettamente con lo stato di salute via fattori psicologici e comportamentali. Inoltre per la teoria del "percorso di vita" condizioni sviluppatesi in età infantile e giovanile insieme a fattori culturali influenzano la probabilità di ammalarsi.

Mackenbach (1994) nel suo modello sostiene che lo stato di salute in età adulta è il risultato di fattori sviluppatesi durante l'infanzia, di fattori culturali, psicologici e psico-sociali e degli stili di vita; ma anche l'associazione inversa tra salute e posizione socio-economica è preso nella considerazione.

Figura 1.8 - Le determinati sociali della salute



Fonte: Marmot and Wilkinson, 1999.

1.4 Strategie per ridurre disuguaglianze socioeconomiche in salute

L'OMS recentemente ha istituito una commissione sui fattori sociali determinanti dello stato di salute con l'intenzione di indirizzare la ricerca verso alcune aree importanti come: il gradiente di disuguaglianza in salute, la teoria del "percorso di vita", il ruolo dei sistemi sanitari, i problemi di salute nei paesi in via di sviluppo, ecc. Marmot e di Wilkinson, al fine di comprendere e spiegare le cause delle cause delle disuguaglianze di salute, hanno deciso di focalizzare l'attenzione sui seguenti dieci temi: il gradiente sociale, lo stress, il ruolo dell'infanzia, l'esclusione sociale, il lavoro, la disoccupazione, il supporto sociale, le dipendenze, l'alimentazione ed il trasporto. L'obiettivo è stimolare un dibattito e un'azione politica per generare una società più sana e più equa. Per poter diminuire le disuguaglianze socioeconomiche

nello stato di salute è necessario capire le loro cause (Whitehead, 2001). Soltanto una strategia che punta ad affrontare il problema alla radice può realmente contribuire alla lotta contro le disuguaglianze socio-economiche nella salute. Il punto più critico nello sviluppo di tale strategia è identificare i diversi fattori sottostanti come:

- La riduzione della disuguaglianza nel potere, reddito e ricchezza tra posizioni socio-economiche differenti;
- La riduzione dell'esposizione a fattori di rischio per la salute tra gli individui appartenenti a gruppi più svantaggiati dal punto di vista socio-economico;
- La riduzione del ruolo giocato dalla salute nello scendere gli scalini sociali attraverso una diminuzione delle conseguenze economiche della malattia;
- La riduzione della non equa differenza nelle conseguenze economiche legate alla malattia tra classi socioeconomiche al fine di evitare un ulteriormente aumento del divario nello stato di salute tra tali gruppi sociali.

Il mercato del lavoro, la formazione ed il reddito sono tutti fattori determinanti dello stato di salute (Mackenbach, 2002) e conseguentemente, nei vari paesi, gli investimenti nel sistema di istruzione, nella previdenza e protezione sociale ed anche nelle politiche del mercato del lavoro sono indispensabili per ridurre il gap socioeconomico nello stato di salute.

Politiche su misura possono essere inoltre necessarie per aumentare le occasioni socio-economiche per coloro che vivono in condizioni socioeconomiche più svantaggiate. La maggior parte delle politiche non considerano la diversa esposizione al tra classi socioeconomiche e quindi il loro risultato può essere un aumento nelle disuguaglianze di salute anziché un loro riduzione (Diderichsen, 2001). Per esempio, poiché le strategie per ridurre il consumo del tabacco sono principalmente indirizzate a tutta la popolazione, il risultato non intenzionale è una diminuzione nella prevalenza dei fumatori fra la popolazione ricca, ma non fra la popolazione povera aumentando la disuguaglianza sociale nel consumo di tabacco. Nei paesi sviluppati, il consumo di tabacco è infatti maggiore tra gli individui più poveri.

Inoltre, nei paesi senza una rete di protezione sociale coloro che hanno una salute precaria generalmente corrono un maggior rischio di peggiorare la propria condizione socioeconomica e potrebbero non essere in grado di sostenere le conseguenze economiche legate alla malattia (Mackenbach, 2002b).

Quindi, gli effetti economici sono notevoli per la gente povera e potrebbero contribuire ad aumentare ulteriormente le disuguaglianze socioeconomiche di salute. Le politiche rivolte al miglioramento delle opportunità e delle condizioni lavorative per il malato cronico e alla costruzione di sistemi adeguati di previdenza sociale che proteggano una eventuale riduzione del reddito, possono contribuire a ridurre il divario socioeconomico nella salute.

Interventi sanitari e politiche sociali che si basino sui seguenti principi guida:

- le risorse debbono essere stanziare secondo i bisogni, e non sulla capacità di contribuire alle spese;
 - mentre la mobilitazione delle risorse si basa sul contributo progressivo di tutta la popolazione. Quindi, ognuno dovrebbe contribuire in base alla propria capacità;
- possono quindi essere usati per ridurre le disuguaglianze socio-economiche nella salute (Mackenbach, 2002).

Questo è in parte un tema che riguarda la tutela dell'uguaglianza nell'accesso finanziario ottenuta tramite opportune politiche di finanziamento dell'assistenza sanitaria. È anche un tema che riguarda la tutela dell'uguale accesso geografico e fisico, riduce la distribuzione irregolare tra aree urbane e rurali o migliora i servizi di assistenza sanitaria di base. Infine,

si può parlare anche di uguale accesso culturale poiché è probabile che la comunicazione fra fornitori e pazienti sia meno efficace in gruppi socioeconomici inferiori.

La presenza di un sistema sanitario equo è una condizione necessaria per evitare barriere all'accesso ai servizi sanitari, per ridurre le conseguenze derivanti dalla condizione socioeconomica e per prevenire un ulteriore aumento del gap tra classi socioeconomiche (Whitehead, 2001). Tale sistema sanitario deve garantire un equo contributo finanziario ai servizi sanitari attraverso politiche finanziarie adeguate che evitino l'uso di tariffe e pagamenti ed anche un equa distribuzione delle risorse tra aree geografiche e tra zone rurali e urbane migliorando la qualità dei servizi sanitari primari per la popolazione. Infine, è necessario garantire un equo accesso culturale, perché la comunicazione fra medici e pazienti è probabilmente meno efficace nei gruppi più svantaggiati dal punto di vista socioeconomico.

1.5 Iniquità nell'accesso ai servizi sanitari

Garantire un equo accesso ai servizi sanitari è tra gli obiettivi fondamentali nella maggior parte, se non tutti, i sistemi sanitari europei. Sebbene da decenni si sia realizzata una copertura quasi totale dei servizi sanitari per la maggior parte della popolazione, gli obiettivi di equità sembrano non essere stati raggiunti. Non tutti gli individui con gli stessi bisogni di cure sanitarie ricevono le stesse cure e violazioni in termini di sia qualità che quantità sembrano essere associate sistematicamente con il reddito.

Il mercato sanitario, se non regolato, potrebbe non raggiungere una ottimale distribuzione dei servizi sanitari (Arrow, 1963). Elevate asimmetrie informative, un imperfetto rapporto di agenzia tra medico e paziente e l'induzione dell'offerta (*supply induced demand*) sono tutti fattori che riducono la possibilità per il paziente di scegliere razionalmente e massimizzare la propria utilità. La salute è una condizione necessaria per un individuo per lavorare e produrre ed anche godere del proprio tempo libero. Nella misura in cui l'assistenza medica è necessaria per migliorare la salute, il valore dei servizi di sanitari dovrebbe essere rappresentato da misure direttamente correlate con il beneficio individuale e non con il reddito o la ricchezza personale o con la capacità di contribuire alle spese sanitarie. Il fattore più importante nella valutazione delle varie politiche sanitarie è la salute e non l'utilità (Culyer, 1989). La salute precaria genera un'esigenza di assistenza sanitaria ed attraverso l'utilizzo dell'assistenza sanitaria è possibile ristabilire la salute.

1.6 Equità, definizione e misurazione

Che cosa è l'equità? Come può essere definita e come può essere misurata? Le risposte a queste domande sono lontano dal essere manifeste ma sono chiaramente necessarie per realizzare confronti internazionali. Non vi è accordo nella letteratura sulla definizione migliore del concetto di equità nell'accesso ai servizi sanitari. McLachlan e Maynard (1982) suggeriscono che l'equità, come la bellezza, è un concetto che esiste nella mente di colui che parla. Prima di analizzare il concetto normativo dell'equità è importante differenziare l'equità o la giustizia sociale dall'altruismo o dall'assistenzialismo.

L'assistenzialismo e altruismo sono delle preferenze individuali dove la quantità di risorse ed il livello di provvisione dipende soltanto dal quanto i diversi individui si preoccupano e dal costo di fornire tali servizi sanitari. Di conseguenza, "i costi ed i benefici sono equilibrati al margine" (Culyer, 1980). Secondo il principio dell'assistenzialismo l'obiettivo principale di un mercato dell'assistenza sanitaria è essere efficiente e una allocazione (Pareto) ottimale delle risorse è possibile.

D'altra parte, secondo la teoria dell'equità, la distribuzione dei servizi sanitari non deve dipendere dagli interessi degli individui, ma da un insieme dei principi di diritto individuale. Il giudizio deve essere imparziale. Rawls (1971) ha proposto il concetto del "velo di ignoranza". Quale distribuzione un individuo razionale giudicherebbe come ottimale se fosse ignaro della posizione che poi occuperà nella società? La allocazione di servizi sanitari basata per principio di equità non deve essere influenzata dai costi in quanto per il concetto di giustizia una equa distribuzione deve essere indipendente dal sacrificio richiesto a tutta la società (Wagstaff e Van Doorslaer, 1993). Un trade-off tra efficienza ed equità è possibile. Una distribuzione efficiente potrebbe non essere equa e viceversa.

Le differenze fra la scuola di pensiero liberale ed egalitaria sul concetto di equità sono una diretta conseguenza di tale trade-off tra equità ed efficienza. Williams (1993) nota che secondo la scuola di pensiero liberale, l'accesso ai servizi sanitari fa parte del sistema di premio della società e, al margine, gli individui possono usare il loro reddito e patrimonio per ottenere maggiore e migliori servizi sanitari se questo desiderano. Secondo la scuola di pensiero egalitaria, l'accesso ai servizi sanitari è un diritto di ogni cittadino e questo non deve essere influenzato da reddito o da patrimonio.

Quindi, il punto di vista liberale è orientato verso un sistema di accesso "privato" dove il livello di accesso dipende dalla volontà e capacità di contribuzione. Al contrario, per gli

egalitari il sistema sanitario deve essere pubblicamente finanziato e deve basarsi sul principio che individui con uguali bisogno di prestazioni sanitarie debbono godere di un equo accesso ai servizi sanitari indipendentemente dalla capacità di contribuzione. L'obiettivo ultimo di un sistema egalitario è il livello e la distribuzione della salute nella comunità (Williams, 1993).

Negli stati europei esistono diversi sistemi sanitari, ma la scuola di pensiero egalitaria sembra predominare. L'equità è considerato un obiettivo importante nei diverse politiche sociale e sanitarie; l'accesso e la provvisione di cure sanitarie dipendono dai bisogni e non dalla possibilità di pagare quasi ovunque sebbene notevoli differenze esistono tra i diversi sistemi. Tre differenti principi di equità possono essere usati per valutare la distribuzione di prestazioni sanitari:

- 1) uguaglianza di accesso;
- 2) allocazione secondo i bisogni;
- 3) uguaglianza di salute.

Per il concetto di bisogno della popolazione ci sono quattro diverse definizioni (Culyer e Wagstaff, 1993): a) il bisogno può essere definito in termini dello stato attuale di salute, cioè è identificato con lo stato di salute precaria. Tuttavia, questa definizione può essere abbastanza restrittiva perché, per esempio, non considera il valore della medicina preventiva. b) La definizione di bisogno come la capacità di trarre beneficio dall'assistenza sanitaria, non considera le risorse spese e lascia senza risposta la domanda di quanta assistenza sanitaria abbia bisogno ogni persona. Per prendere in considerazione questo concetto è possibile definire c) il bisogno come la spesa che una persona dovrebbe ricevere. In questo modo il bisogno è definito semplicemente come la quantità di assistenza sanitaria richiesta per raggiungere l'uguaglianza di salute. Tuttavia, perché il bisogno ha allo stesso tempo un significato tecnico e normativo, il raggiungimento di conclusioni paradossali è possibile. Inoltre, d) il bisogno può essere definito come la quantità minima di risorse richieste per esaurire la capacità di beneficiare. Quindi, il bisogno è zero se la capacità di beneficiare delle cure sanitarie è, al margine, zero, mentre quando la capacità di beneficiare è positiva il bisogno è valutato considerando la quantità di spesa richiesta per ridurre la capacità di beneficiare a zero.

Se supponiamo che due individui hanno le stesse dotazioni iniziali, la stessa capacità di beneficiare delle prestazioni sanitarie e lo stesso livello di spesa necessario per esaurire la capacità di beneficiare, non importa quali di queste quattro definizioni di bisogno è usata nell'allocazione di servizi sanitari. Tuttavia, questa è l'eccezione piuttosto che la regola. Non appena una delle tre ipotesi viene meno, la decisione di allocazione cambia variando le definizioni di

bisogno. Per esempio, quando la capacità di beneficiare varia tra individui, la definizione di bisogno come capacità di beneficiare implica che gli individui che hanno una maggiore capacità di beneficiare debbono ricevere maggiori prestazioni sanitarie, ma non secondo la definizione di bisogno come la spesa una persona dovrebbe ricevere per raggiungere una equità nello stato di salute.

Nella letteratura, un simile disaccordo esiste per la definizione del termine accesso alle prestazioni sanitarie. Molti scrittori usano il termine "accesso" come sinonimo "di utilizzazione". Di conseguenza, l'equità nell'accesso richiede semplicemente l'equità nei trattamenti (Culyer e Wagstaff, 1993). Le Grand (1982) e Mooney (1983, 1994) sostengono a che l'accesso al trattamento e il trattamento ricevuto sono concetti differenti. Il primo si riferisce soltanto alle opportunità, mentre il secondo si riferisce sia alle opportunità che all'uso reale di queste. Ancora, l'accesso può essere definito in termini del costo e del tempo spesi per ricevere le prestazioni necessarie (Le Grand, 1982), o come il massimo consumo disponibile (Olsen e Rodgers, 1991). Per Goddard e Smith (2001) inoltre l'accesso è semplicemente l'offerta che il sistema sanitario dà agli individui, esso potrebbe, a livello più generale, riferirsi alla capacità di assicurare una specifica gamma di servizi, ad un livello predefinito di qualità, condizionato ad un livello massimo per gli individui e la società, dato il livello di informazione disponibile. Sebbene diversi indicatori quali il tempo di attesa, la disponibilità delle risorse e la spesa individuale, possono essere misurati, l'accesso può essere raramente osservato direttamente. Piuttosto l'utilizzazione è osservata. Di conseguenza, variabili quali il numero di visite dal medico di base e i giorni di ricovero sono analizzate per misurazione rispettivamente il livello di accesso all'assistenza sanitaria primaria e ospedaliera. Tuttavia, questo può generare problemi nell'interpretazione dei risultati, perché valutando l'utilizzazione e non l'accesso, potrebbe essere difficile differenziare i fattori dell'offerta da quelli della domanda. Così come per l'allocazione in base ai bisogni, il giudizio finale di equità nell'accesso dipende dalla definizione di accesso utilizzata.

Il recente dibattito fra economisti sulla natura dell'equità di salute ha contribuito a chiarire molti punti ma nessun accordo è stato trovato su quale sia l'interpretazione migliore per l'equità nell'offerta di cure sanitarie. Ci sono coloro che credono nell'uguaglianza di accesso (come Mooney) e coloro che credono nell'uguaglianza di salute (Culyer e Wagstaff). Per i marxisti e in parte per la scuola di pensiero egualitaria, la ripartizione dei servizi sanitari secondo i bisogni può almeno promuovere l'uguaglianza di salute, se non raggiungerla (Wagstaff e Van Doorslaer, 2000b). L'uguaglianza nei

bisogno è il concetto che sarà usato nella restante parte di questo lavoro.

Una distribuzione delle cure sanitarie secondo i bisogni della popolazione può essere interpretata in termini di equità verticale, cioè individui con bisogni disuguali devono ricevere cure sanitarie appropriatamente dissimili, e di equità orizzontale, cioè individui con un simile bisogno devono ricevere le stesse cure sanitarie (Wagstaff e Van Doorslaer, 2000b). Si presume quindi che individui con dissimili livelli di salute abbiano altrettanto dissimili bisogni medici mentre coloro che hanno la stessa condizione di salute abbiano anche gli stessi bisogni (Wagstaff, Van Doorslaer e Ruffer, 1993). Per realizzare il principio dell'equità orizzontale nella cura dei pazienti, le risorse devono essere stanziare secondo i bisogni, indipendentemente dalle varie caratteristiche personali come il reddito.

1.7 La misurazione dell'equità orizzontale nell'offerta di prestazioni sanitarie

Per comprendere se individui con bisogni uguali ricevono uguali cure sanitarie, indipendentemente dal loro reddito, è necessario misurare e quantificare il livello di equità orizzontale nell'accesso/utilizzo di prestazioni sanitarie. La misura dell'inequità descritta di seguito si basa sul metodo indiretto di standardizzazione proposto da Wagstaff e Van Doorslaer (2000).

Il concetto di equità verticale non è analizzato nel presente lavoro, tutte le differenze fra individui con differenti bisogni medici sono presi come dati.

In primo luogo, è necessario misurare se vi è disuguaglianza nella distribuzione attuale di cure mediche, per poter verificare se persone con bisogni uguali hanno la stessa probabilità di ricevere prestazioni sanitarie, indipendentemente da reddito. Per misurare il livello di equità nell'utilizzazione sanitaria è necessario però confrontare la distribuzione attuale di servizi sanitari con la distribuzione dei bisogni della popolazione. La propensione alla malattie e le condizioni di salute non sono equamente distribuite fra individui appartenenti a diverse classi socio-economiche, poiché i più poveri tendono ad avere una maggior probabilità di ammalarsi e un livello di salute medio inferiore. Di conseguenza, è importante valutare se la distribuzione dei servizi sanitari a favore della popolazione economicamente più svantaggiata è sufficiente per compensare i loro più alti bisogni di cure mediche. Riassumendo, è necessario:

1. misurare il livello di disuguaglianza attuale nell'assistenza medica;
2. misurare il livello di disuguaglianza nella distribuzione dei bisogni;

3. misurare il livello dell'equità nell'offerta dei servizi sanitari come differenza fra (1) e (2).

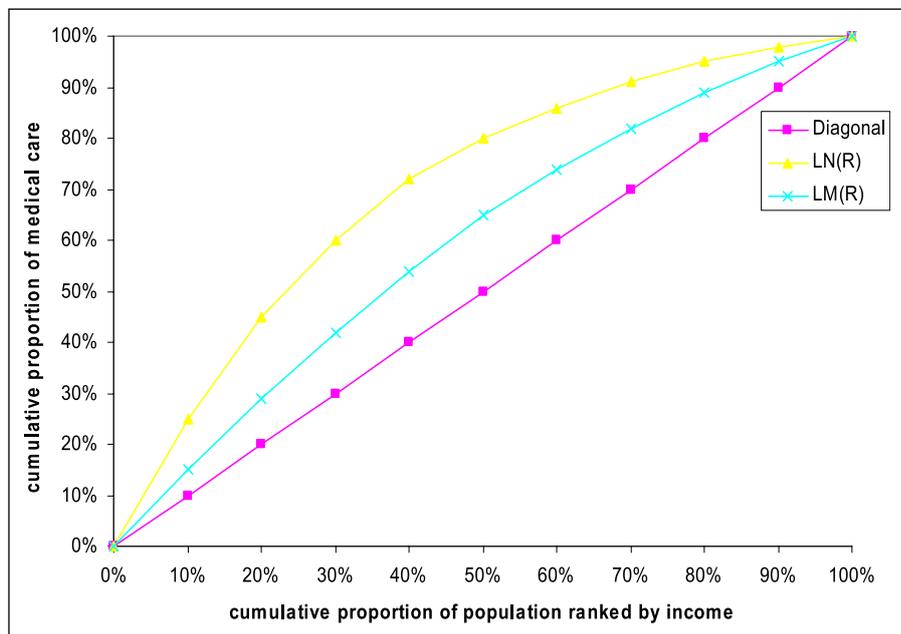
Supponiamo che y_i sia la quantità di cure mediche ricevute da un individuo i in un dato periodo di tempo, la distribuzione delle cure medica in base al reddito può essere rappresentata dalla curva di concentrazione $LM(r)$. Nella figura 1.9, l'asse orizzontale è la proporzione cumulativa, R , della popolazione allineati per il reddito (dal più emarginato al meno emarginato) e l'asse verticale è la proporzione cumulativa di cure mediche. Di conseguenza, $LM(r)$ traccia la proporzione di assistenza medica usata da

ogni persona allineata per il reddito. Se vi è uguaglianza nella distribuzione attuale di cure mediche, $LM(r)$ coincide con la diagonale. Se, al contrario, $LM(r)$ si trova al di sopra (sotto) della diagonale, la distribuzione di prestazioni mediche è a favore dei più emarginati (ricchi). L'indice di concentrazione, CM , è una misura del grado di disuguaglianza in base al reddito nella distribuzione attuale di cure mediche. Quindi, CM è basato su $LM(r)$ ed è definito come due volte l'area fra $LM(r)$ e la diagonale:

$$C_M = 1 - 2 \int_0^1 L_M(R) dR \quad (1)$$

2) Tuttavia, i bisogni di assistenza sanitaria, in media, sono

Figura 1.9 - Indice di equità orizzontale



positivamente correlati con la distribuzione del reddito. Quindi, non è sufficiente misurare la disuguaglianza nell'assistenza medica ma è necessario misurare anche il grado di disuguaglianza nei bisogni. Usando il metodo indiretto di standardizzazione è possibile generare il valore atteso di cure mediche per ciascuno individuo, cosicché questo dipenda soltanto dai bisogni della popolazione. Il valore atteso indica la quantità di assistenza medica che ciascuno individuo avrebbe ricevuto se lei/lui fosse stato trattato, in media, dal sistema, come altri con gli stessi bisogni. La curva di concentrazione per i bisogni, $LN(R)$, rappresenta bisogno di assistenza medica. Vi è uguaglianza nei bisogni se $LN(r)$ coincide con la diagonale. Al contrario, se $LN(r)$ si trova al di sopra (sotto) della diagonale, la distribuzione di prestazioni sanitarie è pro emarginati (ricchi). Come prima, è possibile definire l'indice di concentrazione per i bisogni C_N , corrispondente a $LN(r)$, come due volte l'area

fra $LN(r)$ e la diagonale:

$$C_N = 1 - 2 \int_0^1 L_N(R) dR \quad (2)$$

3) per misurare il livello di equità orizzontale nell'accesso alle prestazioni sanitarie è necessario confrontare il livello dei bisogni della popolazione con l'utilizzazione attuale di cure mediche allineando ciascuno secondo il reddito. Il principio "della parità di trattamento per uguale bisogno" (Wagstaff e Van Doorslaer, 2000b) è violato se la distribuzione di prestazioni mediche non corrisponde con i bisogni della popolazione per dati livelli di reddito. Quindi, il livello di equità orizzontale può essere misurato confrontando le curve $LM(r)$ e $LN(r)$. Vi è l'equità orizzontale se l'assistenza medica ed i bisogni sono distribuiti proporzionalmente tra i diversi livelli di reddito e, pertanto, il valore dell'indice di equità orizzontale HI_{wv} è uguale a zero. Tuttavia, un valore dell'indice uguale a zero è una condizione sufficiente ma non

necessaria. Per esempio, è possibile che l'iniquità a favore dei poveri da una parte della distribuzione sia annullata dall'iniquità che favorisce i più ricchi da un'altra parte. Vi è invece iniquità orizzontale che favorisce i più ricchi (emarginati) se la curva di concentrazione di bisogno si trova al di sopra (sotto) della curva di concentrazione di cura medica. Per spiegare questo concetto, è possibile usare un esempio numerico. La Figura 1.9 indica che gli individui più poveri utilizzano le cure mediche più intensivamente ma hanno anche bisogni di prestazioni mediche maggiori di coloro con un reddito più elevato. Il primo 30% della popolazione allineata per reddito (nell'ordine ascendente) utilizza 42% della proporzione cumulativa di cure sanitarie, ma i loro bisogni rappresentano il 60% dei bisogni totali di cure mediche. L'utilizzazione di cure sanitarie non è quindi sufficiente a coprire i loro bisogni e la distribuzione di prestazioni medica è a favore della popolazione abbiente. L'indice orizzontale di iniquità, HI_{wv}, può essere definito come due volte la zona fra LN(r) e LM(r) ed è uguale alla differenza fra CM e CN:

$$HI_{wv} = 2 \int_0^1 [L_N(R) - L_M(R)] dR = C_M - C_N \quad (3)$$

Nel caso della disuguaglianza/iniquità a favore delle classi più abbienti (emarginate), CM, CN e HI_{wv} hanno valori positivi (negativi).

Gli indici di disuguaglianza per ciascuna variabile possono essere computati facilmente usando la metodologia proposta da Lerman e Yitzhaki (1989). Le uniche informazioni richieste sono la media, la dimensione del campione e la covarianza fra la variabile ed l'allineamento del reddito frazionato. Nel caso i pesi campionari vengano utilizzati, la formula deve essere pesata.

Supponiamo che w_i e y_i siano rispettivamente i pesi del campione e l'uso di prestazioni mediche di un individuo i in un campione di n osservazioni. Se supponiamo che $\sum w_i = 1$ e che gli individui sono disposti in ordine ascendente in base al reddito, l'indice di concentrazione per le cure mediche è:

$$C_M = 2 \text{wcov} [y, r] / \bar{y} = \frac{2}{y} \sum_{i=1}^N w_i y_i r_i - 1 \quad (4)$$

dove la r è il rank del reddito frazionato, \bar{y} è la media pesata del campione di y ed il wcov è la covarianza pesata fra il y_i ed il r_i . In un campione pesato r_i è uguale a:

$$r_i = \sum_{j=1}^{i-1} w_y + \frac{1}{2} w_i \quad (5)$$

ed indica la percentuale cumulativa pesata della popolazione fino al punto medio di ogni peso individuale.

Nello stesso modo, sostituendo il valore atteso di cure mediche in base ai bisogni, \hat{y}_i con y_i , è possibile computare C_N . Come prima, $HI_{wv} = C_M - C_N$. Alternativamente, è possibile computare C_M e C_N utilizzando una apposita regressione. Kakwani ed altri (1994) e Wagstaff e Van Doorslaer (2000) hanno dimostrato che C_M può essere calcolato usando la seguente regressione OLS pesata:

$$2\sigma^2 \left(\frac{y_i}{y} \right) = \gamma_1 + \delta_1 r_i + u_1 \quad (6)$$

dove σ^2 denota la varianza pesata tra il rank del reddito frazionato e, come prima, y_i indica l'utilizzazione di prestazioni mediche, e \bar{y} la media pesata. Può essere dimostrato che il coefficiente δ_1 della regressione OLS è uguale a:

$$\hat{\delta}_1 = \frac{2}{y} \sum_{i=1}^N w_i y_i r_i - 1 \quad (7)$$

e pertanto, $\hat{\delta}_1$ è uguale a HI_{wv}. È inoltre possibile computare CN sostituendo \hat{y}_i con y_i .

Poiché CM e CN non sono indipendenti, HI_{wv} può essere ottenuto usando la seguente apposita regressione:

$$2\sigma^2 \left(\frac{y_i - \hat{y}_i}{y} \right) = \gamma_2 + \delta_2 r_i + u_1 \quad (8)$$

E si può dimostrare che (vedere Wagstaff e Van Doorslaer, 2000) che.

$$\hat{\delta}_2 = C_M - C_N = HI_{wv} \quad (9)$$

Per ottenere una valutazione appropriate dell'errore standard è poi possibile utilizzare lo stimatore Newey-West nella regressione, che corregge per l'autocorrelazione e l'eteroschedasticità.

1.8 Equità nell'accesso alle prestazioni mediche in Europa

Per un'analisi dettagliata del livello di disuguaglianza ed iniquità nell'accesso ai servizi sanitari, le prestazioni mediche dovrebbero essere analizzate utilizzando le seguenti categorie:

- 1) Medici di base;
- 2) Medici specialisti;
- 3) Prestazione ospedaliera, poi ulteriormente differenziata in day hospital e cure acute.

Van Doorslaer, Masseria ed altri (2004) hanno misurato il livello di equità nell'accesso al medico di base, allo specialista, nei ricoveri ospedalieri (la suddivisione tra day hospital e ricoveri acuti non era possibile) e nelle visite al dentista in 21 paesi appartenenti all'OCSE.

Per riassumere, nella maggior parte dei paesi europei, i bisogni di cure mediche sono maggiormente concentrati fra la popolazione povera, ma dopo aver standardizzato per i bisogni, in metà dei paesi, i ricchi hanno una maggiore probabilità di rivolgersi del medico (tabella 1.3). Gli indici orizzontali di iniquità (HI_{wv}) per la probabilità di effettuare una visita dal medico sia di base che specialistico sono positivi per quasi tutti i paesi e sono statisticamente significativi in Canada, Finlandia, Italia, Messico, Paesi Bassi, Norvegia, Portogallo, Svezia e Stati Uniti. Per le visite dallo specialista, in tutti i paesi (ad eccezione del Regno Unito), dopo aver standardizzato per i bisogni della popolazione, l'utilizzazione è a favore delle classi degli individui più abbienti, sia per la probabilità che per il numero totale di visite in un anno (tabella 1.3). Il livello dell'iniquità relativa al reddito è particolarmente elevato in Portogallo, Finlandia, Irlanda ed Italia.

Al contrario, non è stata individuata alcuna iniquità nella distribuzione delle visite dal medico di base tra le diverse classi di reddito. I bisogni delle cure del medico di base sono maggiormente concentrati fra i più emarginati in tutti i paesi OCSE; e anche dopo aver standardizzato per i bisogno, sia la probabilità che il numero totale di visita dal medico di base rimangono a favore dei più poveri nella metà dei paesi (tabella 1.4). L'indice HI è positivo e statisticamente

significativo soltanto in Finlandia (i risultati finlandesi possono essere influenzati dall'inclusione di visite mediche richieste per individui facenti parte di specifiche classi lavorative tra le visite ai medici di base). Per l'assistenza ospedaliera, è impossibile presentare un'immagine chiara effettuando delle pure stime cross-sectional dell'iniquità relativa al reddito. La probabilità di essere ricoverato nei paesi dell'OCSE è in media del 9,6%, ma ci sono enormi differenze fra i vari paesi: per esempio, in Grecia è del 5,2% mentre in Ungheria del 15,2%. Inoltre, la distribuzione dei servizi ospedalieri è molto skewed. Utilizzando diversi anni della indagine della Comunità Europea sulle famiglie (European Community Household Panel), il potere della stima aumenta ed è possibile ottenere risultati più robusti. Così facendo, l'iniquità nei ricoveri diventa significativamente a favore degli individui più ricchi in sette dei dodici paesi europei analizzati - Portogallo, Grecia, Austria, Italia, Irlanda, Germania e Francia - (Masseria ed altri, 2004). Non è quindi sorprendente che nei risultati cross-sectional, tra i paesi OCSE analizzati da Van Doorslaer e Masseria (2004), gli indici di HI sono statisticamente significativi nei paesi con un campione più ampio (tabella 1.5). L'iniquità relativa al reddito nei ricoveri ospedalieri risultata essere a favore degli individui più benestanti in Messico ed Portogallo, ma a favore degli individui più poveri in Austria, Canada, Svizzera e Stati Uniti.

Tabella 1.3 - Indici di iniquità per le viste mediche sia di base che specialistiche

Paese		I più poveri	2	3	4	I più ricchi	Total	CI	HI
Campione									
Australia	total								
15516	prob	0.849	0.846	0.835	0.846	0.858	0.847	-0.014	0.003
Austria	total	6.620	6.077	6.407	6.586	7.350	6.608	-0.043	0.026
5610	prob	0.877	0.877	0.895	0.886	0.910	0.889	-0.002	0.006
Belgio	total	7.458	7.208	6.841	6.313	6.539	6.872	-0.114	-0.031
4483	prob	0.894	0.869	0.908	0.883	0.902	0.891	-0.006	0.002
Canada	total	4.342	4.470	4.252	4.342	4.417	4.355	-0.064	0.005
107613	prob	0.834	0.835	0.841	0.864	0.897	0.866	0.004	0.015
Danimarca	total	3.331	4.074	3.388	3.944	3.459	3.639	-0.073	0.005
3787	prob	0.784	0.748	0.755	0.777	0.771	0.767	-0.026	0.000
Finlandia	total	2.501	2.914	3.307	3.265	3.724	3.142	0.029	0.073
5587	prob	0.727	0.781	0.824	0.822	0.870	0.805	0.026	0.036
Francia	total	6.567	6.994	7.186	7.086	7.318	7.030	-0.007	0.017
4381	prob	0.841	0.870	0.891	0.882	0.873	0.871	0.005	0.007
Germania	total (3m)	2.921	2.876	2.689	3.060	3.064	2.922	-0.017	0.010
12961	prob	0.688	0.707	0.693	0.718	0.718	0.705	-0.005	0.008
Grecia	total	3.753	3.880	4.014	4.056	3.868	3.914	-0.114	0.007
8983	prob	0.627	0.615	0.633	0.646	0.629	0.630	-0.035	0.006
Ungheria	total	6.925	7.534	8.587	7.899	6.684	7.525	-0.073	0.003
4404	prob	0.750	0.765	0.781	0.803	0.750	0.770	-0.007	0.006
Irlanda	total	4.343	4.018	3.903	3.767	3.521	3.911	-0.137	-0.032
4601	prob	0.715	0.718	0.693	0.703	0.770	0.720	-0.020	0.010
Italia	total	6.116	6.361	6.204	6.158	6.303	6.228	-0.030	0.004
14155	prob	0.810	0.814	0.837	0.835	0.852	0.830	0.008	0.010
Messico	total								
153865	prob	0.189	0.191	0.206	0.218	0.227	0.206	0.029	0.042
Paesi Bassi	total	4.737	5.002	4.402	4.604	4.449	4.639	-0.080	-0.017
8706	prob	0.739	0.749	0.738	0.759	0.773	0.751	-0.003	0.009
Norvegia	total	3.655	4.136	3.781	3.763	4.073	3.882	-0.048	0.009
3709	prob	0.736	0.782	0.761	0.782	0.788	0.770	-0.003	0.011
Portogallo	total	3.976	4.307	4.720	5.002	5.431	4.687	-0.011	0.068
10276	prob	0.714	0.763	0.793	0.805	0.856	0.786	0.011	0.033
Spagna	total	5.117	5.011	4.929	5.124	4.756	4.988	-0.086	-0.012
12182	prob	0.779	0.774	0.757	0.783	0.796	0.778	-0.008	0.006
Svezia	total (3m)	0.812	0.738	0.902	0.867	0.982	0.860	0.012	0.042
5054	prob	0.388	0.366	0.417	0.411	0.418	0.400	-0.003	0.026
Svizzera	total	3.441	3.304	3.367	3.309	3.269	3.338	-0.044	-0.008
13692	prob	0.753	0.757	0.766	0.768	0.758	0.760	-0.005	0.002
UK	total	5.788	5.684	5.340	5.149	5.126	5.417		
13712	prob	0.787	0.791	0.787	0.786	0.801	0.790	-0.019	0.003
US	total	2.982	3.412	3.671	3.836	4.223	3.655	-0.020	0.068
16557	prob	0.618	0.629	0.690	0.703	0.757	0.683	0.023	0.044

Nota: I valori in grassetto sono statisticamente significativi (P<0.05). Total = numero totale di viste nei 12 mesi precedenti l'intervista. Prob = la probabilità di effettuare almeno una visita nei 12 mesi precedenti l'intervista.

Fonte: Van Doorslaer, Masseria e altri, 2004.

Tabella 1.4 - Indici di iniquità per le viste mediche differenziando medici di base e specialisti

Paese	Campione	Medici di base			Medici specialisti		
		Total	CI	HI	Total	CI	HI
Australia	total						
	15516	prob					
Austria	total	4.501	-0.073	0.001	2.108	0.021	0.078
	5610	prob	0.828	-0.005	0.635	0.023	0.039
Belgio	total	5.035	-0.144	-0.057	1.837	-0.031	0.038
	4483	prob	0.857	-0.004	0.507	0.017	0.052
Canada	total	3.265	-0.089	-0.016	1.295	-0.015	0.054
	107613	prob	0.786	0.001	0.541	0.013	0.044
Danimarca	total	2.645	-0.104	-0.028	0.994	0.009	0.093
	3787	prob	0.739	-0.002	0.305	-0.030	0.041
Finlandia	total	2.159	-0.008	0.045	0.983	0.110	0.136
	5587	prob	0.712	0.013	0.396	0.105	0.118
Francia	total	4.764	-0.027	-0.005	2.266	0.037	0.063
	4381	prob	0.811	0.003	0.603	0.034	0.045
Germania (96)	total	5.131	-0.075	-0.021	3.335	-0.003	0.045
	8392	prob	0.774	-0.018	0.595	0.019	0.034
Grecia	total	2.113	-0.148	-0.033	1.802	-0.074	0.055
	8983	prob	0.532	-0.066	0.429	-0.018	0.049
Ungheria	total	4.987	-0.101	-0.024	2.538	-0.019	0.055
	4404	prob	0.697	0.002	0.490	0.014	0.044
Irlanda	total	3.329	-0.161	-0.061	0.582	0.005	0.129
	4601	prob	0.708	0.006	0.215	0.014	0.102
Italia	total	4.851	-0.059	-0.026	1.378	0.072	0.112
	14155	prob	0.805	0.003	0.437	0.071	0.087
Messico	total						
	153865	prob					
Paesi Bassi	total	2.917	-0.098	-0.038	1.722	-0.051	0.019
	8706	prob	0.709	-0.007	0.385	-0.011	0.018
Norvegia	total	3.016	-0.066	-0.006	0.865	0.015	0.063
	3709	prob	0.734	-0.009	0.306	0.019	0.055
Portogallo	total	3.289	-0.074	0.008	1.398	0.140	0.208
	10276	prob	0.732	-0.003	0.421	0.086	0.130
Spagna	total	3.432	-0.114	-0.047	1.556	-0.026	0.066
	12182	prob	0.716	-0.027	0.453	0.022	0.061
Svezia	total						
	5054	prob					
Svizzera	total	2.140	-0.062	-0.024	1.446	0.051	0.074
	13692	prob	0.582	-0.005	0.450	0.034	0.047
UK	total	3.930	-0.119	-0.042	1.487	-0.062	0.017
	13712	prob	0.756	0.001	0.403	-0.038	0.011
US	total						
	16557	prob					

Nota: I valori in grassetto sono statisticamente significati (P<0.05). Total = numero totale di viste nei 12 mesi precedenti l'intervista
 Prob = la probabilità di effettuare almeno una visita nei 12 mesi precedenti l'intervista.
 Fonte: Van Doorsaer, Masseria e altri, 2004.

Tabella 1.5 - Indici di equità nei ricoveri ospedalieri

Country		Poorest	2	3	4	Richest	Total	CI	HI
Sample size									
Australia	total								
15516	prob	0.147	0.156	0.138	0.116	0.125	0.136	-0.113	-0.049
Austria	total	2.047	1.800	1.805	2.284	2.304	2.048	-0.097	0.041
5610	prob	0.142	0.134	0.137	0.123	0.164	0.140	-0.055	0.019
Belgio	total	1.369	1.280	1.141	1.207	1.079	1.215	-0.222	-0.048
4483	prob	0.111	0.105	0.127	0.095	0.095	0.107	-0.141	-0.034
Canada	total	0.704	0.740	0.603	0.475	0.480	0.533	-0.256	-0.078
107613	prob	0.100	0.101	0.087	0.080	0.075	0.082	-0.150	-0.051
Danimarca	total	1.636	0.633	0.676	0.717	1.054	0.943	-0.205	-0.093
3787	prob	0.100	0.097	0.080	0.096	0.095	0.094	-0.081	-0.011
Finlandia	total	0.791	1.649	1.266	0.896	0.827	1.086	-0.170	-0.047
5587	prob	0.112	0.142	0.129	0.104	0.118	0.121	-0.053	-0.016
Francia	total	0.794	0.933	1.398	0.867	1.039	1.006	-0.019	0.035
4381	prob	0.090	0.099	0.092	0.091	0.096	0.094	-0.037	0.000
Germania	total	2.053	1.878	2.522	2.333	1.376	2.032	-0.059	-0.029
12961	prob	0.132	0.129	0.130	0.120	0.113	0.125	-0.064	-0.033
Grecia	total	0.733	0.646	0.544	0.665	0.692	0.656	-0.230	0.003
8983	prob	0.056	0.046	0.041	0.056	0.062	0.052	-0.137	0.040
Ungheria	total	2.817	2.568	2.750	2.147	2.138	2.485	-0.160	-0.052
4404	prob	0.139	0.146	0.166	0.154	0.158	0.152	-0.047	0.025
Irlanda	total	1.477	1.180	1.313	1.528	1.059	1.311	-0.261	-0.033
4601	prob	0.075	0.103	0.097	0.122	0.097	0.099	-0.081	0.053
Italia	total	0.777	1.097	1.184	1.214	0.881	1.031	-0.036	0.033
14155	prob	0.061	0.074	0.079	0.078	0.071	0.073	-0.024	0.028
Messico	total	0.125	0.138	0.181	0.164	0.187	0.159	0.036	0.078
153865	prob	0.031	0.032	0.041	0.039	0.039	0.037	0.039	0.052
Paesi Bassi	total	0.825	1.037	0.596	0.888	0.690	0.807	-0.158	-0.040
8706	prob	0.079	0.073	0.074	0.073	0.065	0.073	-0.085	-0.021
Norvegia	total								
3709	prob								
Portogallo	total	0.732	0.540	0.582	0.592	0.749	0.639	-0.192	0.004
10276	prob	0.045	0.050	0.063	0.056	0.085	0.060	-0.016	0.113
Spagna	total	1.118	0.668	0.745	1.043	1.024	0.920	-0.168	0.025
12182	prob	0.073	0.062	0.076	0.084	0.076	0.074	-0.076	0.033
Svezia	total	0.714	1.201	0.915	0.946	0.906	0.932	-0.122	-0.006
5054	prob	0.079	0.105	0.103	0.095	0.102	0.096	-0.045	0.035
Svizzera	total	1.158	1.309	1.185	0.974	0.880	1.101	-0.128	-0.063
13692	prob	0.142	0.129	0.134	0.112	0.099	0.123	-0.093	-0.065
UK	total	0.907	0.930	1.156	0.992	0.893	0.975	-0.181	0.013
13712	prob	0.095	0.119	0.109	0.111	0.102	0.107	-0.093	0.013
US	total	0.510	0.616	0.583	0.545	0.482	0.546	-0.252	-0.017
16557	prob	0.088	0.079	0.087	0.075	0.072	0.080	-0.167	-0.038

Nota: I valori in grassetto sono statisticamente significativi (P<0.05). Total = numero totale di notti in ospedale nei 12 mesi precedenti l'intervista. Prob = la probabilità di essere ricoverato per almeno una notte nei 12 mesi precedenti l'intervista.
Fonte: Van Doorsaer, Masseria e altri, 2004.

Capitolo II

Equità nell'utilizzazione dei servizi sanitari nelle regioni italiane

M.Giannoni, C.Masseria

2.1 Introduzione

In Italia in tema di equità l'enfasi è stata posta sull'equità a livello geografico, principalmente riguardo al finanziamento e alla distribuzione dei servizi pubblici. Un equo accesso ai servizi sanitari è obiettivo centrale del sistema sanitario italiano. Questo discende dal diritto alla salute così come sancito dalla stessa Costituzione Italiana (art. 3 paragrafo 2 e art. 32). La tutela della salute è stata introdotta con l'emendamento fatto nel 2001 del titolo V della Costituzione. Il nuovo articolo n. 117 stabilisce come una delle competenze esclusive dello Stato sia la determinazione dei livelli essenziali dei servizi relativi ai diritti civili e sociali che devono essere garantiti nel complesso del territorio nazionale. L'obiettivo principale del sistema appare quello di garantire l'equità nell'accesso ai livelli essenziali di assistenza secondo i bisogni di cura della popolazione. La posizione socio-economica o le caratteristiche di appartenenza geografica, non dovrebbero quindi influenzare l'utilizzazione dei servizi da parte del cittadino.

Nonostante fin dalla sua fondazione, avvenuta nel 1978, il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) abbia avuto come principio informatore lo scopo di garantire a tutti i cittadini livelli di assistenza sanitaria uniformemente in tutto il paese, secondo il principio dell'universalismo del sistema sanitario, in questi ultimi anni sono state prodotte una serie di evidenze circa sistematiche e crescenti violazioni dei suddetti obiettivi di equità. Da queste risulterebbe che non tutti gli individui con uguali bisogni di cure ricevano o abbiano ricevuto in passato lo stesso livello di cure, e che tali disuguaglianze in termini sia qualitativi che quantitativi siano associate sistematicamente al reddito degli individui.

1) Lo scopo di questo lavoro è di verificare se l'obiettivo di equità nell'accesso o nell'utilizzazione per uguali bisogni è realizzato in Italia, in generale, e nelle diverse regioni italiane, in particolare in Umbria. Seguendo l'impostazione di un lavoro precedente condotto nell'ambito di questo progetto di ricerca (Giannoni e Masseria, 2005) il lavoro si basa sui dati dell'indagine di Multiscopo (1999-2000),

condotta da ISTAT che descrive in dettaglio lo stato di salute della popolazione e l'uso dei servizi sanitari. Rispetto ai dati usati dagli studi condotti in precedenza, l'indagine Multiscopo presenta una maggiore ricchezza di informazioni, in particolare riguardo ai fabbisogni di assistenza sanitaria che così possono essere specificati meglio. Ai soggetti intervistati è chiesto non soltanto di valutare soggettivamente il loro stato attuale di salute, ma anche di fornire informazioni su misure più obiettive. Inoltre con questa indagine è possibile a disaggregare i dati al livello regionale. Come noto, tra regioni esistono grandi differenze nella qualità e nella disponibilità dei servizi sanitari. In un contesto di decentramento e devoluzione quale quello attuale, in cui l'assistenza sanitaria è fornita dalle regioni, che sono responsabili della qualità, dell'economicità e dell'efficienza dei servizi erogati ed in misura crescente del loro finanziamento, diventa essenziale poter condurre analisi separate per le varie realtà regionali. L'indagine Multiscopo non contiene informazioni sul reddito. Per superare questo problema, questa è stata arricchita con le informazioni sul reddito derivanti dal l'indagine Eurostat (1999) per l'Italia in un precedente lavoro (Masseria e Giannoni, 2005). Rispetto alla versione preliminare del modello, presentata nella relazione intermedia del progetto prodotta nel luglio 2005, il presente contributo aggiunge quanto segue:

- una analisi dell'effetto delle variabili relative all'offerta di servizi sanitari sui modelli utilizzati per stimare gli indici di iniquità orizzontale;
- l'analisi dei ricoveri in pronto soccorso;
- un set di indicatori calcolati non solo a livello nazionale ma anche su dati regionali con un approfondimento relativamente alla regione dell'Umbria^(*)

2.2 Iniquità orizzontale: definizione e misurazione

Per realizzare l'equità orizzontale le risorse devono essere assegnate secondo i bisogni, indipendentemente dalle caratteristiche personali e dal reddito degli individui (Wagstaff, Van Doorslaer e Rutten, 1993). Per misurare l'equità orizzontale per quanto riguarda ad esempio l'assistenza ospedaliera, bisogna quindi analizzare se, a parità di bisogni individuali, le differenze di reddito portano a diverse probabilità di ricovero. Ugualmente, per altri tipi di utilizzazioni di servizi sanitari, come le visite di controllo o le visite dal medico di medicina generale, o dallo specialista, occorre valutare se gli individui con bisogno uguale, ma i redditi disuguali,

abbiano probabilità disuguali di uso dei servizi.

La nostra misura dell'iniquità orizzontale è basata sul metodo indiretto di standardizzazione come proposto in Wagstaff e Van Doorslaer (2000) e descritta nel capitolo precedente.

Con (HIWV) si definisce l'indice di iniquità orizzontale. Quest'ultimo è pari alla differenza fra il grado di disuguaglianza relativa al reddito nell'uso attuale dei servizi sanitari (come misurato dall'indice - CM - di concentrazione) e il grado della disuguaglianza relativa al reddito nell'uso stimato sulla base dei bisogni di cura degli individui (misurato da CN). A sua volta, CN è ottenuto come la probabilità prevista di utilizzazione dei servizi tramite una stima di regressione basata sugli indicatori di bisogno.

Quando l'uso (o bisogno) è più concentrato fra le classi più abbienti, l'indice di concentrazione dei uso dei servizi CM (o dei bisogni, CN) è positivo. Viceversa, quando l'uso (o bisogno) è meno concentrato fra le classi più abbienti, l'indice di concentrazione dei uso dei servizi CM (o dei bisogni, CN) è negativo. L'iniquità orizzontale risulta a favore dei ricchi quando l'indice HIWV è positivo. Viceversa, se HIWV è negativo, ciò segnala un accesso che favorisce i poveri. Una distribuzione orizzontalmente equa dei servizi sanitari è definita da valori uguali degli indici di concentrazione relativamente all'uso e ai bisogni, oppure da un indice di HIWV uguale a zero, o almeno non significativamente differente da zero.

2.3 Descrizione dei dati

I dati sono stati tratti dall'indagine Multiscopo, condotta da ISTAT. Ogni tre anni un campione rappresentativo di famiglie ed individui viene intervistato per avere un'immagine dello stato di salute italiano. L'obiettivo principale dell'indagine è descrivere lo stato di salute e gli stili di vita della popolazione italiana.

La variabile *lninc* è il logaritmo naturale del reddito disponibile attribuito alla famiglia dei soggetti intervistati nell'indagine, stimato per adulto equivalente usando la scala di Carbonaro.

La variabile *ri* è il *fractional Rank* per il reddito netto imputato della famiglia per adulto equivalente.

Le variabili dipendenti sono relative all'uso di: visite specialistiche, e visite dal medico di medicina generale, ricoveri in ospedale e ricoveri in pronto soccorso. Agli individui è stato chiesto se nelle 4 settimane prima dell'intervista avessero effettuato visite specialistiche e/o visite di controllo.

Il reddito è stato imputato usando i dati dell'Eurostat (1999) per l'Italia; la corrispondenza nella procedura di *matching* è stata considerata a livello della famiglia degli individui (si veda per la metodologia Masseria e Giannoni, 2005). Sono

(*) Il presente contributo è per lo più frutto del lavoro congiunto dei due autori. Tuttavia è attribuibile a Margherita Giannoni la redazione dei paragrafi 2.3, 2.5.1 e seguenti, 2.6 e a Cristina Masseria dei paragrafi 2.2 e 2.7.

state utilizzate diverse misure di stato di salute percepita. Innanzi tutto l'autovalutazione dello stato di salute è una delle variabili principali utilizzata per descrivere il bisogno della popolazione. Le risposte che valutano il proprio stato di salute sono racchiuse in cinque categorie: "molto male, male, abbastanza buono, buono e molto buono". Sulla base di queste cinque categorie sono state sviluppate cinque variabili dicotomiche; lo stato di salute molto buono è stato preso come categoria di riferimento.

L'altra variabile utilizzata è relativa alla domanda: "È condizionato nella sua attività quotidiana da qualche problema di salute, o inabilità fisica o mentale?" In questo caso, le variabili dicotomiche sono dailyact1, che rappresenta la risposta: "sì, severamente", dailyact2: "sì, in parte". Mentre la categoria di riferimento è rappresentata dagli individui non limitati nelle loro attività quotidiane. Nell'indagine altre misure dello stato di salute sono riportate; agli intervistati è stato chiesto di segnalare il tipo di malattia cronica di cui soffrono, scegliendo fra 28 malattie croniche differenti, quali, ad esempio: diabete, tumore, allergie, malattie di cuore, ipertensione, cataratta, asma, malattie della tiroide, ecc.. Ogni malattia cronica è stata associata ad una variabile dicotomica; i pazienti affetti da lombo-sciatalgia rappresentano la categoria di riferimento. Un' ulteriore variabile è stata creata per identificare se l'intervistato soffriva di più di una malattia cronica. Sono inoltre state incluse fra l'insieme delle variabili di bisogno l'età (sia come variabile continua che elevata al quadrato) ed il sesso. Poiché le informazioni regionali sono piuttosto dettagliate nell'indagine Multiscopo, nell'analisi condotta a livello nazionale sono state incluse cinque variabili dicotomiche che rappresentano le aree di Nord-est, di Nord-ovest, del Centro, del Sud e delle Isole; il Centro è

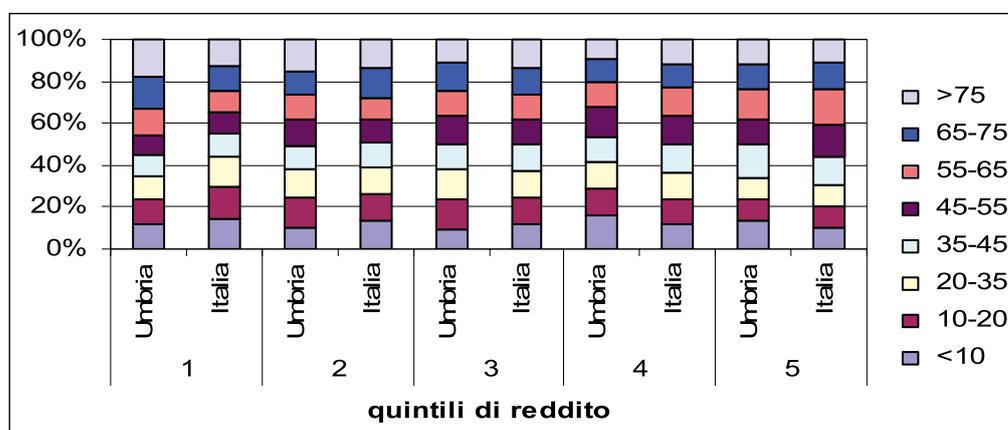
stato preso come categoria di riferimento. Oltre a questo sono state incluse una serie di variabili sulla struttura dell'offerta di servizi per cercare di distinguere rispetto alle stime la componente geografica, l'effetto esercitato dalla variabilità regionale dell'offerta di servizi sanitari. Le variabili considerate provengono dalle statistiche e elaborazioni Istat sul sistema sanitario delle regioni italiane per il 1999 e riguardano: la degenza media calcolata a livello regionale, il tasso di occupazione dei posti letto, la percentuale di posti letto dedicati al day-hospital sul totale dei posti letto, la percentuale di ricoveri in Pronto Soccorso sul totale dei ricoveri a livello regionale nell'anno, la percentuale regionale di accessi relativi a visite specialistiche, ricoveri e fisioterapia filtrati dal medico di base su 100 abitanti, il numero di Pazienti per medico di base a livello regionale, il numero di ambulatori su 10000 abitanti, il numero di medici su 1000 abitanti.

La tabella A1 in appendice riporta le definizioni delle variabili e le principali statistiche riepilogative.

Per poter operare un confronto tra la situazione media italiana e quella relativa alla regione Umbria, è stato analizzato l'andamento di alcune variabili, quali l'età e lo stato di salute percepita, rispetto al reddito, per descrivere la distribuzione dei bisogni nella società, confrontando la situazione italiana con quella della Regione Umbria.

La figura che segue evidenzia come i bambini (età < 10 anni) e gli anziani (classi 65-75 e >75 anni) tendano ad avere una maggiore probabilità di essere poveri del resto della popolazione, rappresentando approssimativamente il 42% degli individui nel quintile di reddito più basso e solo il 27% degli individui nel quintile più alto di reddito sia in l'Italia che in Umbria⁽²⁾. Inoltre, in Umbria, il peso degli anziani nella classe più bassa di reddito è maggiore della media italiana.

Figura 2.1 - Distribuzione dell'età per quintili di reddito nel campione: Italia (n=130095) e Umbria (n=4440)

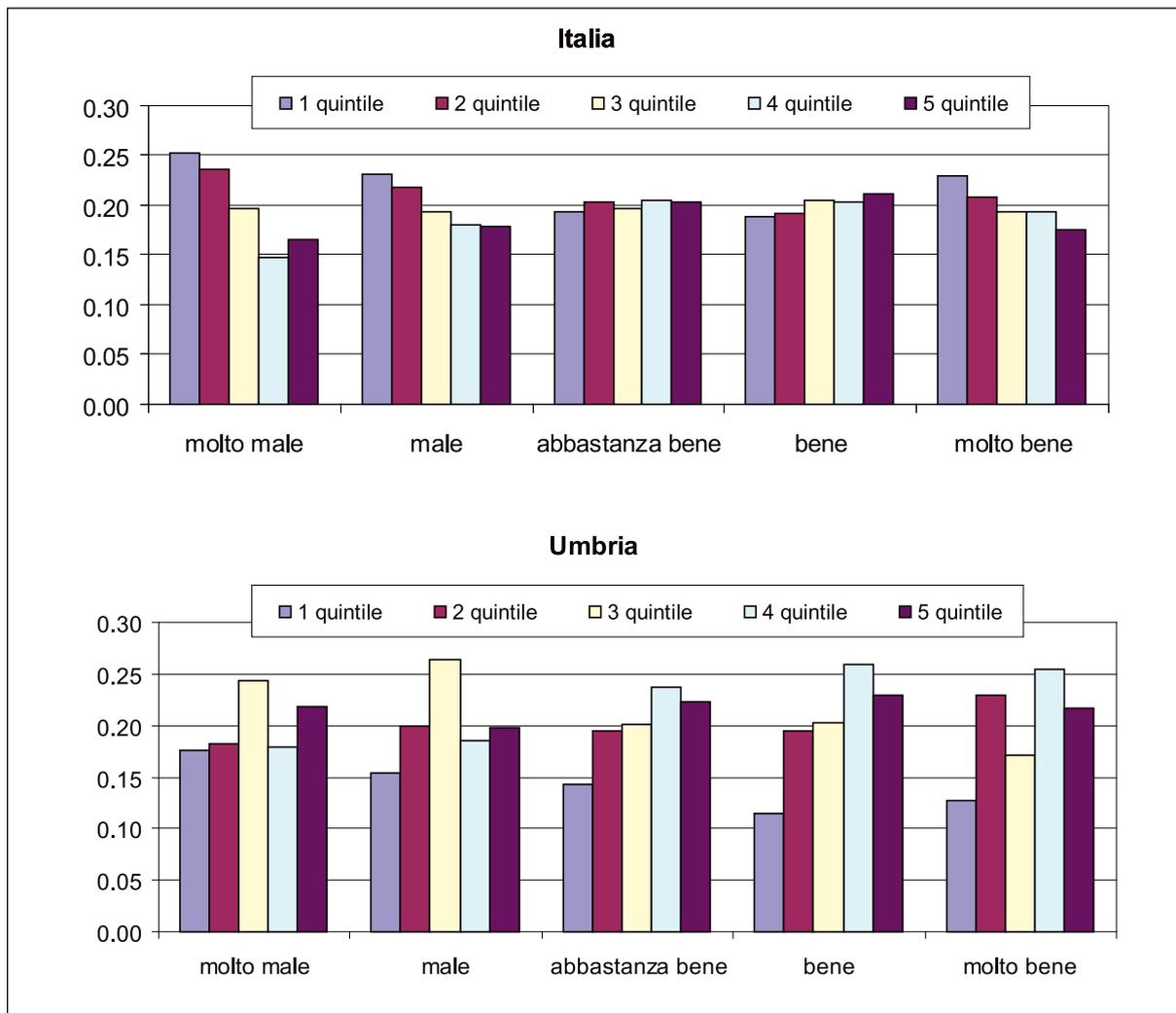


(2) Le classi di età sono: 1) < 10; 2) 10-20; 3) 20-35; 4) 35- 45; 5) 45-55; 6) 55-65; 7) 65-75; e 8) > 75.

Dall'esame della distribuzione dello stato di salute per quintili di reddito risulta come vi sia un gradiente sociale. Gli individui nelle classi più ricche riportano un migliore livello di salute (buono o molto buono). Viceversa accade per le classi più povere che più frequentemente dichiarano di stare male o molto male (figura 2.2). Tuttavia, per la Regione Umbria l'andamento della variabile, stato di salute, si differenzia dalla media nazionale e non è possibile

individuare alcun gradiente sociale, in quanto sono gli individui nella classe di reddito intermedia a riportare il peggiore stato di salute, e gli individui nel quarto quintile di reddito a dichiarare le migliori condizioni di salute. Questo può in parte essere dovuto al fatto che un maggior numero di persone in Umbria riportano di essere in una condizione di salute abbastanza buona rispetto alla media nazionale.

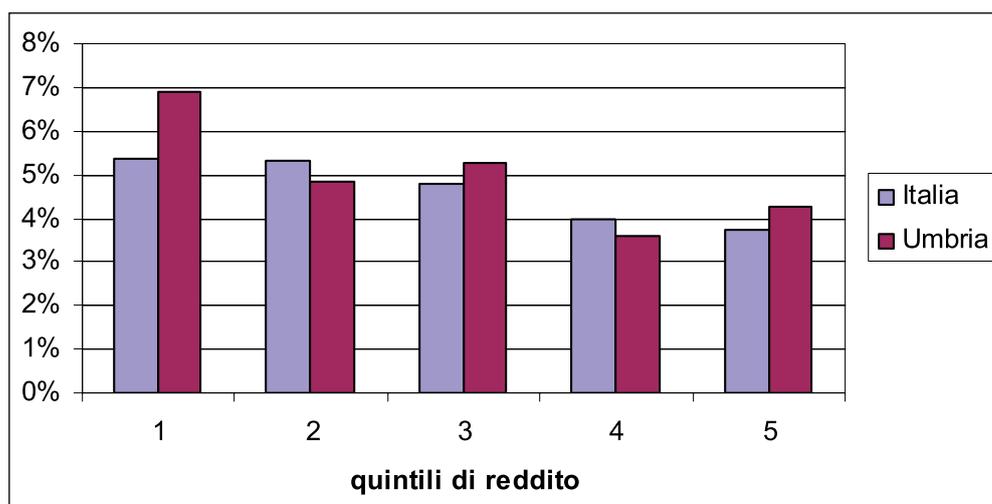
Figura 2.2 - Distribuzione dello stato di salute percepita degli intervistati per quintili di reddito: Italia e Umbria



Per quanto riguarda la disabilità, la figura che segue riporta le percentuali di popolazione che si dichiarano affette da disabilità per quintili di reddito. Si può notare che l'andamento del fenomeno è decrescente per classi di reddito, con un

valore per le classi più povere di circa 40% maggiore rispetto alle classi ricche per l'Italia e di oltre il 60% per l'Umbria, che appare caratterizzata da una maggiore prevalenza del fenomeno rispetto al resto d'Italia (figura 2.3).

Figura 2.3 - Percentuale di individui affetti da disabilità e reddito: Italia e Umbria



Anche per quanto riguarda l'andamento delle malattie croniche rispetto al reddito si segnalano differenze in alcuni casi tra l'andamento a livello nazionale e il caso della Regione Umbria.

Per quanto riguarda la prevalenza dell'ipertensione e delle malattie del cuore, l'Umbria segnala un andamento caratterizzato da maggiori percentuali di individui che dichiarano di esserne effetti nelle basse classi di reddito rispetto alla media nazionale. Inoltre le stesse malattie risultano maggiormente prevalenti in assoluto rispetto al resto d'Italia. (figure 2.4-2.5). Per le malattie del cuore nella classe più bassa di reddito, la prevalenza in Umbria è circa il doppio rispetto alla media nazionale, mentre il divario si attenua fino a quasi scomparire nelle classi più alte. Per quanto riguarda l'ipertensione, in Umbria il 19,3% della popolazione con reddito nella classe più bassa si dichiara affetta da ipertensione, contro l'11,2% della media nazionale. Il divario non scompare nelle classi più alte di reddito, il 14,9% dei più ricchi è iperteso in Umbria, contro il 12,7% del resto d'Italia. Per quanto riguarda i tumori maligni, si nota una tendenza inversa rispetto a quella riscontrata per le malattie del cuore e l'ipertensione. In questo caso la prevalenza è maggiore per l'Italia rispetto all'Umbria nelle classi più povere (0,79% contro 0,67%), mentre nella classe media la tendenza si inverte (1,76% in Umbria contro 1,09% in Italia) (figura 2.6). Le allergie sembrano una malattia che affligge maggiormente le classi di reddito più elevate in Italia (figura 2.7), mentre in Umbria le disuguaglianze sono molto meno evidenti, ed in più si registra una maggior

prevalenza del disturbo presso i più poveri nella scala del reddito (figura 2.7).

Il diabete registra una tendenza diversa in Umbria rispetto all'andamento a livello nazionale: in questo caso la prevalenza dei casi appare maggiore nelle classi più povere in Umbria (7,7%) rispetto all'Italia (4,2%). Inoltre a livello nazionale non si rilevano disuguaglianze evidenti in funzione del reddito (figura 2.8).

Queste brevi considerazioni hanno indotto chi scrive a cercare di analizzare separatamente dal resto d'Italia la situazione dell'Umbria. Nei paragrafi che seguono verranno proposti i risultati principali di alcuni modelli che consentono di stimare indici di iniquità orizzontale per l'uso dei servizi sanitari. Al fine di distinguere le diverse realtà regionali ed evidenziare poi la situazione della regione Umbria, si è ritenuto opportuno riportare stime separate per ogni regione italiana degli indicatori calcolati a livello nazionale.

Tuttavia il problema principale, come si vedrà meglio più avanti, è consistito nella ridotta dimensione dei sotto-campioni regionali. Per l'Umbria, come per altre regioni piccole, in particolare, le ridotte dimensioni del set di dati disponibili hanno spesso impedito di ottenere indici statisticamente significativi. In ogni caso, le stime possono essere considerate interessanti per capire il segno dell'iniquità e segnalare eventuali approfondimenti da realizzarsi tramite il ricorso a banche dati regionali di utilizzazione dei servizi, che consentano un livello di analisi anche a livello sub-regionale (es. a livello di ASL e/o Comuni).

Figure 2.4/8 - Percentuale di individui affetti da alcune malattie cronic-degenerative e reddito: Italia e Umbria

Figura 2.4

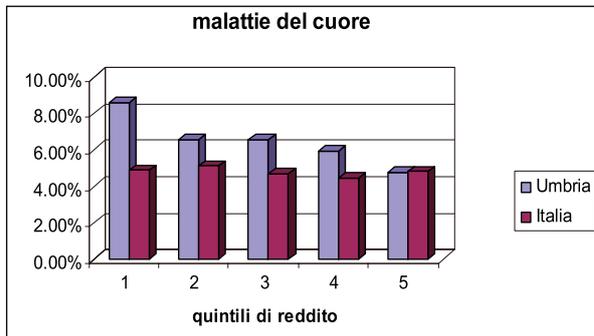


Figura 2.5

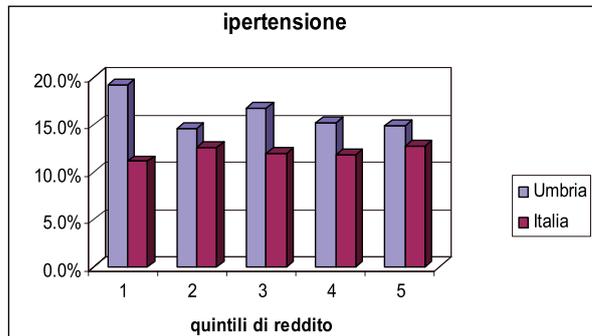


Figura 2.6

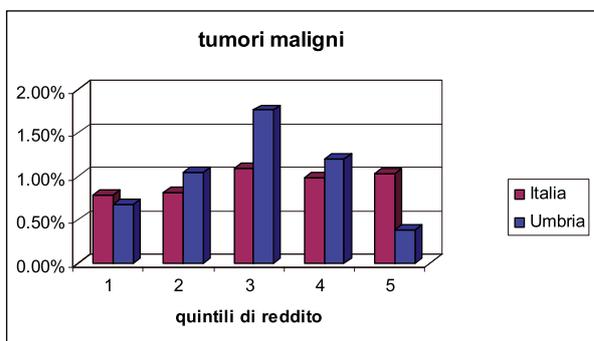


Figura 2.7

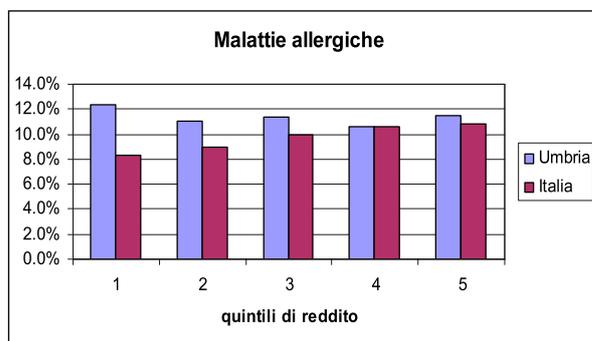
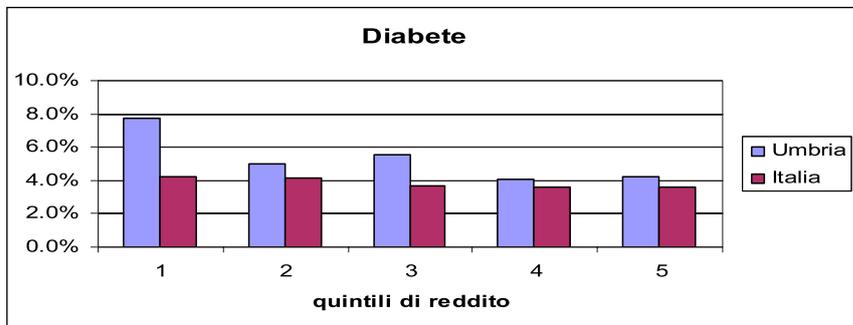


Figura 2.8

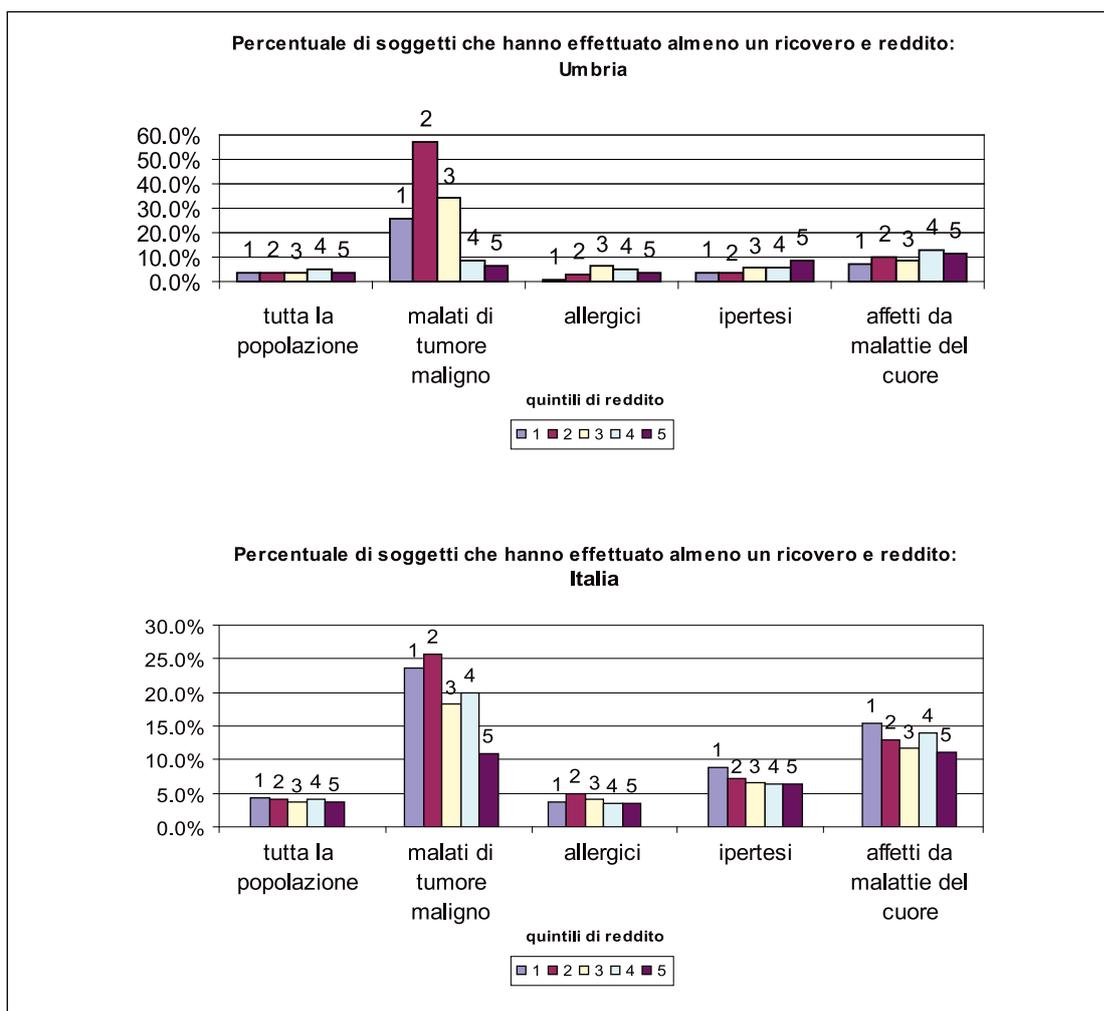


Sembra utile effettuare una prima ricognizione sull'andamento delle variabili dipendenti, ovvero relative all'accesso ai servizi sanitari, rispetto alla condizione economica degli individui.

La figura che segue illustra la frequenza di soggetti intervistati che hanno effettuato almeno un ricovero negli ultimi tre mesi precedenti l'intervista separatamente in Umbria e in tutta l'Italia differenziando individui con un tumore, allergie, ipertensione, o con malattie del cuore dalla media della

popolazione. Come si può notare l'andamento di questa variabile rispetto al reddito varia a seconda che si prenda a riferimento l'intera popolazione, oppure che si analizzino singoli gruppi di popolazione affetti dalle suddette malattie croniche. In particolare si nota che mentre la distribuzione dei ricoverati appare abbastanza uniforme tra classi di reddito nel primo caso, se si considerano i soli malati di tumore maligno, questi appaiono distribuiti maggiormente nella classi medio-basse (figura 2.9).

Figura 2.9



Analoghi risultati si ottengono per altre tipologie di servizi, quali le visite dal medico di base, le visite specialistiche e gli accessi al pronto soccorso⁽³⁾.

Da questa preliminare analisi descrittiva dei dati dell'indagine, è risultata la necessità di approfondire l'esistenza di iniquità legate al reddito nell'uso dei servizi anche per sottogruppi di popolazione, quali quelli associati

ad alcune malattie croniche, distinguendole tra loro, e per fasce d'età, distinguendo per es. gli anziani dal resto della popolazione. L'analisi dei dati esposta non è infatti sufficiente per poter stabilire il livello di equità/iniquità legata al reddito nell'utilizzazione e accesso ai servizi. Come accennato sopra, nella parte dedicata alla rassegna di letteratura del rapporto, occorre isolare l'effetto del

(3) Tali risultati sono disponibili su richiesta.

reddito rispetto alle altre determinanti dell'utilizzazione che possono essere variabili di bisogno (*need factors*) o di controllo (non di bisogno, *non-need factors*). Il metodo utilizzato viene descritto qui di seguito.

2.4 Metodo

È stato stimato un modello di utilizzazione, dove la variabile (y) dipendente è uguale uno se l'individuo utilizza servizi sanitari (come una visita ad uno specialista o l'effettuazione di esami diagnostici) nelle quattro settimane prima dell'intervista; uguale a zero altrimenti.

$$\begin{aligned} y &= 1 && \text{se } y^* > 0 \\ y &= 0 && \text{altrimenti} \end{aligned}$$

dove,

$$y^* = \alpha + \beta \ln inc + \gamma X + \delta Z + \varepsilon$$

X è il vettore delle variabili di bisogno (una serie di variabili

dicotomiche riferite alla salute ed all'esistenza di limitazioni nell'attività quotidiana; 28 variabili dicotomiche per le malattie croniche, il numero di malattie croniche, l'età, il quadrato dell'età ed il genere, v. tabella A1 in appendice) e Z il vettore delle variabili non-di-bisogno (logaritmo del reddito, il livello di istruzione, copertura assicurativa, e variabili relative alle aree geografiche). Tutti i risultati sono stati ottenuti usando i pesi campionari individuali. Inoltre i dati sono stati analizzati al livello regionale per identificare le differenze regionali nelle prestazioni.

2.5 Risultati

La tabella che segue riporta i risultati delle stime dei modelli logistici in termini di odds ratios (OR) per le quattro variabili dipendenti considerate nello studio. Al fine di effettuare confronti omogenei, coerentemente con la letteratura internazionale passata in rassegna nei capitoli precedenti, le stime sono state effettuate sulla popolazione di età maggiore o uguale a sedici anni.

Tabella 2.1 - Principali risultati delle stime dei modelli logistici per la probabilità di ricorso ai servizi sanitari in Italia - popolazione di età maggiore di 15 anni (n= 109964)*

* Gli odds ratios significativi al 5% sono evidenziati in grassetto nella tabella

Variabili	Visite Specialistiche		Visite al medico di med. gen.		Ricoveri		Pronto Soccorso	
	OR	z	OR	z	OR	z	OR	z
A) VARIABILI DI BISOGNO								
Stato di salute percepita								
male	1.26	2.26	0.90	-1.40	0.83	-1.85	0.87	-1.14
discretamente	0.97	-0.28	0.61	-6.34	0.40	-8.79	0.61	-4.17
bene	0.62	-4.49	0.36	-12.28	0.20	-13.95	0.39	-7.60
molto bene	0.46	-6.72	0.22	-15.45	0.12	-14.21	0.26	-9.44
Limiti nello svolgimento di attività								
si parecchio	0.66	-6.72	0.88	-2.06	0.80	-2.33	0.76	-2.68
si parzialmente	0.96	-5.80	1.23	2.96	1.16	1.48	1.05	0.47
Età e sesso								
uomo (dummy)	0.75	-10.22	0.90	-4.15	0.95	-1.20	1.34	7.06
età	1.00	1.13	0.99	-1.99	0.99	-1.10	0.98	-4.14
età al quadrato	1.00	-3.09	1.00	4.75	1.00	0.46	1.00	1.14
N. malattie croniche	1.10	2.21	1.06	1.52	0.96	-0.68	1.13	1.93
Disabilità	0.94	-0.85	0.96	-0.69	1.38	3.82	1.16	1.65
Malattie croniche								
Cirrosi	0.82	-0.86	0.93	-0.35	1.61	1.76	1.24	0.68
malattie allergiche	1.03	0.53	1.10	1.70	0.93	-0.68	0.95	-0.58
diabete	0.96	-0.49	1.20	3.06	1.33	2.76	1.08	0.70
cataratta	1.26	2.97	0.84	-2.63	1.30	2.40	0.88	-1.06
ipertensione	0.88	-2.12	1.44	7.46	1.05	0.54	1.05	0.52
Trombosi	0.89	-0.89	1.07	0.64	1.89	4.58	1.23	1.39
vene varicose	0.94	-1.00	0.96	-0.65	1.03	0.33	0.93	-0.76
emorroidi	0.99	-0.14	1.06	1.06	1.29	2.53	0.92	-0.85
bronchite cronica, enfisema	0.88	-1.78	1.14	2.15	1.18	1.61	1.07	0.64
asma	0.90	-1.27	1.11	1.48	1.21	1.54	1.02	0.14
malattie della pelle	1.08	1.05	1.15	1.95	0.96	-0.32	0.87	-1.26
malattie della tiroide	1.14	1.72	1.11	1.58	1.05	0.41	0.84	-1.48
artrite, artrosi	1.06	0.87	1.21	3.64	0.89	-1.28	1.00	0.01
osteoporosi	0.85	-2.18	0.93	-1.17	0.88	-1.17	0.93	-0.70
ermia	0.91	-0.95	0.97	-0.34	1.55	3.59	0.94	-0.47
ulcera	0.93	-0.89	1.01	0.20	1.26	1.99	1.11	0.96
calcolosi del fegato	0.91	-1.08	0.96	-0.60	1.16	1.24	0.88	-1.01
epatite cronica (no epatite a)	1.09	0.65	0.95	-0.44	0.91	-0.49	0.89	-0.59
calcolosi renale	1.09	0.91	1.12	1.32	1.56	3.35	1.32	2.15
ipertrofia della prostata	1.30	2.71	1.30	3.25	1.63	3.82	1.16	1.17
tumore maligno	1.55	4.07	1.15	1.42	2.61	6.83	0.96	-0.25
cefalea o emicrania	0.95	-0.82	1.07	1.31	0.92	-0.82	0.89	-1.28
parkinsonismo, alzheimer	0.75	-2.47	0.97	-0.31	0.99	-0.09	0.98	-0.13
altri disturbi nervosi	1.06	0.79	1.02	0.24	0.94	-0.56	0.90	-1.02
infarto ed altre malattie cuore	1.29	3.76	1.01	0.23	1.77	5.99	1.30	2.75
altre malattie croniche	1.12	1.65	1.24	3.42	1.56	4.32	1.12	1.09

Tabella 2.1 (segue)

Variabili	Visite Specialistiche		Visite al medico di med. gen.		Ricoveri		Pronto Soccorso	
	OR	z	OR	z	OR	z	OR	z
B)VARIABILI NON DI BISOGNO								
Licenza media	1.27	5.91	0.95	-1.46	0.93	-1.09	0.96	-0.72
Diploma di scuola superiore	1.52	10.25	0.92	-2.25	0.98	-0.27	0.95	-0.86
Laurea	1.68	8.71	0.81	-3.39	0.88	-1.18	0.77	-2.64
Assicurazione	1.38	8.73	1.02	0.47	0.98	-0.31	1.13	2.07
Caratteristiche dell'offerta a livello regionale								
Tasso di occupazione dei posti letto	1.39	1.54	1.00	0.13	1.03	0.65	0.98	-0.51
Posti letto	1.05	-1.21	1.01	3.05	1.00	0.60	1.01	2.63
% ricoveri Pronto Soccorso	1.00	-2.43	1.00	-1.77	1.00	0.83	1.00	-0.74
% accessi filtrati dal medico di base	0.99	2.11	1.02	4.11	1.00	0.58	1.00	0.52
Ambulatori su 10000 ab.	1.01	-1.49	0.99	-3.80	1.00	-1.04	0.99	-2.58
Medici su 1000 ab.	1.00	1.27	1.09	1.32	0.89	-1.08	1.31	2.54
% letti day-hospital	1.10	-2.43	1.00	-0.52	0.99	-1.32	0.96	-3.52
Area geografica								
Nord occidentale	0.96	-0.80	1.10	2.21	1.09	1.05	1.01	0.14
Nord orientale	1.09	2.02	1.17	3.80	1.09	1.10	1.11	1.56
Sud	0.87	-2.43	1.07	1.25	1.20	1.92	0.68	-4.30
Isole	0.91	-1.45	1.07	1.15	1.32	2.66	0.92	-0.85
Condizione economica								
Ln (reddito individuale)	1.06	3.02	1.04	2.23	1.02	0.48	1.02	0.74

Nota: valori in grassetto sono significativi al livello di significatività del 5%.

Fonte: nostra elaborazione su dati ISTAT (Indagine Multiscopo sulle condizioni di salute e sul ricorso ai servizi sanitari 1999-2000)

2.5.1 Visite specialistiche

Le stime ottenute confermano che le variabili di bisogno sono determinanti più importanti della probabilità delle visite specialistiche (tabella 2.1). L'individuo con uno stato di salute precaria ha un'alta probabilità di utilizzare l'assistenza sanitaria. L'età ed il quadrato dell'età sono statisticamente significative; il segno della prima variabile è negativo e della seconda è positivo. Le donne hanno una maggiore probabilità di rivolgersi ad uno specialista. Individui con più di una malattia cronica tendono ad andare più spesso da uno specialista. I pazienti affetti da cataratta, tumori maligni, ipertrofia della prostata, presentano una elevata e statisticamente significativa probabilità di visita da uno specialista rispetto a quelli affetti da lombo-sciatalgia, mentre gli intervistati con morbo di Parkinson o Alzheimer, bronchite cronica e/o enfisema, osteoporosi mostrano una probabilità più bassa.

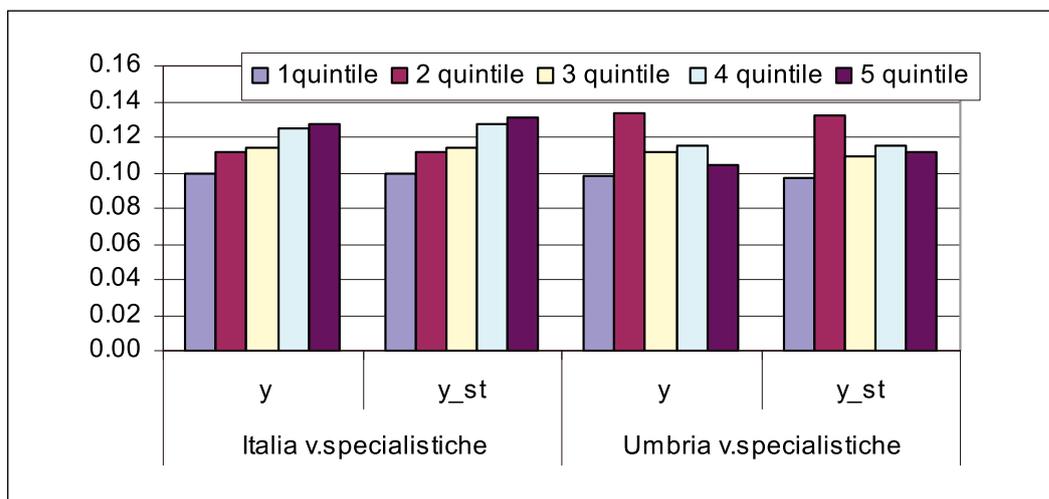
Ai fini del rispetto del principio di equità orizzontale,

individui con simili bisogni dovrebbero avere la stessa probabilità di accedere ai servizi sanitari, in quanto la probabilità di una visita specialistica deve dipendere soltanto dai bisogni di salute e non da altre caratteristiche personali, quale il reddito. Tuttavia, il reddito equivalente (logaritmo) mostra un coefficiente positivo e statisticamente significativo. Lo stesso vale per gli individui in possesso di una forma di copertura assicurativa privata sanitaria e per quelli che risiedono in regioni con un più elevato numero di medici rispetto alla popolazione residente e dove la popolazione tende a passare per il medico di base prima di accedere alle visite specialistiche. Il numero di ambulatori, sia pubblici che privati accreditati, in rapporto alla popolazione residente della regione di residenza dell'individuo intervistato, mostra invece una relazione inversa con la probabilità di ricorso alle visite specialistiche. Guardando alle differenze a livello geografico, nel Sud, a parità di altri fattori, la stessa probabilità è significativamente più bassa rispetto al Centro.

I bisogni di cure non sono distribuiti equamente per gruppi di reddito. L'incidenza del cattivo stato di salute percepita tende ad essere concentrata tra le categorie svantaggiate, con l'indice di concentrazione dei bisogni (CN) negativo e statisticamente significativo (pari a -0,007).

Al contrario, l'indice di concentrazione del ricorso a cure e servizi sanitari (CM) è positivo (0,050) e statisticamente significativo, indicando che gli abbienti hanno un'alta probabilità di visita specialistica anche prima della standardizzazione per i bisogni della popolazione⁽⁴⁾.

Figura 2.10 - Probabilità di effettuare una visita specialistica per quintili di reddito (distribuzione attuale (y) e standardizzata (y_st) per i bisogni di cure della popolazione)



La figura 2.10, mostra come variano attraverso i quintili di reddito le distribuzioni della probabilità di effettuare una visita specialistica in Italia ed in Umbria, sia attuale (y) che standardizzata per i bisogni (y_st). Si può notare che per l'Italia l'andamento risulta nettamente a favore delle classi più ricche, sia prima che - ancora di più - dopo la standardizzazione.

Per l'Umbria questo andamento appare meno accentuato e in controtendenza rispetto all'andamento a livello nazionale la seconda classe di reddito, che rappresenta una classe comunque più povera rispetto a quelle dalla terza in su, mostra una probabilità più elevata sia rispetto alle altre classi che rispetto alla media nazionale, e questo appare compensare l'inequità a favore delle classi ricche che risulta tra le altre classi.

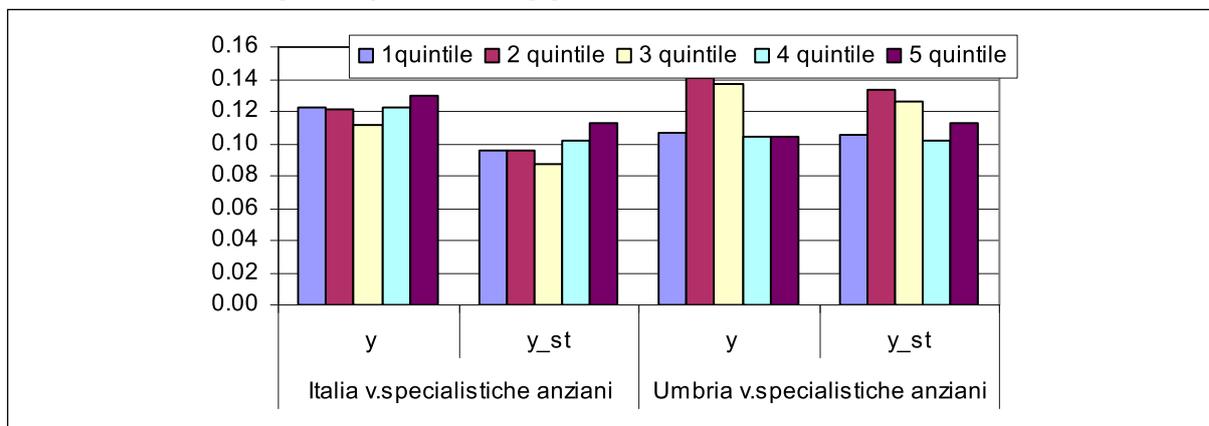
In Italia, il livello di iniquità orizzontale nelle visite specialistiche dopo la standardizzazione è maggiore rispetto a prima della standardizzazione; il valore dell'indice di

iniquità orizzontale (HI) è 0.057 ed è statisticamente significativo; per l'Umbria il valore dell'indice invece risulta inferiore (0.023) e non significativo.

I dati sono stati analizzati ulteriormente per identificare se la disuguaglianza e l'inequità nelle visite specialistiche sono presenti per la sola popolazione anziana, ovvero di età maggiore di 65 anni. I risultati per l'Italia indicano che l'indice di iniquità orizzontale è inferiore rispetto a quello calcolato sulla popolazione generale (HI= 0,032). La figura che segue mostra che con la standardizzazione per i bisogni, il divario a favore delle classi ricche aumenta nella probabilità di effettuare una visita specialistica, e la stessa probabilità risulta inferiore per tutte le classi. Per quanto riguarda l'Umbria, l'andamento appare diverso, con una probabilità attuale maggiore per le classi povere e intermedie, un vantaggio che tuttavia risulta minore dopo aver standardizzato per i bisogni (cfr. figura 2.11).

(4) La distribuzione standardizzata (y_st) è stata ottenuta aggiungendo alla differenza tra i valori osservati e quelli attesi della probabilità di effettuare una visita specialistica la media pesata dell'utilizzazione. La probabilità attesa è stata stimata fissando le variabili non collegabili al bisogno di cure degli individui al loro valore medio e lasciando variare solo relative a fattori di bisogno.

Figura 2.11 - Probabilità di effettuare una visita specialistica per quintili di reddito: età >65 anni (distribuzione attuale (y) e standardizzata per i bisogni di cure della popolazione(y_st))



2.5.2 Ricoveri per acuti

Per quanto riguarda i ricoveri, le variabili di bisogno appaiono le determinanti più rilevanti della probabilità di essere ricoverati in un ospedale nei 3 mesi prima dell'intervista. Come atteso, l'individuo italiano in media o buona salute presenta una probabilità inferiore di usufruire dell'assistenza sanitaria. Gli individui affetti da disabilità hanno una probabilità più alta di essere ricoverati. L'età ed il quadrato dell'età invece non sono statisticamente significative (tabella 2.1).

La tipologia di malattia cronica risulta essere anche qui una importante variabile esplicativa. Gli individui affetti da diabete, cataratta, tumori, ictus, ernia, ulcera, calcolosi renale, malattie cardiache, malattie della prostata, infarti, emorroidi, od altre condizioni croniche, hanno una probabilità maggiore e statisticamente significativa di essere ricoverati rispetto a quelle affette da lombo-sciatalgia.

Il logaritmo del reddito netto equivalente presenta un coefficiente positivo ma non statisticamente significativo; la probabilità del ricovero è maggiore e statisticamente significativa nelle regioni del Sud, delle Isole piuttosto che del Centro. Le variabili relative all'offerta non appaiono statisticamente significative⁽⁵⁾. La probabilità attuale di ricovero

L'indice di concentrazione dei bisogni è negativo e statisticamente significativo. Il bisogno di cure è quindi concentrato fra i gruppi meno avvantaggiati.

La Figura 2.12, mostra come variano attraverso i quintili di reddito le distribuzioni della probabilità di ricovero in Italia attuale che standardizzata per i bisogni.

Mentre i valori attuali della probabilità di ricovero ospedaliero decrescono in funzione del reddito, la distribuzione

standardizzata per i bisogni sembra sempre diminuire per quintili di reddito, ma in misura più attenuata. La distribuzione dei ricoveri è concentrata tra le classi svantaggiate (CM=-0,03), e lo stesso quella dei bisogni (CN=-0,02). L'indice dell'inequità orizzontale è zero e statisticamente non significativo (HI =0,00), quindi pare segnalare l'assenza di iniquità.

Anche per popolazione anziana non si rileva iniquità a favore dei più ricchi, l'indice è negativo e non significativo (HI=-0,01).

Per l'Umbria si nota un andamento diverso rispetto alla media nazionale, con un indice di iniquità leggermente positivo ma non statisticamente significativo (HI= 0.081) per la popolazione adulta ed un andamento della disuguaglianza tra classi di reddito che la standardizzazione evidenzia maggiormente. Le classi di reddito più basse presentano una probabilità di ricovero molto più bassa della media nazionale a parità di bisogno, e la classe medio-alta (4) un valore di probabilità maggiore rispetto all'andamento a livello nazionale (figura 2.12).

Da segnalare per l'Umbria l'indice positivo per la popolazione anziana e maggiore del valore stimato per la popolazione adulta nel suo complesso, anche se non significativo (HI= 0.24). La figura 2.13 mostra per l'Umbria che, rispetto all'andamento a livello nazionale, la standardizzazione comporta minore probabilità di uso a parità di bisogni e concentrata presso le classi più abbienti. In Italia invece la standardizzazione della probabilità di ricovero degli anziani comporta valori più elevati rispetto alla distribuzione attuale (figura 2.13). Tuttavia il dato dell'Umbria va interpretato con cautela data la non significatività degli indici stimati e l'esiguità del numero di soggetti che hanno effettuato almeno un ricovero ⁽⁶⁾.

(5) Tale risultato tuttavia potrebbe anche risentire del fatto che il campione relativo ai soggetti ricoverati è estremamente limitato nell'indagine Multiscopo (per l'Italia n=4.514).

Figura 2.12 - Probabilità di effettuare almeno un ricovero per quintili di reddito (distribuzione attuale (y) e standardizzata per i bisogni di cure della popolazione(y_st))

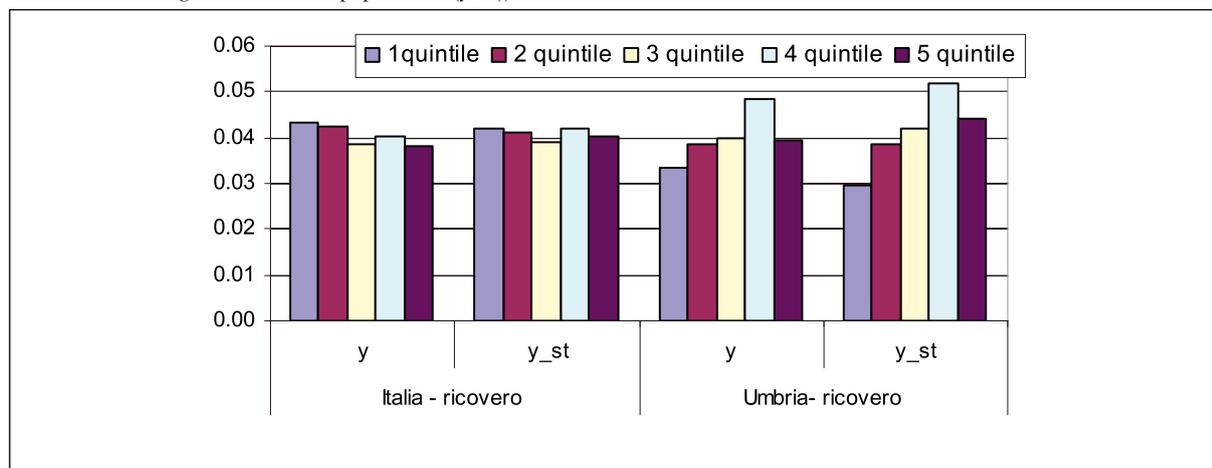
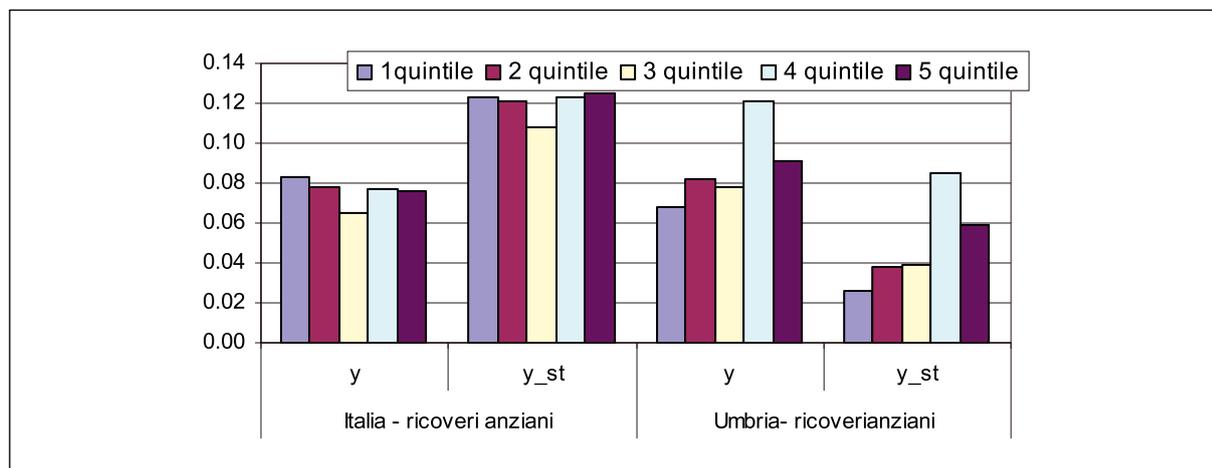


Figura 2.13 - Probabilità di effettuare almeno un ricovero per quintili di reddito: anziani (distribuzione attuale (y) e standardizzata per i bisogni di cure della popolazione(y_st))



2.5.3 Visite dal medico di base e dal pediatra

Per quanto riguarda la probabilità di effettuare una visita dal medico di medicina generale, anche in questo caso le variabili di bisogno sono i fattori determinanti più importanti della probabilità di rivolgersi al medico generico del settore pubblico nelle ultime 4 settimane prima dell'intervista (tabella 2.1).

L'individuo in condizione di salute media o buona ha una probabilità più bassa di rivolgersi presso il medico di medicina generale. L'età ed il quadrato di età sono entrambe statisticamente significative, la prima è negativa mentre la seconda è positiva. Le persone molto limitate nello svolgimento delle attività quotidiane hanno una probabilità di ricorso inferiore e statisticamente

significativa. La tipologia di malattia cronica è sempre una variabile esplicativa importante. Gli individui con diabete, ipertensione, la bronchite, artrite, problemi di prostata o altre malattie croniche, hanno una più alta probabilità statisticamente significativa di accesso a della cura dai medici di medicina generale che quelle affette da lombo-scialgia. Le persone con grado di istruzione media e/o superiore hanno minore probabilità di accesso dal medico di medicina generale rispetto a quelle con la sola licenza elementare. Il possesso di una assicurazione privata sanitaria non è significativo in questo caso, mentre il logaritmo di reddito netto equivalente ha un coefficiente stimato positivo e statisticamente significativo.

La probabilità di effettuare visite è statisticamente significativa e maggiore nel Nord che nel Centro Italia. Le variabili

(6) Il campione dei ricoveri per l'Umbria è infatti pari a 152 osservazioni.

di offerta significative e positive sono: i posti letto ogni 1000 abitanti e la percentuale regionale di accessi filtrati dai medici di base, mentre la probabilità di effettuare la visita dal medico di base è inferiore nelle regioni dove il numero di ambulatori nelle ASL è maggiore. In generale, queste variabili non distinguono tra pubblico e privato, quindi quello che si può notare è che la probabilità di uso del medico di base è maggiore laddove i medici filtrano la domanda maggiormente e l'offerta di posti letto è maggiore, mentre risulta minore laddove l'offerta di ambulatori (di vario tipo: pubblici, privati, specialistici etc.) è maggiore, per cui probabilmente il cittadino ha più scelta nell'indirizzare la propria domanda.

Gli individui a alto reddito hanno una probabilità più alta di effettuare delle visite dal medico di base ($CM=0,01$). L'indice di concentrazione dei bisogni è invece negativo e statisticamente significativo ($CN=-0,01$). Il bisogno di cure è quindi concentrato fra i gruppi meno avvantaggiati.

La figura che segue, mostra come variano attraverso i quintili di reddito le distribuzioni della probabilità di uso del servizio in Italia sia attuale (y_t) che standardizzata per i bisogni (y_{st}).

Per quanto riguarda l'Italia, mentre la distribuzione attuale della probabilità di effettuare visite dal medico di base mostra una lieve iniquità a favore dei ricchi, tuttavia la distribuzione

standardizzata per i bisogni evidenzia un maggiore divario tra quintili di reddito. L'indice di iniquità orizzontale è positivo e statisticamente significativo ($HI = 0,02$), quindi appare segnalare l'esistenza di iniquità, seppure di minore entità, a favore dei ricchi.

Un andamento diverso si riscontra per popolazione anziana, in cui il valore dell'indice di iniquità appare a favore delle classi svantaggiate ($HI=-0,01$).

Per quanto riguarda l'Umbria, l'indice di iniquità orizzontale è positivo ed uguale al valore medio italiano, tuttavia non statisticamente significativo. Guardando alla distribuzione della probabilità di uso per classi di reddito, in seguito alla standardizzazione si nota un maggiore ricorso rispetto alla media nazionale ed un divario tra classi che prima della standardizzazione non risulta evidente (figura 2.14). Guardando alla popolazione anziana (figura 2.15) risulta un divario tra Umbria e Italia anche in seguito alla standardizzazione per i bisogni, che produce l'effetto di ridurre i valori della probabilità di uso (come atteso, dato che gli anziani presentano maggiori bisogni di cure). In Umbria infatti la probabilità di uso è maggiore in tutte le classi rispetto al resto d'Italia a parità di bisogni di cure, inoltre anche se l'indice HI non è significativo, sembrerebbe sussistere un maggior divario a favore delle classi più agiate, che non si riscontra a livello nazionale.

Figura 2.14 - Probabilità di effettuare una visita dal medico di base per quintili di reddito (distribuzione attuale (y) e standardizzata per i bisogni di cure della popolazione(y_{st}))

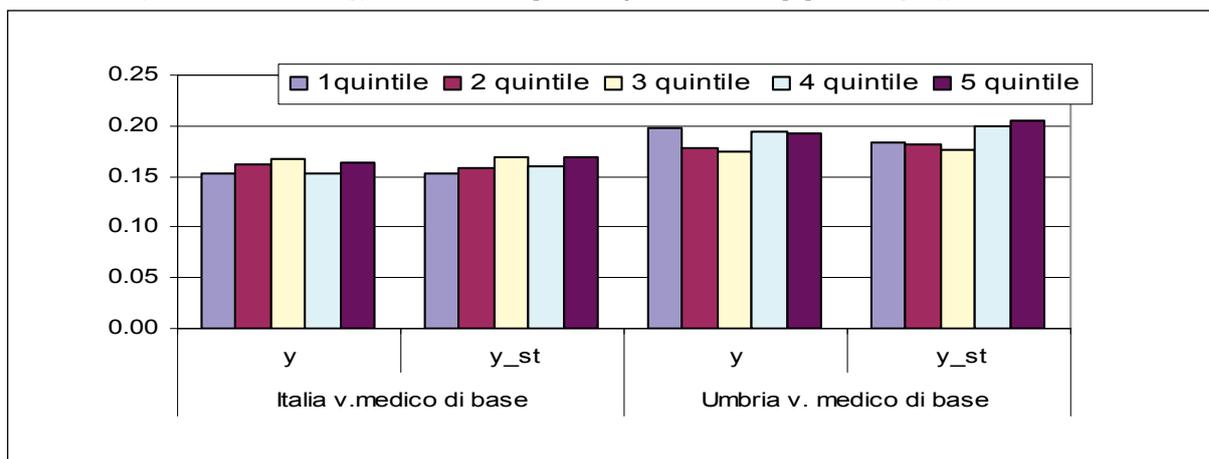
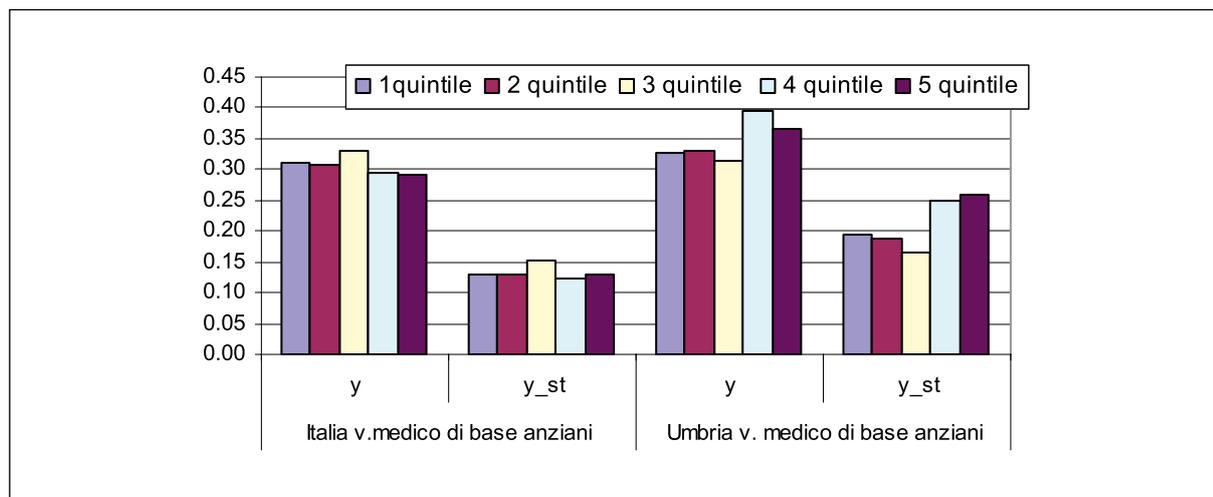


Figura 2.15 - Probabilità di effettuare una visita dal medico di base per quintili di reddito: anziani (età > 65 anni) (distribuzione attuale (y) e standardizzata per i bisogni di cure della popolazione(y_st))



2.5.4 Servizi di pronto soccorso

Per quanto riguarda l'uso dei servizi di pronto soccorso, le variabili di bisogno appaiono ancora le più importanti determinanti dell'accesso, sebbene il ruolo delle malattie croniche risulta meno importante che per le altre tipologie di servizi analizzate. Come atteso, l'individuo italiano in media o buona salute presenta una probabilità inferiore usufruire di servizi di emergenza (tabella 2.1). A differenza dei casi trattati in precedenza, gli uomini presentano una probabilità maggiore rispetto alle donne, questo fatto potrebbe riflettere la maggiore probabilità di incidenti a cui va statisticamente soggetto il genere maschile rispetto a quello femminile. Gli individui affetti da difficoltà gravi nello svolgimento delle attività della vita quotidiana hanno una probabilità più alta di utilizzo. L'età presenta un coefficiente negativo, il quadrato dell'età invece non è statisticamente significativo, per cui sono le classi di età più bassa con maggiore probabilità di ricorso rispetto agli anziani. Le malattie croniche che positivamente e significativamente influenzano la probabilità di uso dei servizi sono l'infarto e la calcolosi renale.

Il logaritmo del reddito netto equivalente presenta un coefficiente positivo ma non statisticamente significativo; la probabilità di uso è minore e statisticamente significativa nelle regioni del Sud, piuttosto che del Centro. Le variabili relative all'offerta che appaiono statisticamente significative sono il numero di posti letto e il numero di medici per 1000 abitanti, per cui più disponibilità di strutture di ricovero,

e più medici in una regione, maggiore la probabilità di ricorso al servizio di emergenza. Il numero di ambulatori ed il numero di posti letto in day-hospital, negativi e significativi, potrebbero segnalare l'esistenza di un effetto di sostituzione tra questi servizi e l'uso dell'emergenza, come riscontrato da precedenti studi in altri paesi del Sud Europa.

L'indice di concentrazione del ricorso ai ricoveri è leggermente positivo e statisticamente significativo (CM=0,04). La probabilità attuale di ricovero è quindi concentrata fra i gruppi avvantaggiati. L'indice dei bisogni è invece negativo (CN=-0,01) e significativo, i bisogni sono quindi concentrati tra le classi più svantaggiate. La figura 2.16 mostra come variano attraverso i quintili di reddito le distribuzioni della probabilità di uso dei servizi di pronto soccorso sia attuale che standardizzata per i bisogni. Mentre il tasso reale di ricovero ospedaliero diminuisce, la distribuzione standardizzata del bisogno sembra diminuire dai quintili di reddito. La distribuzione di cura del ricoverato, anche se per i gruppi di basso-reddito, di più è concentrata fra la conclusione inferiore della distribuzione del reddito che i bisogni. L'indice dell'inequità orizzontale è vicino a zero e positivo e statisticamente significativo (HI=0.06), segnalando l'esistenza di iniquità a favore dei ricchi. Per la popolazione anziana invece appare una iniquità molto più bassa che per il resto della popolazione (HI=0.015, non significativo) e livelli di probabilità di uso dei servizi molto più alti rispetto ai valori attuali, una volta standardizzata la distribuzione per i bisogni (figura 2.17).

I dati relativi all' Umbria risentono della non significatività delle stime dovuta all'esiguo numero di osservazioni con positivo uso dei servizi di pronto soccorso (n=199). L'indice di iniquità, HI, è zero e non significativo, indicando assenza di iniquità nell'accesso (figura 2.16). Per gli anziani l'indice è

pari a 0.07, ma sempre non significativo. La standardizzazione per i bisogni nel caso degli anziani segnala un maggiore livello di disuguaglianza a parità di bisogno, rispetto al resto della popolazione e livelli di probabilità di accesso più bassi rispetto alla media nazionale (figura 2.17).

Figura 2.16 - Probabilità di uso dei servizi di pronto soccorso per quintili di reddito (distribuzione attuale (y) e standardizzata per i bisogni di cure della popolazione(y_st))

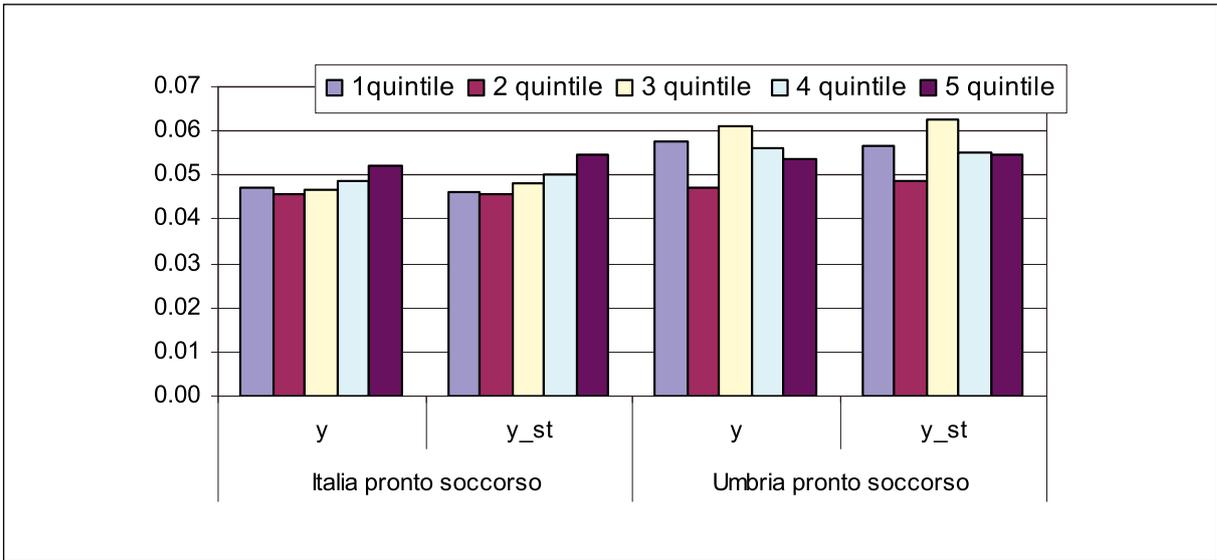
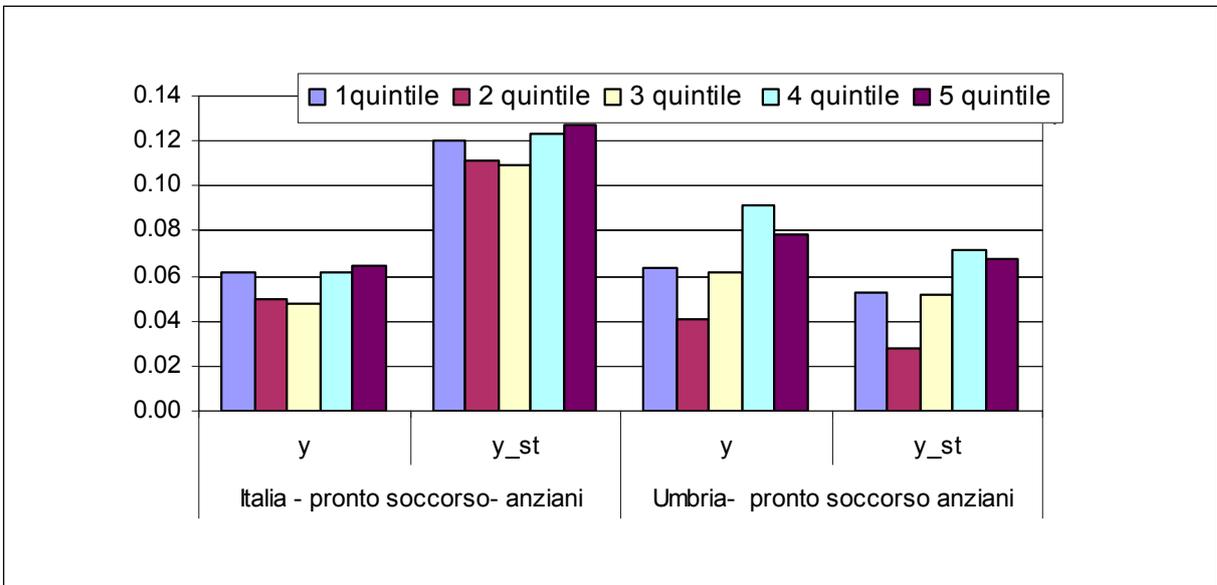


Figura 2.17 - Probabilità di uso dei servizi di pronto soccorso per quintili di reddito: anziani (distribuzione attuale (y) e standardizzata per i bisogni di cure della popolazione(y_st))

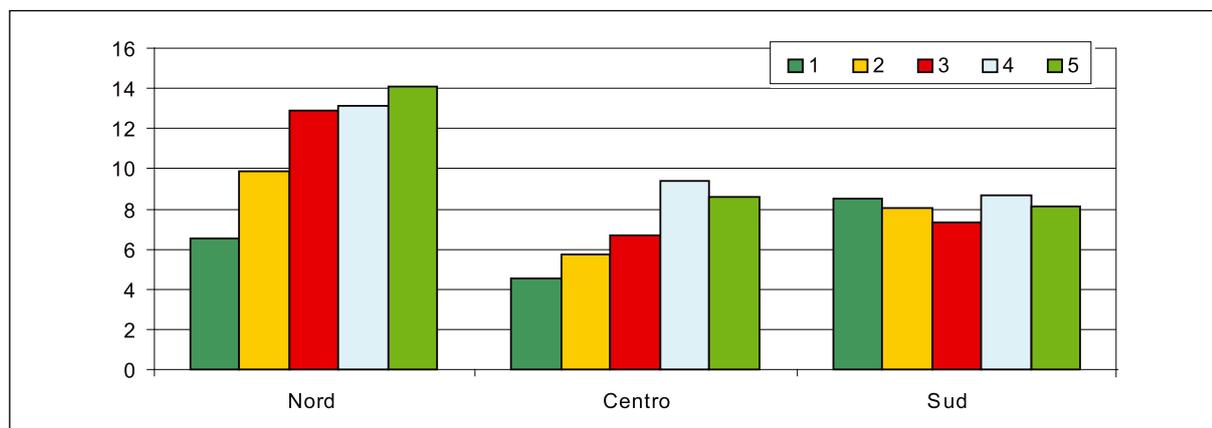


2.6 Risultati a livello di aree geografiche

La figura che segue illustra come nelle aree geografiche italiane vari il rapporto tra coloro che dichiarano di godere di un livello di salute buono o molto buono e coloro che invece dichiarano di stare male o molto male (figura 2.18).

Al Nord si osserva un gradiente dello stato di salute: le persone più ricche sono anche più sane. Al Sud l'andamento non è così chiaro. È sembrato quindi interessante analizzare se e come tali disuguaglianze si traducano in iniquità nell'accesso ai servizi sanitari. Per questa ragione, sono stati effettuati calcoli separati degli indici per regionale principali aree geografiche italiane.

Figura 2.18 - Rapporto tra persone che dichiarano uno stato di salute buono o molto buono e persone che dichiarano un cattivo o pessimo stato di salute per aree geografiche (1999-2000) e quintili di reddito



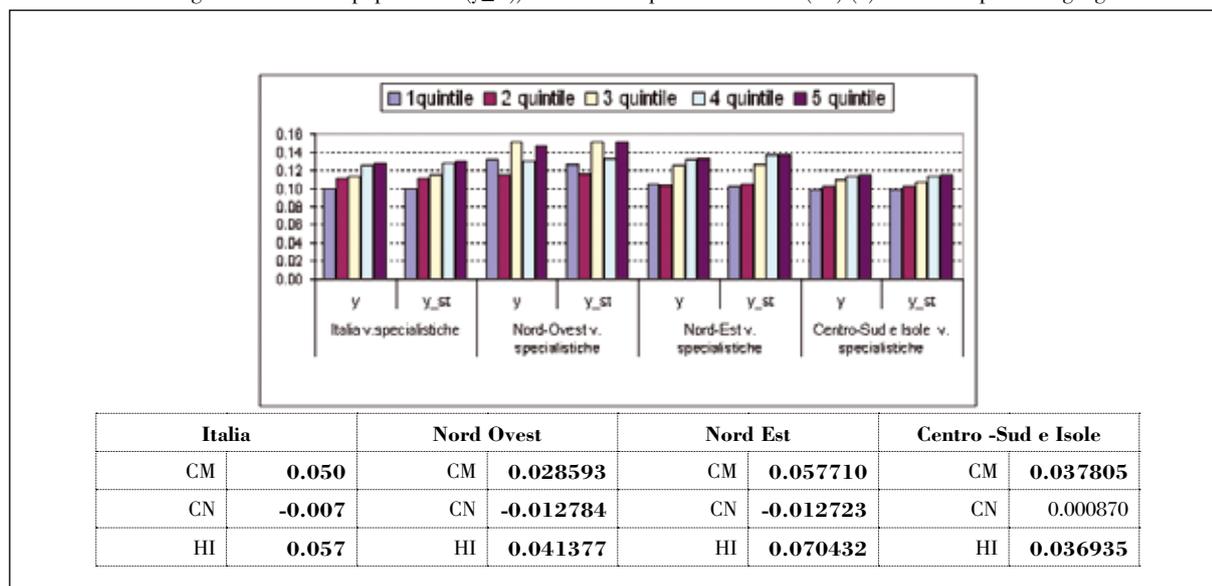
Fonte: elab. Su dati Istat (Indagine Multiscopo 1999-2000)

I risultati delle stime degli indici di iniquità orizzontale confermano che in Italia sono presenti notevoli differenze fra aree geografiche. Si è scelto di riportare i risultati per le aree per cui risultavano valori degli indici statisticamente significativi, rispettivamente Nord-Ovest, Nord-Est, e l'aggregazione tra

Centro-Sud e Isole. In Appendice si riportano in dettaglio i valori degli indici ottenuti considerando la tradizionale suddivisione tra cinque aree geografiche.

La figura 2.19 mostra i risultati delle stime relativamente alla probabilità di effettuare visite specialistiche.

Figura 2.19 - Probabilità di ricorso alle visite specialistiche per quintili di reddito (distribuzione attuale (y) e standardizzata per i bisogni di cure della popolazione(y_st)) e indici di equità orizzontale (HI) (*) – risultati per aree geografiche



(*) I valori in grassetto sono significativi al livello di significatività del 5%.

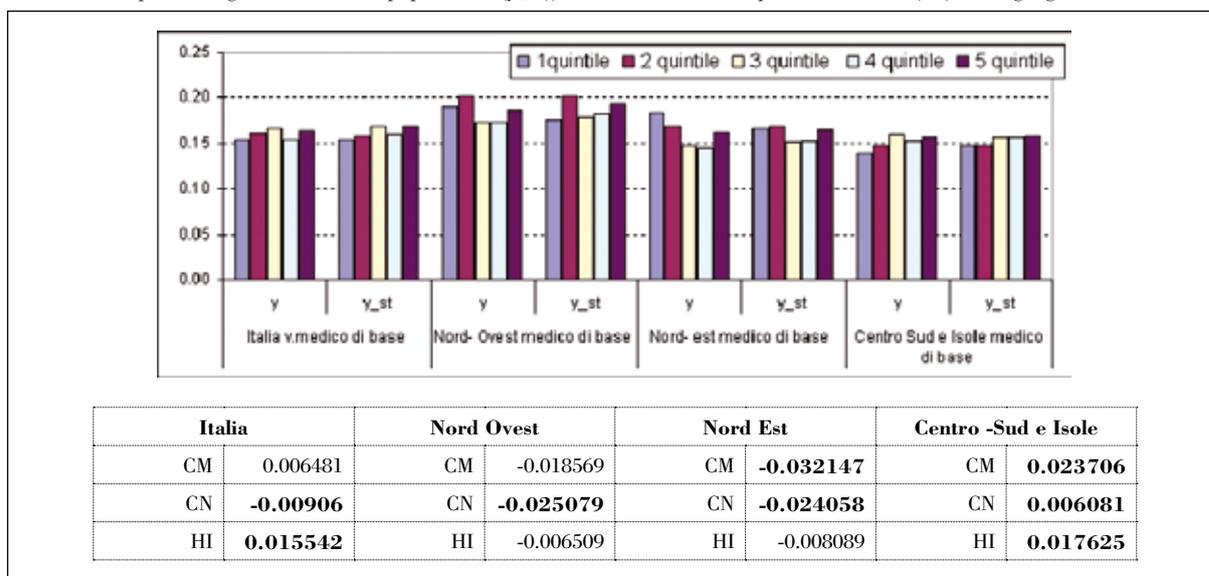
Per quanto riguarda la probabilità di uso delle visite specialistiche, tutte le aree considerate presentano indici di concentrazione del ricorso alle visite (CM) e indici di iniquità orizzontale (HI) positivi e significativi, con valori di HI maggiori di CM, a fronte di indici di concentrazione dei bisogni di cura (CN) negativi. Questo indica come i bisogni di cura siano concentrati tra i poveri, la probabilità di ricorso sia ancor più a favore dei ricchi a seguito della standardizzazione per i bisogni. Tuttavia esistono notevoli differenze

tra aree: il Nord-Est presenta un valore dell'indice di iniquità orizzontale più elevato rispetto alle altre aree e alla media nazionale, essendo pari al doppio rispetto al valore per il Centro-Sud. L'indice HI è infatti pari per il Nord-Est a 0,07, per il Nord-Ovest a 0,04 e per il Centro e il Sud e le Isole a 0,03. In questo caso l'inequità nell'accesso alle visite specialistiche che si riscontra a livello nazionale sembra spiegata dal livello di disuguaglianza in base al reddito individuata nelle aree del Nord Italia.

Riguardo alle visite di medicina di base, si osserva invece un andamento diverso. Il Centro e il Sud mostrano nell'insieme un significativo, seppur non elevato, grado di iniquità (HI=0,017), mentre al Nord non si registra iniquità a favore delle classi più agiate (figura 2.20). L'iniquità nell'accesso ai

medici di base osservata a livello nazionale, sembra quindi totalmente spiegata dal livello di disuguaglianza in base al reddito individuata Centro e Sud, in quanto nel Nord l'accesso appare dipendere solo dai bisogni della popolazione, essendo tutti gli indici negativi o prossimi a zero.

Figura 2.20 - Probabilità di ricorso a visite di medicina di base per quintili di reddito (distribuzione attuale (y) e standardizzata per i bisogni di cure della popolazione(y_st)) e relativi indici di equità orizzontale (HI)- aree geografiche

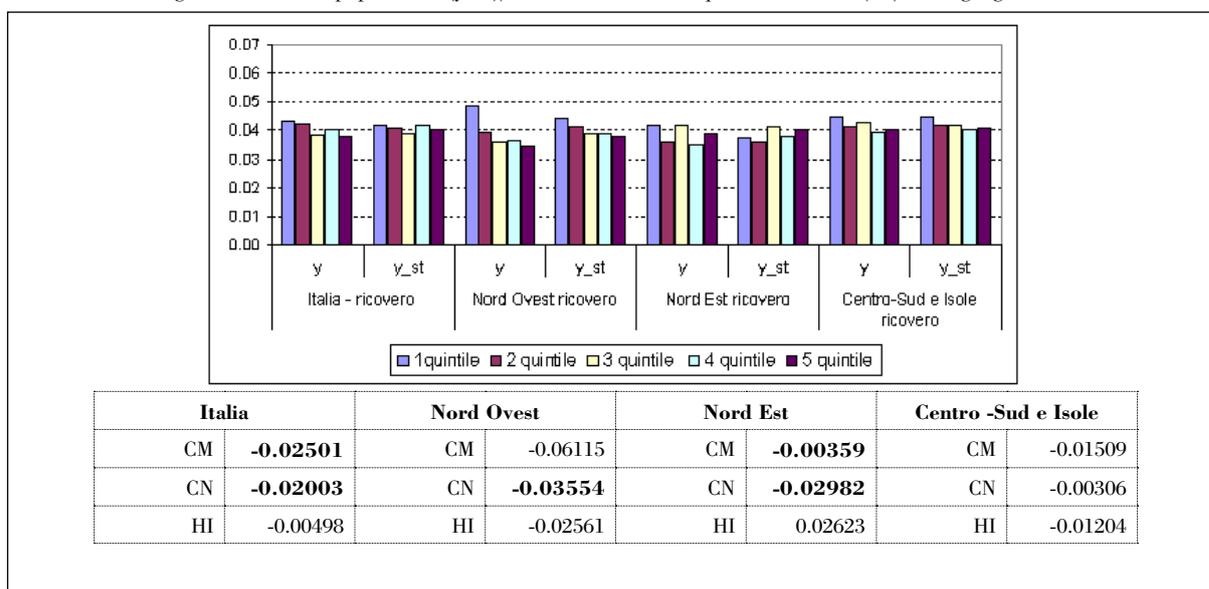


(*) I valori in grassetto sono significativi al livello di significatività del 5%.

Per quanto riguarda la probabilità di effettuare almeno un ricovero di almeno una notte in ospedale, la figura 2.21 mostra come in tutte le aree non si registri iniquità a favore dei più ricchi. Infatti sia i bisogni che la probabilità di ricorso sono

concentrate tra i più poveri, per cui gli indici CN e CM sono negativi, mentre l'indice HI risulta negativo e prossimo a zero in tutte le aree tranne il Nord-Est, laddove tuttavia pur risultando positivo non è significativo.

Figura 2.21 - Probabilità di effettuare almeno un ricovero per quintili di reddito (distribuzione attuale (y) e standardizzata per i bisogni di cure della popolazione(y_st)) e relativi indici di equità orizzontale (HI)- aree geografiche.



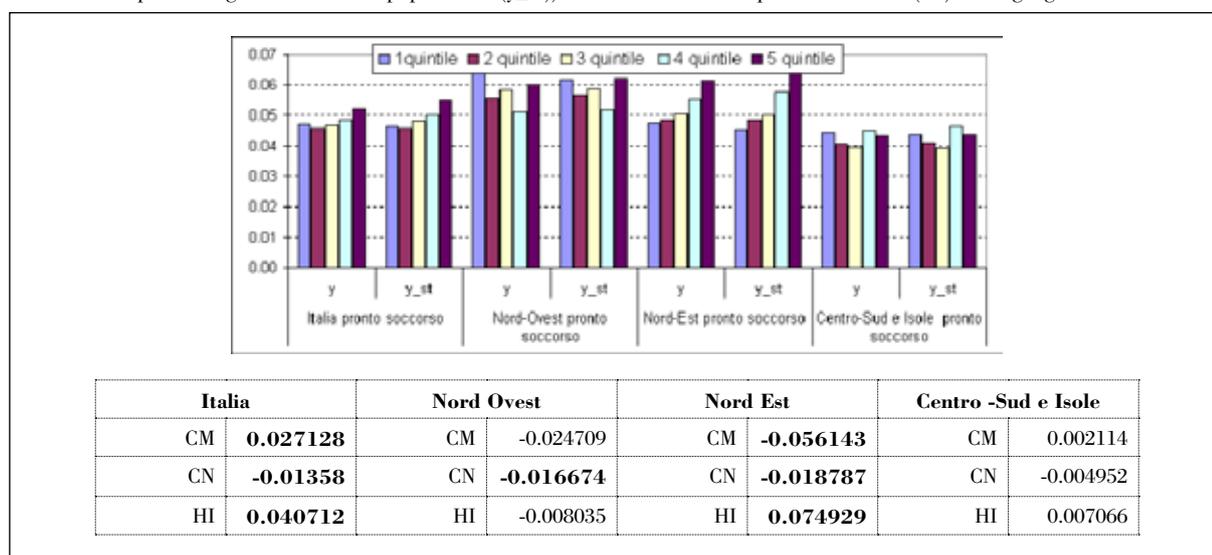
(*) I valori in grassetto sono significativi al livello di significatività del 5%.

La figura che segue illustra i risultati delle stime degli indici relativi alla probabilità di usufruire di servizi di pronto soccorso. I bisogni appaiono maggiormente concentrati tra i poveri, l'indice CN risulta negativo per tutte le aree. A livello nazionale tuttavia il ricorso, non standardizzato, mostra un gradiente a favore dei più ricchi con Cm positivo e significativo. A seguito della standardizzazione per i bisogni, si osserva un indice di iniquità positivo e significativo di iniquità. Poichè tra tutte le aree solo il Nord-Est mostra un valore dell'indice HI positivo e significativo, il risultato nazionale sembra influenzato

prevalentemente dall'andamento in questa zona. Infatti al Nord-Ovest e al Centro Sud l'indice HI tende a zero e non risulta significativo.

Nell'interpretare i risultati relativi al ricorso al pronto soccorso occorre tuttavia sottolineare come l'eventuale iniquità potrebbe essere dovuta alla probabile presenza di dati relativi al ricorso al day-hospital tra quelli del pronto-soccorso. Infatti nel questionario non vi è alcun accesso ai day-hospital ma vengono differenziati solo i ricoveri ospedalieri (con durata almeno pari ad una notte) dal pronto soccorso.

Figura 2.22 - Probabilità di uso dei servizi di pronto soccorso per quintili di reddito (distribuzione attuale (y) e standardizzata per i bisogni di cure della popolazione(y_st)) e relativi indici di equità orizzontale (HI)- aree geografiche



(*) I valori in grassetto sono significativi al livello di significatività del 5%.

Da questa analisi risulta quindi che in Italia l'accesso a diversi tipi di servizi sanitari è a favore degli individui appartenenti a classi economiche più abbienti. Questo risultato è stato ottenuto non solo per la probabilità di effettuare almeno una visita specialistiche ma anche per i medici di base e l'accesso al pronto soccorso, per quanto si sia visto che in questi ultimi due casi l'andamento a livello nazionale riflette prevalentemente l'andamento solo di alcune tra le aree geografiche considerate. Riguardo alla probabilità di essere ricoverati in ospedale l'accesso in tutto il paese sembra dipendere solo dai bisogni della popolazione e non da altri fattori socio-economici.

2.7 Risultati per alcune malattie croniche

Dall'analisi condotta risulta l'importanza delle malattie croniche come fattori di bisogno esplicativi della probabilità di accesso per tutti i tipi di servizi sanitari analizzati, a conferma di quanto deriva anche dalla analisi della

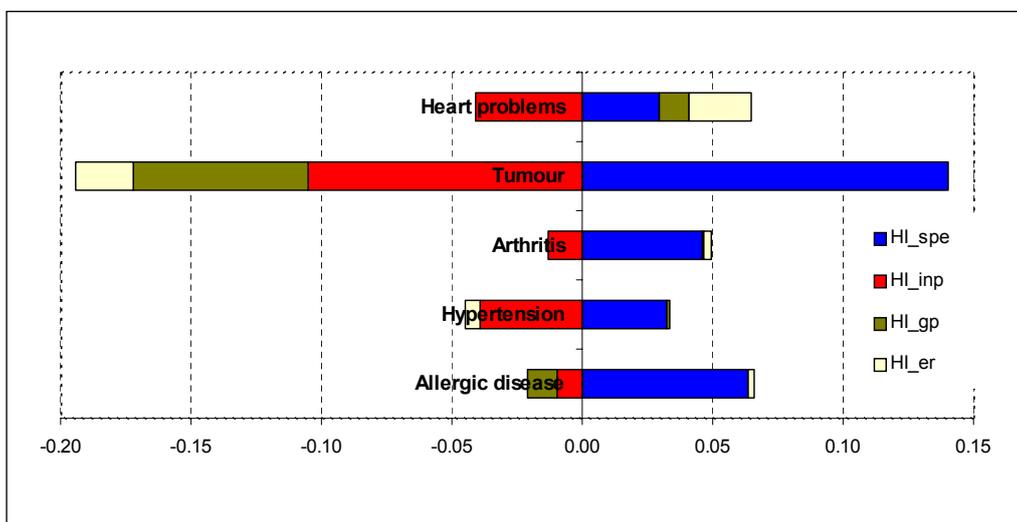
letteratura internazionale condotta nei capitoli precedenti. Tuttavia, nelle analisi condotte a livello internazionale la presenza di malattie croniche ed il numero delle stesse sono solitamente considerate come un aggregato. Ai fini del presente progetto di ricerca è sembrato utile a chi scrive riportare i risultati, ottenuti sugli stessi dati usati in questa sede, di una precedente analisi (Masseria e Giannoni, 2005) sull'iniquità nell'accesso ai servizi anche per gruppi di malati affetti da particolari condizioni cronicodegenerative, mirata a verificare se l'iniquità eventuale nell'accesso ai servizi si realizza in maniera diversa in gruppi di popolazione caratterizzati da diverse tipologie di bisogno di cure. L'esistenza di eventuali iniquità nell'accesso potrebbe segnalare problemi nei percorsi assistenziali, laddove definiti, seguiti per curare determinate malattie nelle regioni. La misurazione del livello di iniquità potrebbe quindi consentire alle amministrazioni regionali e/o locali un monitoraggio dei percorsi stessi orientato non solo ad obiettivi di efficienza, ma anche di equità. Seguendo l'approccio descritto in un precedente lavoro,

la valutazione dell'indice orizzontale di iniquità (HI) è stata effettuata con la stessa metodologia vista sopra, ma selezionando per le stime dalla popolazione italiana separatamente alcuni sottogruppi di popolazione affetti da alcune malattie croniche, vale a dire: malattie dei cuore, tumori, allergie e diabete, ovvero quelle che risultano essere fra le più prevalenti nel nostro paese, secondo un approccio *disease-based*. Il seguente grafico mostra gli indici stimati per le malattie suddette (figura 2.23). Ogni valore dell'indice può essere confrontato con la linea di riferimento che è quella che passa per zero e che corrisponde all'assenza di iniquità orizzontale. Si può notare che per le persone affette da tumori esiste una forte iniquità nell'accesso alle visite specialistiche,

mentre per gli altri servizi la distribuzione appare a favore dei poveri. Per persone affette da patologie allergiche esiste un'iniquità a favore delle classi agiate per le visite dallo specialista e i servizi di pronto soccorso, ma non per quanto riguarda i ricoveri e le visite dal medico di medicina generale. Simile andamento si rileva per l'artrite. Per le persone affette da patologie cardiache non si verifica iniquità a favore dei ricchi soltanto nei ricoveri. L'ipertensione sembra essere la patologia dove si rileva il livello più basso di iniquità.

Questi risultati segnalano che per alcune delle condizioni di cronicità più gravi, come ad esempio il cancro, i ricchi hanno, a parità di bisogni di cure, una maggiore probabilità di uso rispetto ai poveri.

Figura 2.23 - Indici di equità orizzontale per alcune malattie croniche selezionate



Fonte: Masseria e Giannoni (2005)

Appendici al Capitolo II

Tabella A1 - Principali variabili utilizzate

Nome Variabile	Descrizione	Media	Caratteristica dummy/continua
Variabili indipendenti			
Dcheckup	Accertamenti diagnostici - probabilità 4 settimane precedenti l'intervista	0.121	dummy
specialist	Visita specialistica - probabilità 4 settimane precedenti l'intervista	0.129	dummy
GP	Medico di base - probabilità 4 settimane precedenti l'intervista	0.145	dummy
inp	Ricovero ospedaliero - probabilità 3 mesi precedenti l'intervista	0.040	dummy
Variabili di bisogno			
sah1	Stato di salute -molto male (categoria di riferimento)	0.014	dummy
sah2	Stato di salute - male	0.056	dummy
sah3	Stato di salute -discretamente	0.319	dummy
sah4	Stato di salute - bene	0.440	dummy
sah5	Stato di salute - molto bene	0.171	dummy
dailyact1	Salute limitazioni nelle attività quotidiane -si parecchio	0.934	dummy
dailyact2	Salute limitazioni nelle attività quotidiane -si parzialmente	0.033	dummy
dailyact3	Salute limitazioni nelle attività quotidiane -no (categoria di riferimento)	0.033	dummy
male	Sesso - maschile	0.490	dummy
age	Età	41.01	continua
age_sq	Età al quadrato	2183.48	continua
children	Popolazione con età < 16 anni	0.167	dummy
n_chronic	Numero di malattie croniche	1.217	continua
disab	Disabile (definizione Istat ind. Multiscopo)	0.045	dummy
lumbosacrag_3	Lombosciatalgia (categoria di riferimento)	0.079	dummy
<i>Presenza di Malattie croniche:</i>			
cirrhosis3	Cirrosi	0.002	dummy
allergic3	Allergia	0.098	dummy
diabete3	Diabete	0.038	dummy
cataract3	Cataratta	0.032	dummy
hypertensi~3	Ipertensione	0.121	dummy
stroke3	Trombosi, embolia, emorragia cerebrale	0.009	dummy
venous_dis3	Vene varicose, varicocele	0.070	dummy
Haemorrhoid_3	Emorroidi	0.056	dummy
bronchitis3	Bronchite cronica, enfisema, insufficienza respiratoria	0.044	dummy
asthma3	Asma bronciale	0.031	dummy
skin_dis3	Malattie della pelle (psoriasi, vitiligine, ecc.)	0.032	dummy
thyroiditis3	Malattie della tiroide	0.028	dummy
arthritis3	Artrosi, artrite	0.186	dummy
Osteoporosis_3	Osteoporosi	0.047	dummy
hernia3	Ernia addominale	0.020	dummy
ulcer3	Ulcera gastrica o duodenale	0.031	dummy
gall_stone3	Calcolosi del fegato o delle vie biliari	0.022	dummy
hepatitis3	Epatite cronica (esclusa epatite a)	0.007	dummy
renal_stone3	Calcoli renali	0.015	dummy
prostate3	Ipertrfia della prostata	0.017	dummy

Nome Variabile	Descrizione	Media	Caratteristica dummy/continua
tumour3	Tumore maligno (inclusi linfoma/leucemia)	0.009	dummy
migraine3	Cefalea, emicrania ricorrente	0.090	dummy
par_alz3	Parkinsonismo, alzheimer, epilessia, perdita della memoria	0.011	dummy
nervous_dis3	Altri disturbi nervosi	0.035	dummy
heart_all	Infarto del miocardio, angina pectoris, e altre malattie del cuore	0.048	dummy
other_dis4	Altra malattia cronica	0.038	dummy
Variabili socio-economiche			
educ1	Livello di istruzione -elementare o inferiore (categoria di riferimento)	0.416	dummy
educ2	Livello di istruzione -scuola media	0.262	dummy
educ3	Livello di istruzione -scuola superiore	0.265	dummy
educ4	Livello di istruzione -università	0.057	dummy
insurance	Possesso di assicurazione sanitaria privata	0.121	dummy
lninc	Logaritmo del reddito individuale	9.981	continua
Regioni e aree geografiche			
Piemonte		0.075	dummy
ValleAosta		0.002	dummy
Lombardia		0.157	dummy
Trentino		0.016	dummy
Veneto		0.080	dummy
Friuli		0.021	dummy
Liguria		0.028	dummy
Emilia		0.066	dummy
Toscana		0.061	dummy
Lazio	(categoria di riferimento)	0.088	dummy
Umbria		0.014	dummy
Marche		0.025	dummy
Abruzzo		0.023	dummy
Molise		0.006	dummy
Campania		0.103	dummy
Puglia		0.072	dummy
Basilicata		0.011	dummy
Calabria		0.036	dummy
Sicilia		0.089	dummy
Sardegna		0.029	dummy
area1	Nord-Occidentale	0.262	dummy
area2	Nord-Orientale	0.182	dummy
area3	Centro	0.188	dummy
area4	Sud	0.250	dummy
area5	Isole	0.118	dummy

Fonte: nostra elaborazione su dati ISTAT (Indagine Multiscopo sulle condizioni di salute e sul ricorso ai servizi sanitari 1999-2000)

Tabella A2 – Indici per ripartizioni geografiche

Probabilità Visite specialistiche						
Area	Coef.	Robust Std.err	t	P>t	Min	Max
Nord Est						
CM	0.057710	0.013681	4.22	0.000000	0.030895	0.084524
CN	-0.012723	0.002203	-5.78	0.000000	-0.017041	-0.008405
HI	0.070432	0.013556	5.20	0.000000	0.043862	0.097003
Nord Ovest						
CM	0.028593	0.013168	2.17	0.030000	0.002783	0.054404
CN	-0.012784	0.002279	-5.61	0.000000	-0.017250	-0.008318
HI	0.041377	0.013023	3.18	0.001000	0.015852	0.066903
Centro (senza Umbria)						
CM	0.016860	0.015354	1.10	0.272000	-0.013235	0.046956
CN	-0.006771	0.002535	-2.67	0.008000	-0.011740	-0.001802
HI	0.023631	0.015167	1.56	0.119000	-0.006097	0.053360
Centro (Umbria inclusa)						
CM	0.016327	0.014481	1.13	0.260000	-0.012057	0.044712
CN	-0.007631	0.002349	-3.25	0.001000	-0.012235	-0.003028
HI	0.023959	0.014311	1.67	0.094000	-0.004091	0.052009
Sud e Isole						
CM	0.014582	0.010441	1.40	0.163000	-0.005882	0.035046
CN	0.004207	0.002165	1.94	0.052000	-0.000037	0.008451
HI	0.010375	0.010311	1.01	0.314000	-0.009835	0.030585
Centro e Sud e Isole						
CM	0.037805	0.008628	4.38	0.000000	0.020893	0.054716
CN	0.000870	0.001594	0.55	0.585000	-0.002255	0.003994
HI	0.036935	0.008525	4.33	0.000000	0.020225	0.053645
Probabilità Visite di medicina di base						
Area	Coef.	Robust Std.err	t	P>t	Min	Max
Nord Est						
CM	-0.032147	0.011982	-2.68	0.007000	-0.055632	-0.008662
CN	-0.024058	0.003448	-6.98	0.000000	-0.030817	-0.017300
HI	-0.008089	0.011414	-0.71	0.479000	-0.030460	0.014283
Nord Ovest						
CM	-0.018569	0.011135	-1.67	0.095000	-0.040394	0.003255
CN	-0.025079	0.003244	-7.73	0.000000	-0.031437	-0.018720
HI	0.006509	0.010641	0.61	0.541000	-0.014348	0.027366
Centro (senza Umbria)						
CM	-0.018325	0.013494	-1.36	0.174000	-0.044774	0.008124
CN	-0.027882	0.004133	-6.75	0.000000	-0.035983	-0.019781
HI	0.009557	0.012934	0.74	0.460000	-0.015795	0.034910
Centro (Umbria inclusa)						
CM	-0.017341	0.012505	-1.39	0.166000	-0.041852	0.007171
CN	-0.027317	0.003836	-7.12	0.000000	-0.034837	-0.019798
HI	0.009976	0.011987	0.83	0.405000	-0.013519	0.033471
Sud e Isole						
CM	0.032438	0.008239	3.94	0.000000	0.016289	0.048587
CN	0.019658	0.002793	7.04	0.000000	0.014183	0.025133
HI	0.012780	0.007776	1.64	0.100000	-0.002461	0.028021
Centro e Sud e Isole						
CM	0.023706	0.006974	3.4	0.001000	0.010037	0.037375
CN	0.006081	0.002250	2.7	0.007000	0.001671	0.010492
HI	0.017625	0.006639	2.65	0.008000	0.004613	0.030637

(*) I valori in grassetto sono significativi al livello di significatività del 5%.

Tabella A2 – Indici per ripartizioni geografiche (segue).

Probabilità di ricovero in ospedale (almeno una notte)						
Area	Coef.	Robust Std.err	t	P>t	Min	Max
Nord Est						
CM	-0.00359	0.02595	-0.14	0.89000	-0.05444	0.04727
CN	-0.02982	0.00625	-4.77	0.00000	-0.04207	-0.01757
HI	0.02623	0.02515	1.04	0.29700	-0.02307	0.07553
Nord Ovest						
CM	-0.06115	0.02660	-2.30	0.02200	-0.11329	-0.00902
CN	-0.03554	0.00630	-5.64	0.00000	-0.04788	-0.02320
HI	-0.02561	0.02561	-1.00	0.31700	-0.07581	0.02459
Centro (senza Umbria)						
CM	-0.05839	0.03112	-1.88	0.06100	-0.11938	0.00261
CN	-0.03053	0.00785	-3.89	0.00000	-0.04592	-0.01515
HI	-0.02785	0.02941	-0.95	0.34400	-0.08550	0.02979
Centro (Umbria inclusa)						
CM	-0.05124	0.02900	-1.77	0.07700	-0.10808	0.00559
CN	-0.03188	0.00721	-4.42	0.00000	-0.04602	-0.01774
HI	-0.01936	0.02747	-0.70	0.48100	-0.07321	0.03449
Sud e Isole						
CM	0.01415	0.01631	0.87	0.38600	-0.01782	0.04611
CN	0.00380	0.00379	1.00	0.31600	-0.00362	0.01123
HI	0.01035	0.01584	0.65	0.51400	-0.02071	0.04140
Centro e Sud e Isole						
CM	-0.01509	0.01419	-1.06	0.28800	-0.04291	0.01272
CN	-0.00306	0.00327	-0.94	0.35000	-0.00946	0.00335
HI	-0.01204	0.01376	-0.87	0.38200	-0.03900	0.01493
Probabilità di ricorso al pronto soccorso						
Area	Coef.	Robust Std.err	t	P>t	Min	Max
Nord Est						
CM	0.056143	0.022228	2.53	0.012000	0.012575	0.099711
CN	-0.018787	0.002967	-6.33	0.000000	-0.024602	-0.012971
HI	0.074929	0.022056	3.40	0.001000	0.031697	0.118161
Nord Ovest						
CM	-0.024709	0.021988	-1.12	0.261000	-0.067807	0.018390
CN	-0.016674	0.003209	-5.20	0.000000	-0.022964	-0.010384
HI	-0.008035	0.021598	-0.37	0.710000	-0.050367	0.034298
Centro (senza Umbria)						
CM	-0.031644	0.025088	-1.26	0.207000	-0.080819	0.017530
CN	-0.010157	0.003681	-2.76	0.006000	-0.017373	-0.002942
HI	-0.021487	0.024613	-0.87	0.383000	-0.069731	0.026757
Centro (Umbria inclusa)						
CM	-0.008973	0.003292	-2.73	0.006000	-0.015425	-0.002520
CN	-0.029266	0.023402	-1.25	0.211000	-0.075135	0.016604
HI	-0.020293	0.022979	-0.88	0.377000	-0.065334	0.024748
Sud e Isole						
CM	-0.022281	0.017782	-1.25	0.210000	-0.057133	0.012572
CN	-0.005285	0.002272	-2.33	0.020000	-0.009738	-0.000832
HI	-0.016995	0.017602	-0.97	0.334000	-0.051496	0.017505
Centro e Sud e Isole						
CM	0.002114	0.014381	0.15	0.883000	-0.026072	0.030300
CN	-0.004952	0.001829	-2.71	0.007000	-0.008537	-0.001367
HI	0.007066	0.014229	0.50	0.619000	-0.020823	0.034955

(*) I valori in grassetto sono significativi al livello di significatività del 5%.

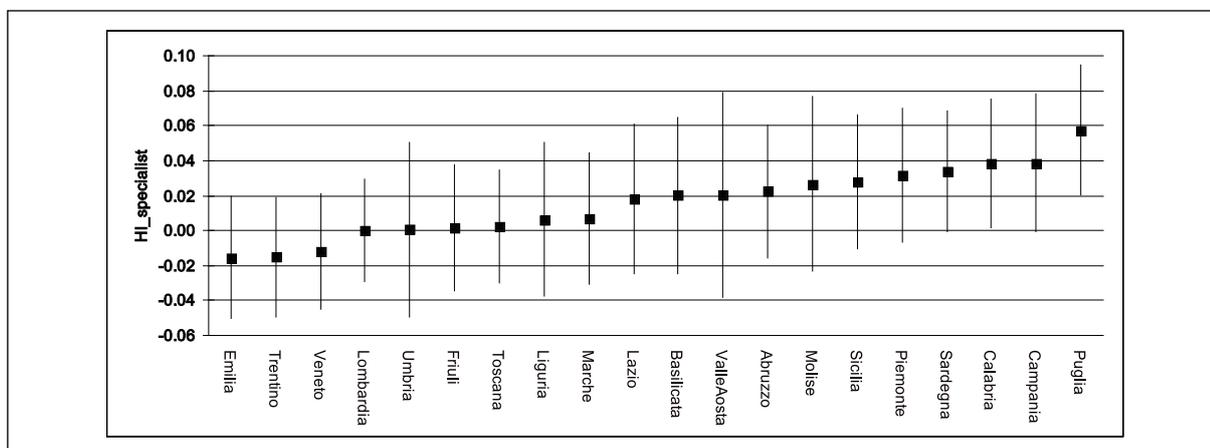
Fonte: nostra elaborazione su dati ISTAT (Indagine Multiscopo sulle condizioni di salute e sul ricorso ai servizi sanitari 1999-2000)

A3. Alcuni risultati a livello regionale

A scopo esemplificativo si riportano alcuni risultati ottenuti applicando la metodologia di calcolo degli

indici di equità orizzontali ai dati relativi alle singole regioni italiane. In particolare vengono presentati i risultati relativi alla probabilità di effettuare visite specialistiche.

Figura A2 – Indici di Iniquità orizzontale (HI) per la probabilità di effettuare visite specialistiche nelle Regioni italiane (1999-2000)



Fonte: nostra elaborazione su dati ISTAT (Indagine Multiscopo sulle condizioni di salute e sul ricorso ai servizi sanitari 1999-2000)

Anche a causa delle poche osservazioni disponibili per le singole regioni, per la maggior parte delle stesse le stime degli indici non sono significative, come evidenziato dagli intervalli di confidenza riportati nella figura. Tuttavia si nota come in diverse regioni, soprattutto in quelle del Sud e Isole, l'indice di iniquità sia positivo e statisticamente significativo.

Conclusioni

M. Giannoni

La rassegna di letteratura condotta in questa sede ha evidenziato che a livello internazionale non esiste ancora accordo circa quale definizione di equità nella salute e in sanità adottare per misurare la performance dei sistemi sanitari. Gli obiettivi di equità sono definiti secondo l'orientamento politico delle nazioni ed degli individui. Le dimensioni dell'equità che possono essere considerate sono di diverso tipo (ad esempio: salute, esiti, accesso, utilizzazione, finanziamento); l'equità può essere misurata considerando diversi gruppi di popolazione (per esempio: età, genere, gruppo etnico, reddito, appartenenza geografica). La misura di un insieme completo di indicatori di equità per un sistema sanitario richiede la disponibilità di molteplici ed eterogenee fonti di dati (per esempio: sullo stato di salute, sull'utilizzazione e sulle condizioni socio-economiche degli individui).

Tuttavia tali informazioni difficilmente sono reperibili provenendo da fonti eterogenee e ancor più difficilmente risultano confrontabili tra diversi paesi e/o aree geografiche (Hurst e Lee-Hughes, 2001).

Si è visto come in Italia l'equità in sanità sia stata intesa principalmente come equità a livello geografico, relativamente al finanziamento e alla distribuzione dei servizi pubblici, con l'obiettivo fondamentale di garantire l'equità nell'accesso ai livelli essenziali di assistenza secondo i fabbisogni di cura della popolazione, indipendentemente dalla posizione socio-economica o dalle caratteristiche di appartenenza geografica dei residenti.

Questo documento ha proposto una metodologia per verificare se i suddetti obiettivi di parità nell'accesso e/o nell'utilizzazione a parità di bisogni di cura è realizzata in Italia, in generale, e in Umbria, in particolare. Con questa indagine è stato possibile disaggregare i dati al livello regionale. Come noto, tra regioni esistono grandi differenze nella qualità e nella disponibilità dei servizi di sanitari. In un contesto di decentramento e devoluzione quale quello attuale, in cui l'assistenza sanitaria è fornita dalle regioni, che sono responsabili della qualità, dell'efficienza dei servizi erogati ed in misura crescente del loro finanziamento, diventa essenziale poter condurre analisi separate per le varie realtà regionali. Da quanto analizzato è emerso che i fattori di bisogno di cure, sono le principali variabili esplicative della probabilità di utilizzazione per tutti i servizi analizzati, seguiti dai fattori socio-economici e relativi alla variabilità dell'offerta a livello regionale. La stima degli indici di equità orizzontale evidenzia a livello nazionale una positiva e statisticamente significativa iniquità legata al reddito nella probabilità di uso delle visite specialistiche e nei servizi di medicina di base ed emergenza. Al contrario, non sono emerse significative

iniquità nei ricoveri ospedalieri. Relativamente ad alcune malattie croniche, si è rilevato che soggetti affetti da tumori, malattie del cuore e allergie utilizzano con maggiore intensità i servizi sanitari e che sussiste una iniquità nella probabilità di ricorrere alle visite specialistiche per molte di queste malattie, particolarmente per i tumori. Un altro risultato che sembra emergere è che il livello di iniquità è spesso diverso se calcolato per la popolazione anziana piuttosto che per la popolazione adulta. In generale, sembra opportuno evidenziare l'opportunità che gli indicatori di equità considerino le differenze fra i gruppi d'età. Se tra gli obiettivi delle politiche sanitarie vi è quello di migliorare l'accesso agli individui più deboli nella società, gli indicatori età-correlati per le relative fasce d'età (es. bambini, anziani) potrebbero rivelare livelli di iniquità diversi rispetto agli indicatori calcolati sulla popolazione totale.

Esistono differenze nell'utilizzazione dei servizi tra aree geografiche. Le stime mostrano che nel Centro nel Sud e nelle Isole c'è una maggiore probabilità di usare i ricoveri e minore di ricorrere ai medici di base, specialisti e alle cure di emergenza che nel resto d'Italia., per quanto non significativi data la scarsità di osservazioni disponibili e quindi non utilizzabili ai fini di policy, i risultati delle stime separate per le diverse regioni italiane degli indici di iniquità orizzontale confermano che in Italia sono presenti notevoli differenze fra le Regioni nell'accesso alle visite specialistiche, che tuttavia necessitano di ulteriori approfondimenti da effettuare su basi dati sufficientemente ampie da consentire di effettuare stime significative.

Le aree caratterizzate da una presenza forte del settore privato, registrano spesso un livello elevato di iniquità. Risulta necessario a nostro avviso quindi effettuare ulteriori approfondimenti sull'equità in relazione al *mix* di servizi pubblici e privati offerti. Nell'analisi qui condotta si è fatto ricorso ai dati relativi all'ultima indagine italiana disponibile sugli stili di vita e i livelli di salute degli italiani, che soffre del limite di non essere rappresentativa su scala sub-regionale e di non consentire confronti intertemporali. Tuttavia, questa metodologia può essere applicata al fine di ottenere risultati disaggregati a livello locale e/o temporale per valutare l'equità orizzontale usando dati di utilizzazione regolarmente raccolti a livello amministrativo dalle regioni (per esempio DRGs, prodotti farmaceutici, dati dei registri tumori, ecc.) collegandoli opportunamente

ai dati socio-economici resi disponibili, ad esempio, dal Censimento della popolazione generale.

Dalla breve rassegna descrittiva sulle principali politiche di lotta alle disuguaglianze di salute e di accesso ai servizi condotte dalle regioni italiane nel settore della prevenzione, sembra emergere che, se appare condivisibile l'affermazione per cui complessivamente la storia recente delle politiche per le disuguaglianze di salute si chiude con un bilancio non negativo, dato che in relativamente pochi anni, sono state elaborate prime evidenze scientifiche che hanno giustificato investimenti nella ricerca e che si sono trasformate nell'avvio di processi politici significativi (Costa et al., 2004), appare altresì vero che in tema di riduzione delle disuguaglianze e dell'iniquità dell'accesso ai servizi non esiste ancora un monitoraggio sistematico e sembra essere ancora lunga la strada da percorrere.

In questo momento in Italia viene sollecitata da più parti l'adozione di severe misure di contenimento della spesa sanitaria pubblica, soprattutto da parte delle regioni che hanno accumulato deficit negli ultimi anni. Mantenere il controllo sulla spesa pubblica rimane una priorità anche per il nuovo governo, che ha ereditato un rapporto Deficit-PIL superiore al limite del 3% imposto dal Patto europeo di stabilità e crescita. Come già avvenuto in passato il rischio è che le politiche sanitarie, tra cui quelle per la lotta alle disuguaglianze di salute e le iniquità nell'accesso ai servizi, siano poste in secondo piano rispetto alle politiche di stabilizzazione economica. In questo contesto, tenuto conto degli effetti del decentramento in termini di creazione di diversi sistemi sanitari regionali con proprie regole per l'accesso ai servizi, sembra ancora più evidente la necessità di effettuare un monitoraggio sistematico delle disuguaglianze e delle iniquità nell'uso dei servizi sia nei sistemi regionali in generale, come tentato in questa sede, sia per politiche sanitarie implementate o da implementare.

Questo lavoro è stato dedicato al tema della misurazione dell'equità orizzontale nell'uso dei servizi sanitari nelle regioni italiane. L'altro principio cardine e a questo complementare su cui è basato il nostro sistema sanitario è la solidarietà. Sembrerebbe non eludibile a chi scrive anche la complementare definizione di regole precise e di indicatori per valutare come questo viene applicato nella definizione delle regole per finanziare, prima, e garantire, poi, una distribuzione equa dei servizi sanitari.

Appendice

L'evoluzione delle politiche per la prevenzione e la riduzione delle disuguaglianze nello stato di salute e nell'accesso ai servizi sanitari in Italia

G. Rabito, M. Giannoni

Il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) fin dalla sua introduzione, avvenuta nel 1978, è stato basato sul principio dell'universalità e su tre cardini fondamentali: l'equità, l'uguaglianza, la solidarietà.

La legge istitutiva del SSN esplicita infatti gli obiettivi di superamento delle disuguaglianze nelle condizioni socio-sanitarie del Paese attraverso: “la promozione, il mantenimento ed il recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione senza distinzione di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini nei confronti del servizio” (L. 833 del 1978, art.1, comma 3). Nella stessa legge, una particolare attenzione è stata posta alle disuguaglianze territoriali (L. 833/1978, art. 2, comma 2, punto a), poi ripresa anche nei decreti di riforma della L. 833/1978, in particolare il D.Lgs. 502/1992 e il più recente D.Lgs. 229/1999; assicurando l'erogazione di livelli essenziali di assistenza in condizioni di uniformità sul territorio nazionale, si manifesta infatti l'opportunità di garantire che tutti i cittadini possano accedere a servizi sanitari e sociali appropriati ed efficaci, nel rispetto, quindi, di un principio di equità.

L'obiettivo di ridurre le disuguaglianze nell'accesso della popolazione ai servizi viene menzionato anche nella Legge n. 328 del 2000⁽⁷⁾: “La Repubblica assicura alle persone e alle famiglie un sistema integrato di interventi e servizi sociali, promuove interventi per garantire la qualità della vita, pari opportunità, non discriminazione e diritti di cittadinanza, previene, elimina o riduce le condizioni di disabilità, di bisogno e di disagio individuale e familiare, derivanti da inadeguatezza di reddito, difficoltà sociali e condizioni di non autonomia [...] (art. 1). Il sistema integrato di interventi e servizi sociali ha carattere di universalità (art. 2.2)”.

(7) Legge 8 novembre 2000, n. 328, Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali. Pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale n. 265 del 13 novembre 2000.

Negli anni Novanta si è assistito ad alcune iniziative politiche sia in campo sanitario sia nelle politiche di settore, ma l'intervento più significativo per contrastare le disuguaglianze nella salute si è avuto con il Piano Sanitario Nazionale per il triennio 1998-2000, che ha posto le basi per di innestare interventi che permettano di ridurre le disuguaglianze nella salute, evidenziando la necessità di valutare l'impatto degli atti di programmazione sanitaria sull'equità.

Con il PSN 1998-2000 il governo e il parlamento per la prima volta hanno stabilito una strategia nazionale per la salute e per la sanità fondata su un patto tra i diversi attori interessati agli obiettivi di salute. La riduzione delle disuguaglianze nella salute rappresenta uno dei nove punti qualificanti della strategia.

La garanzia di uguali opportunità di accesso ai servizi sanitari rappresenta uno degli obiettivi principali del Piano Sanitario Nazionale 1998-2000⁽⁸⁾ che, nel ribadire i principi fondamentali cui si ispira il Servizio Sanitario Nazionale e in particolare *“l'universalità di accesso”* e *“l'eguaglianza nell'accessibilità a un ampio spettro di servizi uniformemente distribuiti”*, ribadisce che: *“...nel nostro Paese si osservano disuguaglianze rilevanti relativamente alle condizioni di salute: le persone, i gruppi sociali e le aree geografiche meno avvantaggiati presentano un maggior rischio di morire, di ammalarsi, di subire, di praticare stili di vita rischiosi. Le cause sono complesse e risiedono nelle condizioni di vita e di lavoro della popolazione, nella dotazione di risorse materiali, nelle relazioni sociali, negli stili di vita e nell'accesso ai sistemi di cura. Le politiche per la salute devono contrastare le disuguaglianze irrobustendo le capacità delle persone e delle comunità di adottare comportamenti migliorando l'accesso ai servizi e incoraggiando il cambiamento culturale ed economico”*.

Il Piano sanitario nazionale sottolinea inoltre come *“l'eliminazione delle barriere economiche all'utilizzo delle prestazioni sanitarie non è sufficiente ad assicurare l'uniformità di livelli di assistenza a parità di bisogno nelle diverse realtà territoriali e fra i diversi gruppi sociali. In riferimento al criterio dell'uniformità impone anche il graduale superamento di ogni forma di oggettiva, seppur implicita, limitazione dell'ambito effettivo delle garanzie. L'inadeguata offerta di*

servizi, la carenza di informazioni su disponibilità e modalità di accesso, la presenza di tempi di attesa abnormemente elevati in rapporto alle necessità assistenziali rappresentano le principali limitazioni a una effettiva uniformità nelle diverse realtà territoriali e nei diversi settori di attività”(Ibid.).

In particolare il problema delle disuguaglianze nel ricorso ai servizi viene affrontato all'interno del Piano dall'Obiettivo IV- *“Rafforzare la tutela dei soggetti deboli”*, dove vengono appunto individuati obiettivi ad azioni per alcuni particolari gruppi di soggetti deboli: gli stranieri immigrati, i tossicodipendenti, i malati mentali, i bambini e gli adolescenti, gli anziani con particolari esigenze di tutela e i malati terminali.

Il PSN a tal proposito individua tre strade da seguire:

- il **rafforzamento delle garanzie di assistenza** che devono essere date ai soggetti deboli, ovvero sia a *“tutti coloro che, trovandosi in condizioni di bisogno, vivono situazioni di particolare svantaggio e sono costretti a forme di dipendenza assistenziale e di cronicità”*;
- l'introduzione dei **livelli essenziali di assistenza**, intesi come quell'insieme di interventi necessari e appropriati che devono essere garantiti uniformemente su tutto il territorio nazionale e all'intera collettività, tenendo conto delle differenze nella distribuzione delle necessità assistenziali e dei rischi per la salute;
- l'identificazione di alcuni dei principali fattori di disuguaglianza: la inadeguata offerta dei servizi; la carenza di informazioni su disponibilità e modalità di accesso; la presenza di tempi di attesa elevati in rapporto alle necessità assistenziali.

Particolare attenzione al tema dell'equità è stata posta anche nella Relazione sullo Stato Sanitario del Paese del 1999⁽⁹⁾ che si sofferma sulla relazione fra equità e disuguaglianze nella salute (cap. 2 *“Le nuove frontiere della promozione della salute”* – 2.2 Equità e disuguaglianze nella salute), evidenziando come le persone meno istruite e di classe sociale più bassa si ammalano e muoiono di più e prima, e che un consistente miglioramento nella salute di tutta la società potrebbe essere raggiunto riducendo il carico di malattie delle persone più svantaggiate.

Anche la Relazione sullo stato Sanitario del Paese del 2000⁽¹⁰⁾ pone particolare attenzione al tema delle disuguaglianze (PARTE III – *“Disuguaglianze nella salute”*), ed in particolare richiama la necessità che le regioni si dotino

⁽⁸⁾ Ministero della sanità. Piano sanitario nazionale 1998 – 2000. Un patto di solidarietà per la salute. Roma: Ministero della sanità, 1998 (Pubblicato su Supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n. 288 del 10 dicembre 1998).

⁽⁹⁾ Ministero della sanità. Relazione sullo stato sanitario del Paese 1999. Servizio studi e documentazione. Roma. Ministero della sanità, 1999.

⁽¹⁰⁾ Ministero della sanità. Relazione sullo stato sanitario del Paese 2000. Servizio studi e documentazione. Roma. Ministero della Sanità, 2000.

di piani sanitari regionali e programmi attuativi locali e di settore che incorporino questo obiettivo.

Bisogna inoltre ricordare che nella primavera del 2001 molti operatori della sanità medici, ricercatori, docenti universitari e rappresentanti del volontariato hanno sottoscritto la Dichiarazione di Erice⁽¹¹⁾, in cui viene fatto il punto sulla drammaticità e su alcune delle cause della situazione della salute a livello globale, rivolgendosi alla società civile e alla comunità scientifica per affermare, tra l'altro:

- la necessità di diffondere consapevolezza delle disuguaglianze esistenti e delle cause che le hanno prodotte, dei meccanismi che le alimentano e le aggravano;
- il diritto-dovere di pretendere la massima partecipazione della cittadinanza alle scelte inerenti la salute di tutti;
- il dovere della comunità scientifica di affrontare in modo diffuso e sistematico i temi dell'equità, dello sviluppo sostenibile, della difesa della dignità e della vita degli uomini;
- la necessità di studi approfonditi, di valutazioni indipendenti, di una trasmissione estesa delle informazioni e delle conoscenze.

Alla dichiarazione di Erice ha fatto seguito la costituzione dell'Osservatorio Italiano sulla Salute Globale con l'obiettivo di promuovere il diritto alla salute a livello globale e di fornire a istituzioni, enti, organizzazioni della società civile e a tutti i soggetti interessati strumenti di analisi e valutazione utili alla definizione di appropriate strategie ed azioni.

L'Osservatorio si propone come spazio di riflessione e ricerca su questi temi, contribuendo al confronto tra le competenze esistenti in Italia in tema di salute globale e lavorando per un'analisi indipendente del processo di globalizzazione e dei suoi effetti sulla salute, a supporto delle decisioni e delle azioni concrete che si vogliono intraprendere per la salute dell'umanità. Anche i piani sanitari nazionali degli anni successivi (PSN 2002-2004, PSN 2003-2005) hanno avuto quale obiettivo prioritario quello della riduzione delle disuguaglianze di salute all'interno del sistema, in più rispetto al passato viene ritenuto indispensabile, e richiamato esplicitamente all'interno di entrambe i piani, un intervento di carattere sociale da parte delle politiche economico sociali finalizzato

a contrastare la povertà.

Questi sebbene presentino profonde differenze rispetto ai precedenti, differenze spiegabili con le modificazioni sociali e politiche che sono intervenute negli ultimi anni e che hanno modificato il ruolo dello Stato in materia di sanità, in presenza di un sistema sempre più caratterizzato dalla devoluzione di poteri e responsabilità dal governo centrale ai governi regionali, hanno sempre considerato quello delle disuguaglianze di salute un problema fondamentale.

Rispetto all'impostazione del PSN 1998-2000 all'interno del PSN 2002-2004⁽¹²⁾ vi è un chiaro richiamo alla necessità di stabilire un collegamento tra le politiche finalizzate alla riduzione delle disuguaglianze nello stato di salute derivati dalla povertà e le politiche di sviluppo economico sociale. Vengono pertanto sollecitati interventi di carattere sociale, tipici dello stato assistenziale per contrastare la povertà; povertà ritenuta una delle principali cause delle disuguaglianze nell'accesso ai servizi sanitari.

Il problema delle disuguaglianze di salute viene affrontato da questo Piano in due modi: prima di tutto vengono individuati degli due obiettivi generali:

- attivare interventi di riorganizzazione e programmi di attività finalizzati a ridurre le barriere di conoscenza e linguistiche che si frappongono alla fruibilità dei servizi sanitari; attuando specifici programmi di formazione per il personale;
- interventi di carattere più strettamente sanitario per contenere i danni delle disuguaglianze e interrompere i processi di esclusione che nascono da problemi di salute, quali l'istituzionalizzazione degli anziani poveri.

Il Piano inoltre prende in esame ed individua gli obiettivi per i diversi gruppi di soggetti deboli: gli anziani, gli immigrati stranieri, i tossicodipendenti, i bambini e adolescenti, i malati mentali, i detenuti.

Il tema del superamento del divario strutturale e qualitativo dell'offerta sanitaria tra le diverse realtà regionali rappresenta ancora un asse prioritario nella programmazione sanitaria nazionale per gli anni 2006 - 2008. Nei principi ispiratori del PSN 2006-2008⁽¹³⁾ viene ribadito che compito del PSN è "promuove l'equità del sistema, da intendersi non come capacità di dare tutto a tutti ma di assicurare ciò che è necessario garantendo il superamento delle disuguaglianze sociali e territoriali."

La garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza assume così un ruolo centrale di contesto nel Piano Sanitario. In questo senso nel Piano si dice che questo deve prevedere

(11) Dichiarazione di Erice sull'equità e il diritto alla salute. Erice 26 marzo 2001.

(12) Ministero della salute. Piano Sanitario Nazionale 2002 - 2004. Roma: Ministero della sanità, 2002.

(13) Ministero della salute. Piano Sanitario Nazionale 2006 - 2008. Roma: Ministero della sanità, 2006 (pubblicato nella Gazzetta Ufficiale del 13 dicembre 2005, n. 289).

le modalità con cui il sistema si dota di strumenti valutativi che rilevino le disomogeneità e le disuguaglianze della domanda e dell'offerta, tenendo conto delle differenze della struttura demografica, sociale ed economica della popolazione di ciascuna regione e dell'effetto che tale differenza induce sul versante della domanda.

Nel nuovo PSN viene ribadita la necessità di perseguire con maggiore incisività l'obiettivo dell'equità e dell'equilibrio nella disponibilità di risorse, in relazione ai bisogni di salute dei differenti contesti sociali.

Inoltre si afferma che l'accessibilità deve essere garantita per l'attività di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione soprattutto alle fasce economicamente più deboli, in quanto una mancata previsione di erogazione ed una conseguenziale espulsione del bisogno verso settori libero-professionali a pagamento, corrisponderebbero alla negazione del diritto alla tutela della salute.

Affinché sia garantita l'equità, nel nuovo PSN si richiede di individuare regole condivise sia sul versante dell'offerta (promovendo l'omogeneizzazione in ambito nazionale dei livelli di garanzia della qualità dei servizi, dello sviluppo del sistema informativo del SSN e tecnologie annesse, dei programmi di prevenzione e lotta alle malattie infettive vecchie e nuove), sia sul versante della domanda e delle condizioni di accesso (individuando le modalità per il governo della mobilità interregionale, lo sviluppo della comunicazione e della partecipazione dei cittadini, l'omogeneizzazione su scala nazionale delle modalità di accesso ai servizi, anche in riferimento al problema dei tempi di attesa).

Inoltre viene detto che l'equità non può essere realizzata senza la promozione dell'appropriatezza. Questa la si ritiene fortemente relazionata alla capacità del sistema di assicurare "equità" di erogazione di prestazioni, poichè si afferma che un sistema sottoposto ad una pressione eccessiva di domanda non valutata e potenzialmente inappropriata non è in grado di assicurare a tutti ciò che è più necessario; al tempo stesso l'erogazione di prestazioni in regimi economicamente più costosi impedisce la finalizzazione delle risorse verso le aree di maggior bisogno.

Tra gli obiettivi del PSN 2006-2008⁽¹⁴⁾ al per il triennio, al fine di superare le criticità in materia di Livelli Essenziali di Assistenza vi è quello di rilevare le disomogeneità e le disuguaglianze della domanda e dell'offerta, tenendo conto delle differenze della struttura demografica, sociale ed economica della popolazione di ciascuna regione e dell'effetto che tale differenza induce sul versante della domanda e rimuovere i fattori che risultano di

ostacolo all'esercizio del diritto ai livelli di assistenza

Un altro importante strumento recentemente adottato nel nostro Paese per la lotta alle disuguaglianze è il Piano Nazionale della Prevenzione⁽¹⁵⁾.

Infatti, gli interventi di prevenzione primaria e secondaria e gli interventi di educazione e promozione della salute sono effettuati in Italia con modalità diverse da regione a regione.

È stato pertanto ritenuto necessario stabilire un coordinamento per conseguire obiettivi di salute uniformi in tutto il Paese, in modo che tutti i cittadini possano accedere ai servizi di diagnosi precoce e prevenzione.

Il coordinamento del Piano Nazionale della Prevenzione è stato affidato al Centro nazionale per la prevenzione ed il Controllo delle Malattie (CCM), che ha tra i compiti istitutivi, quello di coordinare con le regioni i piani di sorveglianza e la prevenzione attiva.

Gli ambiti del Piano Nazionale della prevenzione, che ha durata triennale, sono:

- la prevenzione cardiovascolare suddivisa nelle seguenti iniziative:
 - diffusione della carta del rischio cardiovascolare a gruppi di soggetti;
 - prevenzione della obesità nelle donne in età fertile e nel bambino;
 - prevenzione attiva delle complicanze del diabete di tipo II nell'adulto e nel bambino, aumentando la compliance del paziente;
 - prevenzione delle recidive nei soggetti che hanno già avuto accidenti cardiovascolari, cosicché non si ripetano;
- gli screening:
 - dei tumori al seno;
 - del cancro della cervice uterina;
 - del cancro del colon-retto;
- la prevenzione degli incidenti:
 - stradali;
 - domestici;
 - sul lavoro;
- le vaccinazioni:
 - implementazione coperture vaccinali, attestabili attraverso l'anagrafe vaccinale;
 - implementazione dell'offerta vaccinale per i soggetti appartenenti alle categorie a maggior rischio;
 - miglioramento della qualità dei servizi e delle attività vaccinali.

Al momento in cui tale rapporto viene redatto è in vigore il

(14) Ministero della salute. Piano Sanitario Nazionale 2006 – 2008. Roma: Ministero della sanità, 2006 (pubblicato nella Gazzetta Ufficiale del 13 dicembre 2005, n. 289).

(15) Piano Nazionale della Prevenzione 2005-2007, ref. Intesa Stato-Regioni 23 marzo 2005.

Piano Nazionale della Prevenzione 2005–2007⁽¹⁶⁾, che viene confermato al 2008, deciso con un'Intesa tra Stato e Regioni stipulata il 23 Marzo 2005.

All'emanazione del Piano hanno fatto seguito delle linee guida elaborate e distribuite dal CCM per lo sviluppo dei programmi regionali; alla fine del 2005 le Regioni hanno potuto così elaborare i Piani Regionali di Prevenzione. La

fase di pianificazione regionale è terminata nel giugno 2006 con la predisposizione dei progetti esecutivi.

Al solo fine di esemplificare l'attività svolta dalle regioni, senza pretesa di esaustività, qui di seguito si riporta una sintesi delle principali iniziative e progetti avviati dalle diverse Regioni in alcuni ambiti individuati dal Piano Nazionale della Prevenzione⁽¹⁷⁾.

Ambito: Infortuni sul lavoro		
Regione	Documenti normativi di riferimento	Azioni/Obiettivi
Abruzzo	Delibera Giunta Regionale n.683 del 18.7.2005 Delibera Giunta Regionale 29 marzo 2006	<ol style="list-style-type: none"> 1) Migliorare le capacità locali di utilizzo dei dati per la gestione, la programmazione e la valutazione delle attività 2) Attivazione di un osservatorio regionale sugli infortuni 3) Predisposizione del Piano operativo di sorveglianza e prevenzione degli infortuni in edilizia 4) Piano di informazione ed assistenza alle imprese
Basilicata	Delibera Giunta Regionale n.2755 del 30.12.2005	<ol style="list-style-type: none"> 1) Consolidamento dei sistemi di sorveglianza del fenomeno attraverso l'integrazione dei dati di pronto soccorso con quelli rivenienti da SDO, archivi di mortalità e flussi INAIL 2) Sviluppo dell'analisi epidemiologica di settore 3) Costruzione di una cultura della sicurezza nei luoghi di lavoro(formazione dei datori di lavoro-lavoratori) 4) Sviluppo delle attività degli Organi Territoriali di Vigilanza
Campania	Delibera Giunta Regionale n. 1147 del 7/9/2005	<ol style="list-style-type: none"> 1) Potenziare / completare il sistema informativo volto a migliorare le conoscenze già in possesso delle AA.SS.LL. relative alla distribuzione di infortuni e patologie professionali al fine di garantire lo scambio reciproco fra centro e territorio 2) Ridurre il numero degli infortuni mortali e il numero degli infortuni gravi che determinano lesioni permanenti mediante: attività di vigilanza e ispezione programmata, attivazione di sportelli informativi sulla corretta applicazione delle norme dedicate al comparto dell'edilizia.
Liguria	Delibera Giunta Regionale n. 58 del 3 febbraio 2006	<ol style="list-style-type: none"> 1) attivare un gruppo di lavoro regionale sugli infortuni finalizzato all'analisi e controllo dell'andamento del fenomeno, delle dinamiche e degli effetti degli eventi infortunistici 2) migliorare le capacità locali di utilizzo ed integrazione dei dati disponibili per la gestione, la programmazione e la valutazione delle attività; 3) proseguire l'attività del gruppo di lavoro regionale su "infortuni gravi e mortali" finalizzato all'identificazione delle dinamiche infortunistiche più frequenti e prevenibili 4) realizzare le attività previste nel protocollo d'Intesa INAIL /Regione che vede il coinvolgimento di più Assessorati sia per l'integrazione di diverse banche dati sia per la realizzazione di attività formative 5) Prosecuzione degli interventi di controllo e di vigilanza già attivati dalle ASL 6) Azioni di prevenzione specifiche nel comparto dell'edilizia 7) collaborazione con altri servizi ASL per contrastare abitudini, quali l'uso di sostanze alcoliche, che possono rappresentare un rischio aggiuntivo per specifiche attività lavorative, quali quelle individuate nel decreto in corso di recepimento attuativo dell'art. 15 della L. n. 125/2001; 8) collegamento con le iniziative volte a contenere il fenomeno degli incidenti stradali che rappresentano una quota significativa degli infortuni sul lavoro. 9) aggiornamento degli operatori dei Dipartimenti di Prevenzione (Decreto R.L. n. 3036 del 21/12/2005): Sono previste iniziative sia a livello di ASL sia a livello regionale a supporto del miglioramento del sistema informativo, degli interventi di vigilanza e controllo, sulle nuove normative, queste ultime si riferiscono prevalentemente a problemi di salute più che di sicurezza (vedi ad es. rumore e vibrazioni), che costituiscono una parte rilevante dell'attività dei servizi ASL. 10) formazione ed informazione verso altri soggetti (in particolare RLS) sia con iniziative organizzate in proprio sia come collaborazione a interventi organizzati da altre agenzie formative
Lombardia	Delibera Giunta Regionale n. 1534 del 22 dicembre 2005	<ol style="list-style-type: none"> 1) miglioramento del sistema dedicato, che utilizza le fonti informative correnti (dati INAIL dei report nazionale e regionale annuale), in particolare un sistema di sorveglianza sviluppato sulla base dei progetti "Nuovi flussi Informativi" e "Analisi delle casue delgi infortuni mortali e gravi" 2) estensione territoriale del sistema di sorveglianza epidemiologica dei tumori professionale e registrazione delle neoplasie naso-sinusal; 3) attivazione del registro del lavoratori ex esposti all'aminato; 4) portare a regime il Registro campionario degli infortuni in agricoltura
Marche	Delibera Giunta Regionale n. 77 del 30 gennaio 2006	<ol style="list-style-type: none"> 1) sorveglianza e prevenzione degli infortuni nei luoghi di lavoro, predisposizione di un piano operativo regionale sicurezza in edilizia 2) piano di informazione ed assistenza alle piccole e medie imprese 3) azioni specifiche per il supporto ai rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza

(16) Piano Nazionale della Prevenzione 2005-2007, ref. Intesa Stato-Regioni 23 marzo 2005.

(17) I riferimenti ai documenti e normative relativi alle applicazioni regionali sono stati tratti dal sito internet del Centro Nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie (<http://www.ministerosalute.it/ccm/ccmDettaglio.jsp?id=137&men=vuoto&lingua=italiano>).

Ambito: Infortuni sul lavoro		
Regione	Documenti normativi di riferimento	Azioni/Obiettivi
Molise	Delibera di Giunta Regionale n. 57 del 23/1/2006	<ol style="list-style-type: none"> 1) Individuazione e costituzione di un "organismo regionale permanente" specificamente dedicato al settore delle Costruzioni ed attivazione di forme di coordinamento permanenti tra Sistema Sanitario Regionale(SSR) e Direzione Provinciale del Lavoro(DPL) 2) Formazione specifica degli operatori (Comparto costruzioni). 3) Informazione e formazione dei soggetti esterni quali Datori di Lavoro,R.S.P.P.,R.L.S.,Coordinatori per la sicurezza sia in fase di progettazione che di esecuzione dei lavori, lavoratori e preposti,specialmente la figura del "capo cantiere". 4) Vigilanza pianificata nei cantieri.
Piemonte	Delibera di Giunta Regionale n. 39-415 del 4 luglio 2005,	<ol style="list-style-type: none"> 1) Migliorare le capacità locali di utilizzo ed integrazione dei dati disponibili in Regione Piemonte per la gestione, la programmazione e la valutazione delle attività. 2) Attivare un osservatorio sugli infortuni mortali e gravi finalizzato all'identificazione delle dinamiche infortunistiche. 3) Avvio di iniziative di valutazione sul campo degli interventi di prevenzione condotti in comparti prioritari per rischio infortunistico.(Settore costruzioni)
Sardegna	Delibera di Giunta Regionale del 30 dicembre 2005	<ol style="list-style-type: none"> 1) Sorveglianza degli infortuni (costruzione, nell'ambito del sistema informativo regionale, di un collegamento in rete, esteso a tutti i soggetti istituzionali e sociali investiti ex lege di un ruolo in materia di Prevenzione e Sicurezza del Lavoro, tale da consentire un rapido accesso, aggiornamento e verifica della situazione infortunistica nel territorio di competenza di ogni ASL;). 2) Piani specifici per le piccole imprese, le microimprese, l'artigianato e le categorie deboli (attuazione dei necessari interventi di prevenzione: promozione e vigilanza della aderenza della cantieristica edile alla normativa antinfortunistica; censimento, e controllo delle condizioni di salubrità degli ambienti di lavoro in relazione alla persistenza ed al grado di conservazione delle strutture contenenti amianto; indagine sulla situazione concernente la sorveglianza sanitaria e la sicurezza del lavoro nel comparto agricoltura regionale).
Toscana	Delibera di Giunta Regionale n. 70 del 6 febbraio 2006	<ol style="list-style-type: none"> 1) Interventi per piani mirati e/o progetti con lo scopo di qualificare e rendere più incisivi gli interventi di prevenzione degli infortuni e delle malattie professionali nonché per ottimizzare le risorse. (Prevenzione e Tutela dei Lavoratori in Selvicoltura, Prevenzione e Tutela della salute dei lavoratori nel comparto florovivaistico, Prevenzione e tutela della salute dei lavoratori in Agricoltura, Corso di Formazione per datori di lavoro di Aziende Agricole e Forestali che svolgono direttamente il ruolo di RSPP, Sicurezza cantieri edili Azioni di qualificazione del lavoro dei migranti, Sicurezza sul lavoro nell'attività estrattiva, Rischi psicosociali nei luoghi di lavoro Prevenzione delle patologie a carico del sistema mano braccio, Studio di metodologie innovative per la valutazione dell'esposizione dei lavoratori ad agenti biologici chimici derivanti da attività produttive correlate allo smaltimento dei rifiuti,Tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori diversamente abili) 2) Progetto per l'assistenza alle amministrazioni pubbliche per l'applicazione delle linee guida per la redazione dei piani di sicurezza e coordinamento e la stima dei costi relativi. 3) Valorizzazione della prevenzione nei luoghi di lavoro nella microimpresa dell'artigianato e del modo cooperativo 4) Costruzione della rete regionale degli RLS e di un sistema informativo dedicator 5) Individuazione di criteri di coordinamento tra imprese nei contratti di appalto e requisiti minimi di sicurezza per imprese che lavorano in outsourcing 6) Finanziamento e potenziamento della vigilanza nei cantieri della TAV 7) Studio di fattibilità per la realizzazione di un Polo di riferimento e coordinamento per la ricerca e la sperimentazione di modelli integrali di vigilanza 8) Piano Mirato realizzazione sistema integrato profili di rischio comparto grandi opere
Umbria	Delibera di Giunta Regionale n. 534 del 30 marzo 2006	<ol style="list-style-type: none"> 1) Costruire l'osservatorio regionale integrato sul fenomeno infortunistico in Umbria attraverso l'utilizzo della banca dati dei nuovi Flussi Informativi individuata come strumento del Comitato di Coordinamento per la sicurezza e la salute nei luoghi di lavoro. 2) Progettare e attivare linee di azione preventive in comparti prioritari per rischio infortunistico sulla base dell'analisi del contesto epidemiologico.
Valle d'Aosta	Delibera di Giunta Regionale n. 4653 del 30/12/2005	<ol style="list-style-type: none"> 1) Promuovere all'interno dell'ambiente di lavoro la sensibilità sulla percezione e valutazione dei rischi anche in relazione allo sviluppo tecnologico e organizzativo delle aziende, al fine della prevenzione degli infortuni sul lavoro; 2) Favorire l'inserimento lavorativo dei soggetti deboli (giovani alle prime esperienze lavorative, disabili, lavoratori extracomunitari, ecc.) promuovendo percorsi formativi mirati al conseguimento di comportamenti lavorativi corretti finalizzati alla tutela della propria ed altrui salute; 3) orientare l'organizzazione del lavoro nelle aziende produttive del territorio regionale, soprattutto quelle medio piccole, a favore del miglioramento della sicurezza e della prevenzione degli infortuni e delle malattie professionali. 4) sviluppare azioni sperimentali volte al miglioramento della tutela e della promozione della salute negli ambienti confinati, in particolare quello relativo agli ambienti di lavoro in cui è previsto l'utilizzo di agenti chimici, con particolare riferimento alle industrie insalubri. 5) costruire le mappe di rischio regionali per comparto e per gravità, con un progetto che, prendendo a riferimento l'attuale sistema informativo, costituito dalle banche dati derivanti dal protocollo d'intesa INAIL-ISPEL-Regioni e dalle banche dati del Servizio

Ambito: Incidenti domestici		
Regione	Documenti normativi di riferimento	Azioni/Obiettivi
Abruzzo	Delibera Giunta Regionale n.683 del 18.7.2005 Delibera Giunta Regionale 29 marzo 2006	<ol style="list-style-type: none"> 1) Individuazione dei criteri per la realizzazione di un piano regionale di sorveglianza 2) Creazione di un modello applicativo del Software EpiInfo dedicato alla elaborazione dei dati epidemiologici mediante la realizzazione di mappe di rischio. 3) Istituzione a livello regionale di un Tavolo di lavoro permanente per la Sicurezza Domestica. 4) Realizzazione di un sito internet regionale per la prevenzione degli incidenti domestici con una banca dati con le migliori evidenze nel campo della sicurezza domestica, report semestrali e annuali, monitoraggio dei fattori di rischio, iniziative di prevenzione in atto.
Basilicata	Delibera Giunta Regionale n.2755 del 30.12.2005	<ol style="list-style-type: none"> 1) Consolidamento dei sistemi di sorveglianza del fenomeno attraverso l'integrazione dei dati di PS con quelli derivanti da SDO, archivi di mortalità e flussi INAIL 2) Sviluppo dell'analisi epidemiologica di settore 3) Campagne di sensibilizzazione
Calabria	Deliberazione giunta regionale n. 6274 del 22.3.2006	<ol style="list-style-type: none"> 1) Incentivare le misure di sicurezza domestica strutturale, impiantistica e di attrezzature; 2) Predisporre programmi intersettoriali volti a favorire l'adattamento degli spazi domestici alle condizioni di disabilità e di ridotta funzionalità dei soggetti a rischio; 3) Sviluppare campagne d'informazione e di sensibilizzazione nei confronti dei rischi presenti negli spazi domestici, rivolte particolarmente alle categorie a rischio; 4) Costruire un sistema di sorveglianza epidemiologica del fenomeno infortunistico e individuare criteri di misura e di registrazione degli infortuni domestici.
Campania	Delibera Giunta Regionale n. 1147 del 7/9/2005	<ol style="list-style-type: none"> 1) Istituzione di un Sistema Informativo presso le strutture di Pronto Soccorso delle Aziende Ospedaliere della Regione Campania. 2) Istituzione presso l'O.E.R. il coordinamento della banca-dati delle prestazioni di P.S. che consenta di descrivere, in modo omogeneo a livello regionale, tali attività, in particolare per quelle relative agli incidenti domestici, anche al fine di programmare gli interventi di prevenzione. 3) Integrazione delle informazioni derivanti dalle prestazioni di P.S. con quelle di pertinenza di altri sistemi informativi correnti (SDO, registri di mortalità). 4) Attuazione di indagini ad hoc affidate ai Servizi di Epidemiologia e Prevenzione 5) Formazione ed educazione permanente per tutto il personale coinvolto nella rilevazione e nella gestione del Sistema Informativo sulle prestazioni del Pronto Soccorso 6) Realizzazione di opportune ed efficaci campagne educative e promozionali con strategie di comunicazione diversificate in rapporto alle fasce di utenza specifiche.
Emilia Romagna	Delibera Giunta Regionale delibera 27 marzo 2006	<ol style="list-style-type: none"> 1) Predisporre uno "strumento operativo" capace di raccogliere e ordinare tutti i dati relativi alle condizioni di salute delle persone coinvolte in incidenti domestici sul territorio della Regione e di studiarne l'applicabilità su tutto il territorio regionale 2) Ampliare il sistema di rilevazione SINIACA nella Regione con la costituzione di un secondo punto di rilevazione 3) Riduzione del rischio di caduta dell'anziano fragile al domicilio - Intervento di promozione dell'attività fisica nella popolazione anziana, basato sulla mobilitazione e ginnastica dedicata 4) Rilevazione degli aspetti strutturali/impianti- - stici delle abitazioni, attraverso l'effettuazione di visite domiciliari, associate a interventi informativi/educativi e fornitura di dispositivi a basso costo. 5) Realizzazione di interventi informativo/educativi strutturati per bambini 0-4 anni (con coinvolgimento dei genitori e delle istituzioni scolastiche) e anziani 6) Formazione degli operatori sanitari e sociosanitari mirata all'acquisizione di competenze di base per la realizzazione e per la valutazione di interventi di rilevazione della sicurezza dell'ambiente domestico e degli aspetti sociali- assistenziali
Friuli Venezia Giulia	Delibera Giunta Regionale n. 2862 del 27 marzo 2006	<ol style="list-style-type: none"> 1) Programmi di prevenzione. (prevenzione dei rischi dell'anziano istituzionalizzato, mediante interventi formativi; indirizzati al personale di assistenza; miglioramento delle condizioni di sicurezza degli edifici, impianti e attrezzature nelle case di riposo pubbliche e private; - progetto "casa sicura": produzione di materiale informativo (disponibile anche su cd e sito internet Agenzia regionale della sanità) contenente indicazioni e consigli per rendere più sicura la propria abitazione; - iniziative di informazione rivolte alla popolazione generale sulla prevenzione degli incidenti domestici, anche in collaborazione con amministrazioni comunali. - Progetto telesoccorso, telecontrollo e teleassistenza rivolta a circa 6.000 soggetti, soprattutto anziani, nell'ambito del quale si è sviluppato uno specifico intervento di prevenzione delle cadute in ambito domestico, in collaborazione con i distretti e i servizi ADI) 2) Predisposizione di un sistema di sorveglianza sugli infortuni domestici, basato sulle informazioni sanitarie correnti di Pronto soccorso, Ricovero ospedaliero e Mortalità, integrate in un sistema di data warehouse 3) Indagine campionaria per lo studio delle modalità di accadimento degli infortuni e dei fattori di rischio associati, con particolare riferimento alle fasce di popolazione anziana e ai bambini, da sviluppare nell'ambito del progetto PASSI 4) Indagine campionaria per la valutazione delle condizioni di rischio presenti nelle abitazioni dei lavoratori immigrati in Italia da meno di un anno, al fine di individuare situazioni determinate dalla particolare precarietà di questa fascia debole di persone 5) Indagine campionaria per la conoscenza delle caratteristiche del lavoro domestico e dei rischi connessi 6) Attivazione di un sistema di sorveglianza degli eventi di violenza domestica

Ambito: Incidenti domestici		
Regione	Documenti normativi di riferimento	Azioni/Obiettivi
Liguria	Delibera Giunta Regionale n. 58 del 3 febbraio 2006	<ol style="list-style-type: none"> 1) Creazione di un sistema dedicato agli infortuni domestici e monitoraggio del fenomeno attraverso i servizi di PS e DEA della Regione 2) Attivazione della fase sperimentale nel corso del 2005 e consolidamento nel corso del 2006- 2007 dell'utilizzo del protocollo di sorveglianza SINIACA presso il DEA dell'Ente Ospedaliero "Ospedale Galliera" di Genova al fine di monitorare il fenomeno relativo ad una realtà tipica cittadina 3) Estensione nel corso del 2006-2007 dell'utilizzo del protocollo di sorveglianza SINIACA presso il DEA dell'Istituto Giannina Gaslini per monitorare la realtà pediatrica. 4) Estensione del sistema di sorveglianza nel 2007 anche ad altri PS/DEA regionali, in particolare per monitorare le diverse realtà liguri (ponente e levante ligure). 5) Integrazione delle informazioni che pervengono dai DEA/PS con altri sistemi informativi: - schede di Dimissione Ospedaliera SDO; - registro di mortalità regionale; - registrazioni di mortalità a livello di singole ASL
Lombardia	Delibera Giunta Regionale n. 1534 del 22 dicembre 2005	<ol style="list-style-type: none"> 1) Ottimizzazione del sistema di sorveglianza 2) Formazione degli operatori sanitari e socio-sanitari 3) Attivazione interventi di indormazione e di educazione alla salute, sperimentazione di un approccio multifunzionale (attivazione di interventi di informazione e di educazione alla salute, modulati su diversi target di popolazione: bambini 0-3 anni, bambini 4-10 anni, anziani di età superiore ai 65 anni.
Marche	Delibera Giunta Regionale n. 77 del 30 gennaio 2006	<ol style="list-style-type: none"> 1) incentivare le misure di sicurezza domestica strutturale, impiantistiche di attrezzature 2) costruire un sistema di sorveglianza epidemiologica regionale del fenomeno infortunistico 3) realizzazione di interventi basati sulla promozione dell'attività fisica fra gli anziani, soprattutto interventi di mobilitazione e di ginnastica dedicata 4) rilevazione con visite domiciliari delle caratteristiche strutturali e impiantistiche delle abitazioni, in associazione a campagne informative e fornitura di dispositivi a basso costo (per esempio spie anti-incendio, strisce antiscivolo) 5) realizzazione di interventi educativi rivolti a bambini di 0-4 anni, coinvolgendo anche i genitori e la scuola, e gli anziani, specialmente quelli che vivono soli 6) formazione degli operatori sanitari e sociali, per fornire competenze di base per la realizzazione e la valutazione di interventi di rilevazione della sicurezza dell'ambiente domestico e degli aspetti socio-assistenziali.
Molise	Delibera di Giunta Regionale n. 57 del 23/1/2006	<ol style="list-style-type: none"> 1) Creazione sistema di sorveglianza 2) realizzazione di interventi basati sulla promozione dell'attività fisica nella popolazione anziana, con particolare riferimento a interventi di mobilitazione e di ginnastica dedicata 3) rilevazione degli aspetti strutturali/impiantistici delle abitazioni, attraverso visite domiciliari, soprattutto verso anziani che vivono soli, con fornitura di materiale informativo sui dispositivi di sicurezza domestica a basso costo; 4) realizzazione di interventi informativo-educativi strutturati per bambini 0-4 anni (con coinvolgimento dei genitori e delle istituzioni scolastiche) e anziani (prioritari quelli che vivono da soli); 5) formazione degli operatori sanitari e socio-sanitari (operatori dei dipartimenti di prevenzione e dei distretti sanitari, MMG, PLS) mirata all'acquisizione di competenze di base per la realizzazione e per la valutazione di interventi di rilevazione della sicurezza dell'ambiente domestico e degli aspetti socio-assistenziali
Piemonte	Delibera di Giunta Regionale n. 39-415 del 4 luglio 2005,	<ol style="list-style-type: none"> 1) Costruire ed implementare un sistema di sorveglianza dell'impatto sulla salute degli incidenti domestici. 2) Promuovere ed attuare interventi di promozione di sicurezza domestica e di prevenzione basati su prove di efficacia e utilizzando le occasioni opportune. Progettazione ed attuazione di corsi di formazione per gli operatori che prestano assistenza al domicilio delle persone anziane o portatrici di handicap (ADI, ADEST, Volontariato Sociale).b) Progettazione ed attuazione di corsi di formazione per la creazione di "formatori".c) Definizione di una scheda di rilevazione delle condizioni di sicurezza della casa.d) Individuazione e sperimentazione in alcune realtà regionali della scheda. e) Validazione ed eventuale utilizzo della scheda a livello regionale.f) Definizione di piani di intervento di prevenzione delle recidive attraverso interventi multicomponente (di controllo sull'uso di farmaci psico-attivi, promozione attività fisica, verifica condizioni di sicurezza dell'abitazione).g) Definizione di una check-list per la rilevazione di dati ambientali ed impiantistici nell'ambito delle visite ispettive effettuate a seguito di "esposti igienico-sanitari" o nell'ambito dei sopralluoghi per il rilascio dell'abitabilità da parte dei Servizi del Dipartimento di Prevenzione.h) Individuazione e sperimentazione in alcune realtà regionali della check-list. i) Validazione ed eventuale utilizzo della check-list a livello regionale. j) Attuazione di corsi di formazione da parte dagli stessi operatori socio-sanitari formati in precedenza. k) Attuazione di corsi di sensibilizzazione/formazione nelle scuole elementari e medie.)

Ambito: Incidenti domestici		
Regione	Documenti normativi di riferimento	Azioni/Obiettivi
Puglia	Delibera di Giunta Regionale 31 gennaio 2006	<ol style="list-style-type: none"> 1) realizzazione di un sistema informativo in grado di registrare tutti gli accessi ai Servizi di Pronto Soccorso della Regione, attraverso il collegamento di tutti i Presidi ad un Server Centrale deputato alla raccolta dei dati in un database, successivamente interrogabile a distanza. 2) realizzazione di interventi informativi/educativi mirati in particolare alla sensibilizzazione di specifici gruppi di popolazione a più alto rischio, individuati sia sulla base di dati di letteratura, sia sulla base delle precedenti esperienze considerate in premessa e, quando sarà a regime, sulla base del flusso di dati derivante dallo stesso sistema informativo regionale. 3) realizzazione di un piano di comunicazione, anche attraverso l'utilizzo dei mass media (Reti televisive, Radio, Carta Stampata, Cinema, Spettacoli pubblici ecc.), che vedrà la realizzazione di messaggi costruiti in relazione alla specificità del target destinatario (in particolare bambini, anziani, casalinghe). 4) sensibilizzazione dei ragazzi in età scolare sui pericoli esistenti nell'ambiente domestico e sui rischi che possono celarsi anche durante lo svolgimento di attività ludiche o sportive. 5) nell'ambito dell'assistenza agli anziani, saranno fornite informazioni ai badanti, finalizzate ad elevare il livello di attenzione durante le attività, sia di semplice stazionamento che di movimentazione dell'anziano allettato, in particolare svolte in camera da letto.
Sardegna	Delibera di Giunta Regionale del 30 dicembre 2005	<ol style="list-style-type: none"> 1) raccolta e l'analisi dei dati epidemiologici relativi alla tipologia dell'infortunio domestico, suddiviso per sesso e fasce di età. 2) favorire la sensibilizzazione e la partecipazione del target alle problematiche relative alla prevenzione degli infortuni domestici. (Tale fase prevede l'articolazione secondo tre linee d'azione: 1) educazione e informazione dei soggetti a rischio; 2) consulenza dei nuclei familiari e dei loro collaboratori domestici (giornata della sicurezza domestica); 3) formazione degli operatori socio-sanitari, degli insegnanti, degli operatori geriatrici, dei volontari.)
Sicilia	Delibera di Giunta Regionale n. 7514 del 9 marzo 2006	<ol style="list-style-type: none"> 1) Sorveglianza standard attraverso la valorizzazione dei flussi correnti e l'utilizzo di flussi mirati entro programmi multicentrici e/o regionali di sorveglianza 2) Analisi epidemiologica e/o utilizzo flussi informativi ad hoc per valutare la prevalenza di opinioni/comportamenti a rischio non già rilevabili attraverso i flussi informativi correnti routinari 3) Interventi di prevenzione (Formazione degli operatori sanitari e socio-sanitari (ad esempio, operatori dei Dipartimenti di prevenzione e dei Distretti sanitari, MMC, PLS), mirata all'acquisizione di competenze di base per la realizzazione e per la valutazione di interventi di rilevazione della sicurezza dell'ambiente domestico e degli aspetti socio-assistenziali; 2. Realizzazione di interventi di rilevazione degli aspetti strutturali/impianistici delle abitazioni, attraverso l'effettuazione di visite domiciliari, associati a quelli informativo/educativi; 3. Realizzazione di interventi informativo/educativi strutturati per i gruppi a rischio, ad esempio bambini 0-4 anni (con coinvolgimento dei genitori e delle istituzioni scolastiche); anziani (quelli che vivono da soli dovrebbero essere considerati come soggetti prioritari), casalinghe; Realizzazione di interventi basati sulla promozione dell'attività fisica nella popolazione anziana.)
Toscana	Delibera di Giunta Regionale n. 70 del 6 febbraio 2006	<ol style="list-style-type: none"> 1) Analisi degli infortuni domestici nella popolazione dal punto di vista dell'ingegneria dei fattori umani, attraverso. 2) Studio sperimentale, attraverso simulazioni da realizzarsi presso il Laboratorio-Casa domotica di Peccioli, delle situazioni che ricorrono con maggiore frequenza nell'epidemiologia degli infortuni domestici. 3) Valutazione sperimentale dell'efficacia di sistemi e dispositivi ad alto contenuto tecnologico nella prevenzione degli infortuni, e per l'intervento precoce di soccorso in caso di incidente. 4) Definizione di linee guida per la sicurezza del "sistema casa" e per la progettazione di ambienti domestici correlate con il Progetto regionale "Casa sicura". 5) Definizione, secondo l'approccio dell'Ingegneria dei Fattori Umani, di una nuova scala per la valutazione della Qualità di Vita dei cittadini relativamente alla propria vita in ambiente domestico. 6) Definizione di una metodologia per la valutazione del costo sociale associato al fenomeno degli infortuni domestici e studio dei possibili interventi in campo assicurativo. 7) Definizione di una metodologia per la analisi e la valutazione del rischio domestico in campo assicurativo.
Umbria	Delibera di Giunta Regionale n. 534 del 30 marzo 2006	<ol style="list-style-type: none"> 1) Attivare un sistema di sorveglianza fondato: sull'utilizzazione i un sistema omogeneo di raccolta dati da parte dei PS; archivio INAIL degli infortuni in ambiente domestico al fine di consentire una idonea analisi dei dati.
Valle d'Aosta	Delibera di Giunta Regionale n. 4653 del 30/12/2005	<ol style="list-style-type: none"> 1) Implementazione dell'analisi epidemiologica del fenomeno con eventuale costruzione di sistemi di rilevazione speciale (ad es. collegati con i sistemi informativi di Pronto Soccorso). 2) Formazione specifica degli operatori del Dipartimento di Prevenzione, di altre strutture dell'Azienda U.S.L. (Consultori, Servizi di Assistenza Domiciliare) e di Enti Locali (es. operatori sociali dei Comuni). 3) Definizione ed implementazione di specifica campagna di marketing sociale. 4) Attivazione di percorsi formativi e stesura di protocolli collaborativi con i Pediatri di libera scelta e i Medici di Medicina Generale.

Ambito: Incidenti domestici		
Regione	Documenti normativi di riferimento	Azioni/Obiettivi
Veneto	Delibera di Giunta Regionale n. 188 del 31 gennaio 2006	<ol style="list-style-type: none"> 1) informare e sensibilizzare le casalinghe sugli incidenti domestici a partire dai più comuni e meno gravi (ferite da coltello) fino ai meno frequenti ma più gravi (ustioni e cadute, queste ultime particolarmente importanti nell'età senile); 2) favorire quei comportamenti di sicurezza in casa considerati prioritari; 3) promuovere fra le casalinghe: a) conoscenze; b) attitudini quali la valorizzazione della sicurezza in casa e la intensificazione della vigilanza; c) capacità pratiche, come il saper valutare cosa deve essere messo in sicurezza ed identificare le situazioni di pericolo

Ambito: Incidenti stradali		
Regione	Documenti normativi di riferimento	Azioni/Obiettivi
Abruzzo	Delibera Giunta Regionale n.683 del 18.7.2005	<ol style="list-style-type: none"> 1) Sviluppo di un sistema informativo locale 2) Rafforzamento delle attività di educazione/informazione 3) Gestione del territorio e delle infrastrutture 4) Attività di ricerca e di monitoraggio
Calabria	Delibera Giunta Regionale n. 6274 del 22.3.2006	<ol style="list-style-type: none"> 1) attivare l'analisi epidemiologica degli incidenti stradali, con riferimento alle analisi "classiche" degli outcome sanitari (accessi ospedalieri, ricoveri, mortalità), ad integrazione delle informazioni disponibili dalla fonte ACI/ISTAT, con la creazione di sistemi di sorveglianza basati sui Servizi di Pronto Soccorso; 2) rinforzare l'analisi epidemiologica sui fattori di rischio inerenti la traumatologia stradale, con particolare riferimento al non uso dei dispositivi di protezione individuale 3) valutare conoscenze e opinioni sui comportamenti alla guida e sui fattori associati all'incidentalità stradale in strati di popolazione target 4) Prevenzione: Sviluppo di alleanze con le forze dell'ordine per intensificare i controlli su strada, con particolare riferimento all'utilizzo dei dispositivi di protezione individuale (casco, cintura di sicurezza, seggiolino per bambini) • Informazione/educazione sull'uso dei dispositivi di sicurezza, in associazione e sinergia con le forze dell'ordine • Sviluppo di alleanze con le forze dell'ordine per la verifica delle guida in stato di ebbrezza • Campagne informative con il coinvolgimento dei mass-media per ridurre la guida in stato di ebbrezza • Miglioramento della qualità delle certificazioni di idoneità alla guida attraverso: 1. formazione dei medici addetti al rilascio dei certificati di idoneità alla guida 2. adozione di questionari standardizzati per l'individuazione dell'uso/abuso di sostanze alcoliche 3. screening della capacità visiva degli anziani. • Sviluppo di alleanze con la MCTC per la formazione per insegnanti e istruttori di scuole guida • Sviluppo di "percorsi di riabilitazione alla guida" dei soggetti coinvolti in gravi infrazioni del codice della strada (guida in stato di ebbrezza, guida sotto l'effetto di sostanze psicotrope, ecc.); • Miglioramento della capacità di guida sicura da parte dei lavoratori che usano la strada, con particolare riferimento agli autotrasportatori, lavoratori delle società autostradali, autisti di ambulanze, ecc.; • Miglioramento delle competenze tecnico-scientifiche per l'analisi degli strumenti urbanistici (ad esempio, piani regolari generali, piani particolareggiati, ecc.), con specifico riferimento alla promozione della viabilità sicura;
Campania	Delibera Giunta Regionale n. 1147 del 7/9/2005	<ol style="list-style-type: none"> 1) attivare l'analisi epidemiologica degli incidenti stradali, con riferimento alle analisi "classiche" degli outcome sanitari (accessi ospedalieri, ricoveri, mortalità), ad integrazione delle informazioni disponibili dalla fonte ACI/ISTAT, con la creazione di sistemi di sorveglianza basati sui Servizi di Pronto Soccorso; 2) rinforzare l'analisi epidemiologica sui fattori di rischio inerenti la traumatologia stradale, con particolare riferimento al non uso dei dispositivi di protezione individuale, mediante, ad esempio: - rilevazione dell'uso del casco - rilevazione delle cinture di sicurezza - rilevazione dell'uso del seggiolino nel trasporto dei bambini; 3) valutare conoscenze e opinioni sui comportamenti alla guida e sui fattori associati all'incidentalità stradale in strati di popolazione target, quali ad esempio: studenti; patentandi (presso le scuole guida); - patentati (ad esempio, utenti delle Aziende Sanitarie Locali in occasione del rinnovo della patente di guida). 4) Prevenzione: -Sviluppo di alleanze con le forze dell'ordine per intensificare i controlli su strada, con particolare riferimento all'utilizzo dei dispositivi di protezione individuale (casco, cintura di sicurezza, seggiolino per bambini) e per la verifica delle guida in stato di ebbrezza - Informazione/educazione sull'uso dei dispositivi di sicurezza - Campagne informative, in collaborazione con i mass-media, per ridurre la guida in stato di ebbrezza - Miglioramento della qualità delle certificazioni di idoneità alla guida attraverso: - formazione dei medici addetti al rilascio dei certificati di idoneità alla guida - adozione di questionari standardizzati per l'individuazione dell'uso/abuso di sostanze alcoliche - screening della capacità visiva degli anziani - Sviluppo di alleanze con la MCTC per la formazione di insegnanti e istruttori di scuole guida - Sviluppo di "percorsi di riabilitazione alla guida" dei soggetti coinvolti in gravi infrazioni del codice della strada (guida in stato di ebbrezza, guida sotto l'effetto di sostanze psicotrope, ecc.); - Miglioramento della capacità di guida sicura da parte dei lavoratori che usano la strada, con particolare riferimento agli autotrasportatori, lavoratori delle società autostradali, autisti di ambulanze, ecc.; <p>Miglioramento delle competenze tecnico-scientifiche per l'analisi degli strumenti urbanistici (ad esempio, piani regolatori generali, piani particolareggiati, ecc.), con specifico riferimento alla promozione della viabilità sicura;</p>

Ambito: Incidenti stradali		
Regione	Documenti normativi di riferimento	Azioni/Obiettivi
Friuli Venezia Giulia	Delibera Giunta Regionale n. 2862 del 27 marzo 2006	<ol style="list-style-type: none"> sviluppo e consolidamento di sistemi di sorveglianza degli esiti sanitari degli incidenti stradali basati sui dati forniti dal Pronto Soccorso ospedaliero, integrando tali informazioni con i dati desumibili dalle SDO e dalle schede di morte sviluppo e consolidamento di sistemi di sorveglianza degli esiti sanitari degli incidenti stradali basati sui dati forniti dal Pronto Soccorso ospedaliero, integrando tali informazioni con i dati desumibili dalle SDO e dalle schede di morte analisi epidemiologica su fattori di rischio ambientale valutazione delle conoscenze e delle opinioni sui comportamenti alla guida e in sottopopolazioni specifiche. sviluppo di un sistema integrato di monitoraggio per il controllo del rischio da incidente stradale, in grado di segnalare i punti critici presenti nella rete viaria (punti neri) e gli altri fattori comportamentali ambientali e locali e di valutare gli esiti e i costi sanitari associati agli incidenti (in coerenza con le fasi di attivazione e sviluppo del Centro di monitoraggio) sorveglianza degli infortuni stradali in occasione di lavoro e in itinere, anche mediante l'attivazione di un protocollo con INAIL e il diretto coinvolgimento delle Unità operative per la prevenzione e sicurezza nei luoghi di lavoro dei Dipartimenti di prevenzione (vedi Piano della sicurezza stradale, Direzione centrale della pianificazione territoriale, mobilità e infrastrutture di trasporto) Prevenzione: Sviluppo di alleanze con le forze dell'ordine per intensificare i controlli su strada, con particolare riferimento all'utilizzo dei dispositivi di protezione individuale (casco, cintura di sicurezza, seggiolino per bambini) • Informazione/educazione sull'uso dei dispositivi di sicurezza, in associazione e sinergia con le forze dell'ordine • Sviluppo di alleanze con le forze dell'ordine per la verifica delle guida in stato di ebbrezza • Campagne informative con il coinvolgimento dei mass-media per ridurre la guida in stato di ebbrezza • Miglioramento della qualità delle certificazioni di idoneità alla guida attraverso: 1. formazione dei medici addetti al rilascio dei certificati di idoneità alla guida 2. adozione di questionari standardizzati per l'individuazione dell'uso/abuso di sostanze alcoliche 3. screening della capacità visiva degli anziani. • Sviluppo di alleanze con la MCTC per la formazione per insegnanti e istruttori di scuole guida • Sviluppo di "percorsi di riabilitazione alla guida" dei soggetti coinvolti in gravi infrazioni del codice della strada (guida in stato di ebbrezza, guida sotto l'effetto di sostanze psicotrope, ecc.); • Miglioramento della capacità di guida sicura da parte dei lavoratori che usano la strada, con particolare riferimento agli autotrasportatori, lavoratori delle società autostradali, autisti di ambulanze, ecc.; • Miglioramento delle competenze tecnico-scientifiche per l'analisi degli strumenti urbanistici (ad esempio, piani regolari generali, piani particolareggiati, ecc.), con specifico riferimento alla promozione della viabilità sicura;
Lazio	Delibera Giunta Regionale n. 729 del 4 agosto 2005	<ol style="list-style-type: none"> Attraverso la creazione di tavoli di collaborazione tra i diversi enti, avviare strategie di contrasto dei principali fattori di rischio legati al comportamento. Tali collaborazioni definiranno progetti e attività multisettoriali. Costruire e promuovere la cultura della sicurezza stradale attraverso la diffusione di materiali, la realizzazione di momenti formativi e di campagne informative, realizzare interventi di educazione e prevenzione e controllo coordinati, utilizzando metodiche di provata efficacia sulla popolazione o in particolari categorie considerate a rischio. Ridurre la pericolosità attraverso interventi infrastrutturali nei sistemi ad elevato rischio, individuati attraverso l'uso delle mappe. Verranno pianificati interventi che favoriscano la moderazione della velocità (separazione delle correnti di traffico, alla riorganizzazione dei nodi, alla riorganizzazione della circolazione per l'attraversamento dei centri urbani, all'utilizzo di tipologie di materiali e di segnaletica), eliminazione delle intersezioni a raso, ed altri interventi di comprovata efficacia. integrazione delle basi dati sanitarie, cioè sistema informativo dell'emergenza sanitaria, dei ricoveri e di mortalità, gestite dall'ASP, con la base dati dei rapporti di polizia gestita e raccolta dall'ISTAT. creazione di un sistema informativo georeferenziale in grado di fornire mappe di rischio per gli incidenti stradali.
Liguria	Delibera Giunta Regionale n. 58 del 3 febbraio 2006	<ol style="list-style-type: none"> Costruire un sistema di monitoraggio integrato, ampliare le fonti dei dati e favorire la loro integrazione, sia per i dati sanitari che per quelli relativi agli incidenti. Migliorare il flusso informativo specifico da utilizzare per la valutazione degli interventi di prevenzione. Rafforzare l'analisi epidemiologica sui fattori di rischio inerenti la traumatologia stradale. Rilevare l'uso dei dispositivi di sicurezza per adulti e bambini. Valutare le conoscenze e le opinioni sui comportamenti alla guida e sui fattori associati all'incidentalità stradale in strati di popolazione target:
Lombardia	Delibera Giunta Regionale n. 1534 del 22 dicembre 2005	<ol style="list-style-type: none"> informazione alla popolazione, finalizzata a indurre comportamenti sicuri ed ad eradicare comportamenti a rischio interventi sulla viabilità e miglioramento del contesto ambientale validazione delle fonti e organizzazione di un network tra le istituzioni che registrano dati di buona qualità controllabili e integrabili identificazione e messa a punto di un set minimo di indicatori per l'osservazione e il monitoraggio del fenomeno produzione periodica di analisi epidemiologiche che consentano di meglio indirizzare gli interventi di prevenzione e valutare l'efficacia

Ambito: Incidenti stradali		
Regione	Documenti normativi di riferimento	Azioni/Obiettivi
Marche	Delibera Giunta Regionale n. 77 del 30 gennaio 2006	<ol style="list-style-type: none"> 1) realizzazione di uno studio epidemiologico per la valutazione ed il monitoraggio degli incidenti stradali su base regionale 2) rilevazione dell'utilizzo dei dispositivi di protezione individuale 3) realizzazione di uno studio epidemiologico sui comportamenti alla guida 4) monitoraggio regionale degli incidenti stradali mediante il sistema di georeferenziazione
Molise	Delibera di Giunta Regionale n. 57 del 23/1/2006	<ol style="list-style-type: none"> 1) migliorare lo stato delle conoscenze e della sorveglianza (Istituzione dell'Osservatorio per l'educazione e la sicurezza stradale regionale.) 2) Avviare una strategia multisettoriale (Avviare una forma stabile di coordinamento e pianificazione degli interventi attraverso una organizzazione a rete delle principali istituzioni coinvolte in tema di sicurezza stradale, dotata di appositi strumenti operativi. Favorire la diffusione delle informazioni e delle buone pratiche riguardo alle atti vita e ritenute di particolare rilevanza. 3) Migliorare i comportamenti (Avviare strategie di contrasto ai principali fattori di rischio legati al comportamento cercando prioritariamente di sviluppare l'integrazione tra le attività di prevenzione, controllo e repressione attraverso progetti e attività multisettoriali. Costruire e promuovere la cultura della sicurezza stradale attraverso la diffusione di materiali, la realizzazione di momenti formativi e di campagne informative, realizzare interventi di educazione e prevenzione e controllo coordinati, evitando duplicazioni e utilizzando metodiche di provata efficacia sulla popolazione o in particolari categorie considerate a rischio. 4) migliorare la sicurezza delle infrastrutture stradali 5) migliorare l'equità tra le categorie di utenti della strada (in relazione alla sicurezza stradale) 6) migliorare l'equità tra le categorie di utenti della strada
Piemonte	Delibera di Giunta Regionale n. 39-415 del 4 luglio 2005,	<ol style="list-style-type: none"> 1) Implementare un sistema di sorveglianza dell'impatto sulla salute degli incidenti stradali (1.1 - Censimento di tutte le esperienze, messa in rete e scambio/intercambio alla ricerca di "azioni efficaci". 1.2 - Sviluppo di un Sistema di Sorveglianza integrata. 1.3 - Implementazione di nuovi flussi informativi - il servizio di primo soccorso 118. 1.4 - Miglioramento dei sistemi informativi esistenti: il flusso ISTAT. 2) Rafforzare l'analisi epidemiologica sui fattori di rischio inerenti la traumatologia stradale, con particolare riferimento al non uso dei dispositivi di protezione individuale.(2.1 - Studio della prevalenza d'uso delle cinture di sicurezza e dei seggiolini per il trasporto dei bimbi in auto.) 3) Consolidamento e sviluppo dell'attività di documentazione per rendere accessibili "dati e interventi" utili per incidere con azioni efficaci sui determinanti degli incidenti stradali. (Implementazione di un sistema di documentazione.) 4) 1 - Promuovere ed attuare nuovi interventi di prevenzione basati su prove di efficacia. (1.1 - Valutazione di efficacia ed eventuale ri-orientamento degli interventi di promozione sicurezza stradale in corso di attuazione, alla luce delle prove di efficacia e raccomandazioni di buona pratica. 1.2 - Progettazione e valutazione di un Progetto Multi-centrico di Prevenzione Incidenti stradali in collaborazione con le AA.SS.LL e le AA.SS.OO e con altri Settori che possano influire sui determinanti degli incidenti stessi. 5) Prevenzione degli infortuni da incidente stradale nel settore dell'autotrasporto. (2.1 - Valutazione da parte del datore di lavoro del rischio specifico "guida professionale". 2.2 - Adottare le misure di prevenzione indicate dall'Agenzia Europea della Sicurezza e salute sul lavoro di Bilbao per prevenire gli incidenti stradali in cui sono coinvolti i veicoli pesanti. 6) Sviluppare campagne informative per la comunità utilizzando strumenti efficaci di comunicazione. (Piano di Comunicazione e Campagne informative a diffusione regionale.)
Puglia	Delibera di Giunta Regionale 31 gennaio 2006	<ol style="list-style-type: none"> 1) programma di educazione alla sicurezza stradale nelle scuole superiori. 2) coinvolgimento delle scuole guida su coloro che frequentano i corsi per il conseguimento della patente. 3) coinvolgimento della motorizzazione civile per la consegna a ciascun cittadino, insieme ai documenti e alla comunicazione relative allo stato della patente a punti, anche di materiale informativo sulla sicurezza stradale, in particolare sull'uso dei dispositivi di sicurezza individuale, sulle sostanze psicoattive, sul livello di attenzione alla guida. 4) sviluppo di piani per l'intensificazione dei controlli sui percorsi a rischio. 5) Implementazione del sistema di sorveglianza.
Sardegna	Delibera di Giunta Regionale del 30 dicembre 2005	<ol style="list-style-type: none"> 1) Analizzare i determinanti dell'infortunistica stradale nella regione Sardegna 2) Progettare un Sistema Informativo Regionale per il Monitoraggio degli Incidenti basato su un repertorio standard ed omogeneo di raccolta e registrazione dati tra tutte le istituzioni interessate 3) Facilitare la diffusione e l'analisi dei dati raccolti consentendo libero e facile accesso ad un sito internet predisposto all'uso con possibilità per gli interessati di segnalare anomalie, esprimere pareri, suggerire proposte ("forum virtuale") 4) Mettere a disposizione delle istituzioni interessate informazioni per la programmazione di strategie di intervento 5) Progettare e realizzare programmi di educazione in ambito scolastico (studenti e genitori) e comunitario 6) Costituire e mantenere una partnership coi mass-media sardi (giornali, radio, televisioni) affinché, nel triennio di attuazione del presente progetto, dedichino un unico spazio quotidiano alla cronaca regionale degli infortuni stradali con l'eventualità di commenti qualificati 7) Progettare e sperimentare nuovi programmi di addestramento per le Scuole Guida con percorsi informatici di autoapprendimento e promuovere tra le Associazioni Automobilistiche l'implementazione di corsi di guida sicura e professionale con qualificazione certificata, inclusa la possibilità di eventuali sconti assicurativi 8) Facilitare la comunicazione e la collaborazione tra le istituzioni interessate

Ambito: Incidenti stradali		
Regione	Documenti normativi di riferimento	Azioni/Obiettivi
Sicilia	Delibera di Giunta Regionale n. 7514 del 9 marzo 2006	<ol style="list-style-type: none"> 1) Sorveglianza standard attraverso la valorizzazione dei flussi correnti e l'utilizzo di flussi mirati entro programmi multicentrici e/o regionali di sorveglianza 2) Analisi epidemiologica e/o utilizzo flussi informativi ad hoc per valutare la prevalenza di opinioni/comportamenti a rischio non già rilevabili attraverso i flussi informativi correnti routinari 3) sviluppare un percorso sistematico ed integrato tra più attori, in tema di informazione sulla sicurezza stradale, sui fattori che incidono sull'incidentalità stradale con speciale riguardo per i comportamenti personali di rischio (alcool, sostanze d'abuso, farmaci, profili psicologici, utilizzo dei dispositivi di sicurezza).
Toscana	Delibera di Giunta Regionale n. 70 del 6 febbraio 2006	<ol style="list-style-type: none"> 1) attività di monitoraggio e sorveglianza epidemiologica degli infortuni stradali
Umbria	Delibera di Giunta Regionale n. 534 del 30 marzo 2006	<ol style="list-style-type: none"> 1) Acquisire i dati inerenti gli incidenti al fine di conoscere le cause più frequenti, le aree territoriali più colpite, i comportamenti errati più frequenti alla base dell'evento incidente e le conseguenze più significative sotto il profilo sanitario 2) Acquisire le conoscenze e le opinioni dei cittadini sulla problematica, al fine di aumentare la sensibilizzazione rispetto al rischio 3) Effettuare la valutazione degli interventi di prevenzione messi in campo
Veneto	Delibera di Giunta Regionale n. 188 del 31 gennaio 2006	<ol style="list-style-type: none"> 1) rafforzamento dell'analisi epidemiologica sui fattori di rischio inerenti la traumatologia stradale, con particolare riferimento al non uso dei sistemi di protezione individuale (cinture di sicurezza, seggiolini per bambini, caschetto in bicicletta); 2) incremento della percezione diffusa della rilevanza del problema "traumi da traffico", sostenendo la definizione dello stesso quale priorità di sanità pubblica anche e soprattutto in riferimento alla definizione di strategie preventive; 3) consulenza nei compiti degli Enti locali per il miglioramento della viabilità sicura; 4) miglioramento delle certificazioni di idoneità alla guida; 5) aumento dell'uso delle cinture di sicurezza (in particolare per quanto attiene gli occupanti i posti posteriori degli autoveicoli) e dei seggiolini per bambini; 6) sensibilizzazione ed educazione dei teenager e dei giovani affinché utilizzino comportamenti corretti alla guida del ciclomotore e/o dell'auto) 7) aumento dell'uso del caschetto in bicicletta, con particolare riferimento ai bambini e agli adolescenti; 8) miglioramento della capacità di guida sicura, anche in condizioni critiche e adozione diffusa di comportamenti corretti in tema di sicurezza stradale (sobrietà, non uso di droghe, uso dei sistemi di protezione individuale, adeguato riposo, ecc.) da parte dei lavoratori che usano la strada (con particolare riferimento ad alcune categorie significative quali autotrasportatori, autisti di ambulanza, dipendenti delle Aziende ULSS, lavoratori delle Società autostradali, ecc.) attraverso la diffusione della conoscenza e l'utilizzo fra le Aziende ULSS del Veneto di un efficace e sperimentato sistema di gestione della sicurezza stradale: il disciplinare "prevenzione degli infortuni stradali"; 9) rafforzamento dell'analisi epidemiologica sul fenomeno alcol e guida e contrasto del fenomeno della guida in stato di ebbrezza; 10) riduzione dell'alta velocità.

Bibliografia

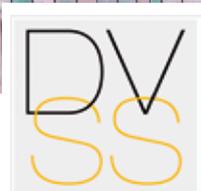
- A.I.E. (associazione Italiana Epidemiologia) Manifesto per l'equità www.epidemiologia.it.
- Atella, V., F. Brindisi, P. Deb and F.C. Rosati (2002), "Determinants of access to physicians services in Italy: a latent class probit approach", ECuity II Project, WP.
- Backlund E, Sorlie PD, Johnson NJ. (1996) The shape of the relationship between income and mortality in the United States; evidence from the National Longitudinal Mortality Study. *Ann Epidemiol*; 6:12-20.
- Banca d'Italia. *Relazione del Governatore sull'esercizio 2005*. Roma: Banca d'Italia, 2006. http://www.bancaditalia.it/pubblicazioni/ricce/relann/rel05/rel05it/cons_finali/cf05_considerazioni_finali.pdf
- Cantù E. et al. (2004) *L'aziendalizzazione della sanità in Italia* (transformation of the Italian health care system into an 'enterprise'). Rapporto OASI, Milano: CERGAS-Bocconi.
- Cardano M, Costa G, Demaria M, Merler E, Biggeri A. (1999) Le diseguglianze di mortalità negli studi longitudinali italiani. *Epidemiol Prev*; 23:141- 52.
- Censis (annate varie) *Rapporto sullo stato sociale* (nn.36-39). Roma. Censis (www.censis.it)
- Commonwealth Fund's International Working Group on Quality Indicators (2004), A Report for Health Ministries of Australia, Canada, New Zeland, the United Kingdom, and the United States, The Commonwealth Fund (www.cmwf.org).
- Costa G, Cardano M, Demaria M. (1998) *Torino. Storie di salute in una grande città*. Città di Torino, Ufficio di Statistica, Osservatorio socioeconomico torinese, Torino.
- Costa G, Spadea t, Cardano M. (2004) *Diseguglianze in salute in Italia*. *Epidemiologia e prevenzione* vol. 28 n.3, supplemento-maggio-giugno.
- Costa, T. Spadea, F. Faggiano, M. Cardano, *Diseguglianze nella salute: determinanti e politiche in italia negli anni '90*, sul sito del Gruppo Italiano per la Medicina Basata sulle Evidenze, <http://www.gimbe.org>
- Culyer, A.J., and A. Wagstaff (1993), "Equity and equality in health and health care", *Journal of Health Economics* 12(4): 431-457.
- Culyer, A.J., Van Doorslaer, E. and Wagstaff, A. (1992), "Access, Utilization and Equity: A Further Comment", *Journal of Health Economics* 11(2): 207-10.
- Dahl E. (1998) Social inequality in health--the role of the healthy worker effect. *Soc Sci Med* 1993; 36:1077-86.
- Department of Health, Inequality in Health, The Stationary Office, London,. pp. 12-13.
- Diderichsen F, Hallqvist J(1997) Trends in Occupational Mortality among Middle Aged Men in Sweden 1961-90. *Int J Epid*; 26:782-787
- Diderichsen, F., T. Evans, and M. Whitehead. (2001), "The social basis of disparities in health" in: T. Evans et al, eds. *Challenging inequities in health*. Oxford University Press, Oxford
- Dipartimento di Igiene e Sanità Pubblica Università degli Studi di Perugia, (2004) Il controllo del cancro della mammella in Umbria. *Relazione epidemiologica 1994-2001*, Perugia 10 Dicembre
- Dirindin N. (1996) *Chi paga per la salute degli italiani?* Bologna: Il Mulino
- E.M. Crimmings, Y. Saito, Trends in healthy life expectancy in the United States, 1970-1990: gender, racial, and educational differences, *Social Science & Medicine*, 52 (2001), 1629-1641
- Ellis, R.P. and T.G. McGuire (1996), "Hospital response to prospective payment: moral Hazard, selection, practice style effects", *Journal of Health Economics* 15, 257-277.
- Elo IT & Preston SH (1996). Educational differentials in mortality: United States, 1979-85. *Social Science & Medicine*, 42(1):47-57.
- EUROSTAT. (2001) European Community Household Panel (ECHP), European Commission, Eurostat, Luxemburg.
- Faggiano F, Partanen T, Kogevinas M, Boffetta P. (1997) Socioeconomic differences in cancer incidence and mortality.

- IARC Sci Publ; 138:65–176.
- Faggiano F, Zanetti R, Rosso S, Costa G. (1999) Differenze sociali nell'incidenza, letalità e mortalità per tumori a Torino. *Epidemiol Prev*; 23:294-99.
- Filakti, H., and J. Fox. (1995) “Differences in mortality by housing tenure and by car access from the OPCS Longitudinal Study.” *Population Trends* 81:27-30.
- Fox, A.J., Goldblatt, P.O., and Jones, D.R. (1985). Social class mortality differentials: artefact, selection or life circumstances? *Journal of Epidemiology and Community Health* 39: 1-8. Lewis G, Sloggett A. Suicide, deprivation, and unemployment: record linkage study. *BMJ* 1998; 317:1283–6.
- Gakidou, E.E. and G. King (2002), “Measuring total health inequality: adding individual variation to group-level differences” *International journal of equity in health* 1:3.
- Gazzetta Ufficiale (1978) *Supplemento Ordinario* alla G.U. n. 360 del 28-12-1978
- Gazzetta Ufficiale (1992) *Supplemento Ordinario* alla G.U. 30 dicembre 1992, n. 305.
- Gazzetta Ufficiale (1999) - *Supplemento Ordinario* n. 132- n. 165 del 16 luglio 1999.
- Giannoni M, Hitiris T.(2002) The regional impact of health care expenditure: the case of Italy. *Applied Economics*; 14:1829–36.
- Giannoni M. (2006) Universality and decentralisation: the evolution of Italian health care system, *Eurohealth* vol.12 n.2.
- Greene, W.H. (1997), *Econometric analysis*. Prentice-Hall, London.
- Hurst, J. and Jee-Hughes, M. (2001), *Performance Measurement and Performance Management in OECD Health Systems*. Labour Market And Social Policy - Occasional Papers 47, Paris, OECD.
- ISTAT (1990.) *La mortalità differenziale secondo alcuni fattori socio-economici. Anni 1981-82*. Note e Relazioni No. 2. Roma, ISTAT.
- ISTAT (2001) *La mortalità differenziale secondo alcuni fattori socio-economici. Anni 1991-92*. Roma, ISTAT.
- ISTAT (2005) *Conti Regionali*. Roma, ISTAT (cfr. www.istat.it).
- ISTAT (2003) *Indagine Multiscopo sulle condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari. Anni 1999-2000*. Roma, ISTAT.
- Jones, A.M. (2000), “Health Econometrics”, In: Culyer, A.J., and J.P. Newhouse (2000). *Handbook of Health Economics*, Elsevier. Chapter 6.
- Journal of Epidemiology and Community Health*, Vol 51, 30-34
- Kakwani, N., A. Wagstaff and E. van Doorslaer, (1997), *Socioeconomic inequality in health: measurement, computation and statistical inference*, *Journal of Econometrics*, 77, 1, 87-104
- Koskinen SVP, Martelin TP, Valkonen T (1996) Socioeconomic differences in mortality among diabetic people in Finland: five year follow up. *BMJ*; 313:975-978
- Koskinen, S. and T. Martelin *Kuolleisuus* (1994), in S. Koskinen, T. Martelin, I.-L. Notkola, V. Notkola and K. Pitkänen (eds.), *Suomen Väestö*. Hämeenlinna: Gaudeamus, 150-225
- Kunst A (1997). *Cross-national comparisons of socioeconomic differences in mortality* [Thesis]. Rotterdam, Erasmus University.
- Kunst A, Bos V, Lahelma E, Bartley M, Lissau I, Regidor E, Mielck A, Cardano M, Dalstra JAA, Geurts JJM, Helmer U, Lennartsson C, Ramm J, Spadea T, Stronegger WJ, Mackenbach JP. (2004) Trends in socio-economic inequalities in self assessed health in 10 European countries. *Int J Epidemiol*. Nov 24.
- Kunst A, Groenhof F, Borgan J-K, Costa G, Desplanques G, Faggiano F, Hemstrom O, Martikainen P, Vagero D, Valkonen T, Mackenbach J (1998b). Socioeconomic inequalities in mortality. Methodological problems illustrated with three examples from Europe. *Revue d'Epidemiologie et de Sante Publique*, [*Epidemiology and Public Health Review*,] 46:467-479.

- Kunst A, Groenhouf F, Mackenbach J, EU Working Group on Socioeconomic Inequalities in Health (1998a). Occupational class and cause specific mortality in middle-aged men in 11 European countries: comparison of population based studies. *British Medical Journal*, 316:1636-1642.
- Kunst, A E, A E J M Cavalaars, F Groenhouf, J J M Geurts, J P Mackenbach, EU Working Group on Socio-economic Inequalities in Health.(1996) Socio-economic Inequalities in Morbidity and Mortality in Europe: a Comparative Study. Rotterdam: Erasmus University.
- Kunst, A E, F Groenhouf, O Andersen, J K Borgan, G Costa, G Desplanques, H Filakti, M Giralde, F Faggiano, S Harding, et al. (1999) Occupational class and ischemic heart disease mortality in the United States and 11 European countries. *American Journal of Public Health*; 89 (1): 47-5
- Leon D, Walt G, eds. (2001). *Poverty, inequality and health*. Oxford, Oxford University Press.
- Lerman, R.I, and S. Yitzhaki (1984), "A note on the calculation and Interpretation of the Gini Index" *Economics Letters* 15:363-368.
- Louise Séguin, Qian Xu, Louise Potvin, Maria-Victoria Zunzunegui and Katherine L. Frohlich (2003) *Effects of low income on infant health* CMAJ • June 10.; 163
- Lynge E, Andersen O. (1997) Unemployment and cancer in Denmark, 1970-1975 and 1986-1990. *IARC Sci Publ.*; 138:353-359.
- Mackenbach J, Kunst A, Cavalaars A, Groenhouf F, Geurts J (1997). Socioeconomic inequalities in morbidity and mortality in western Europe. *Lancet*, 349:1655-1659.
- Mackenbach JP, Bos V, Andersen O, Cardano M, Costa G, Harding S, Reid A, Hemstrom O, Valkonen T, Kunst AE, (2003) Widening socioeconomic inequalities in mortality in six Western European countries, *Int J Epidemiol.*; 32:830-7
- Mackenbach, J.P., M.J. Bakker, A.E. Kunst and F. Diderichsen (2002), "Socioeconomic inequalities in health in Europe: an overview" in J.P. Mackenbach and M.J. Bakker, eds. *Reducing inequalities in health*. Routledge London and New York.
- Makela P et al. (1997) Contribution of alcohol to socioeconomic mortality gradient *British Med. J.*, 315:211,
- Marinacci C, Spadea T, Biggeri A, Demaria M, Caiazzo A, Costa G. (2004) The role of individual and contextual socioeconomic circumstances on mortality: analysis of time variations in a city of northwest Italy. *J Epidemiol Community Health*. Mar; 58(3):199-207.
- Marmot M, McDowall M (1986). Mortality decline and widening social inequalities. *Lancet*, 2:274-276.
- Marmot M, Wilkinson R, eds. (1999). *Social determinants of health*. Oxford, Oxford University Press.
- Martikainen P, Valkonen T (1996). Excess mortality of unemployed men and women during a period of rapidly increasing unemployment. *Lancet*, 348:909-912.
- Masseria C, Giannoni M. *Health care system performance and equity in Italy: a disease based approach*. 2005. Acta AIES – Italian Health Economics Association – 2005 Meeting. Available in English at <http://www.aiesweb.it>.
- Materia E, Cesaroni G., Perucci C.A.(1999) Le disuguaglianze nella salute e nell'assistenza sanitaria: anche in Italia è tempo di agire per promuovere l'equità, *Rivista "Tendenze Nuove"*, settembre/ottobre, n. 5.
- McKee M (2001). The health consequences of the collapse of the Soviet Union. In: Walt G, ed. *Poverty, inequality and health*. Oxford, Oxford University Press, pp. 17-25.
- Merler E, Benvenuti A, Baldi P et al. (1999) Condizione socio-economica e disuguaglianze nella mortalità nello Studio Longitudinale Toscano (SLTo): persistenza ed evoluzione nel tempo (mortalità generale, tumore del polmone, cirrosi epatica), ed aspetti emergenti (AIDS e overdose). *Epidemiol Prev*; 23: 207-14.
- Michelozzi P, Perucci CA, Forastiere F, Fusco D, Ancona C, Dell'Orco V. (1999) Inequality in health: socioeconomic differentials in mortality in Rome, 1990-95. *Journal of Epidemiology and Community Health*; 53: 687-693
- Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali - Direzione generale per le tematiche familiari e sociali e la tutela dei diritti dei minori. (2005) Piano nazionale contro la povertà e l'esclusione sociale 2003 –Aggiornamento (Settembre 2004) ITALIA

- Ministero della salute. (2002) Piano Sanitario Nazionale 2002 – 2004. Roma: Ministero della sanità
- Ministero della salute (2003) Piano Sanitario Nazionale 2003 – 2005. 23 maggio 2003 (G. U. N. 139 del 18 Giugno 2003)
- Ministero della salute (2005) Piano Sanitario Nazionale 2006 – 2008. Roma: Ministero della sanità, 2006 (pubblicato nella Gazzetta Ufficiale del 13 dicembre 2005, n. 289)
- Ministero della sanità (1998) Piano sanitario nazionale 1998 – 2000. Un patto di solidarietà per la salute. Roma: Ministero della sanità, 1998 (Pubblicato su Supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n. 288 del 10 dicembre 1998)
- Ministero della sanità (1999) Relazione sullo stato sanitario del Paese 1999. Servizio studi e documentazione. Roma. Ministero della sanità.
- Ministero della sanità (2000) Relazione sullo stato sanitario del Paese 2000. Servizio studi e documentazione. Roma. Ministero della Sanità.
- Moser KA, Fox AJ and Jones DR (1984). Unemployment and mortality in the OPCS Longitudinal Study. *Lancet* ii: 1324-1329.
- Moser KA, Fox AJ, Jones DR and Goldblatt PO (1986). Unemployment and mortality: Further evidence from the OPCS Longitudinal Study, 1971-1981. *Lancet* i: 365-367.
- Moser KA, Goldblatt PO, Fox AJ, and Jones DR (1987). Unemployment and mortality: Comparison of the 1971 and 1981 Longitudinal Study census samples. *BMJ* 294: 86-90. Moser, K., A. Fox, and D. Jones (1984). Unemployment and mortality in the OPCS longitudinal study. *Lancet*, 928
- Mossialos, E., A. Dixon, J. Figueras, and J. Kutzin (1999). Funding health care: options for Europe. Open University Press.
- Mustard CA, Derksen S, Berthelot J, Wolfson M & Roos L (1997). Age-specific education and income gradients in morbidity and mortality in a Canadian province. *Soc Sci Med*, 45(3), 383-397. 11. Iversen L, Andersen O, Andersen PK, Christoffersen K, and Keiding N (1987). Unemployment and mortality in Denmark, 1970-1980. *BMJ* 295: 879-884.
- Organisation for Economic Cooperation and Development (2006) *OECD Health Data 2005*. Paris: OECD
- Paci, P. and A. Wagstaff (1993a), Equity in the finance and the delivery of health care in Italy . In: Van Doorslander, E., Wagstaff, A. and F. Rutten, editors, Equity in the finance and delivery of health care: An international perspective, Oxford, Oxford University Press.
- Paci, P. and A. Wagstaff (1993b), Equity and efficiency in Italian health care, *Health Economics*, 2, 15-29.
- Pearce N, Davis P, Sporle A (2002). Persistent social class mortality differences in New Zealand men aged 15-64: an analysis of mortality during 1995-97. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 26:17-22.
- Peter, F. and T. Evans (2001), “Ethical dimension of health equity” in T. Evans eds. Challenging inequities in health. Oxford University Press, Oxford
- Intesa Stato-Regioni (2005) Piano Nazionale della Prevenzione 2005-2007, rif 23 marzo 2005.
- Rogot, E.; Sorlie, P.; and Johnson, N.J. (1986). Probabilistic Methods in Matching Census Samples to the National Death Index, *Journal of Chronic Diseases*, 39, 719-734
- Rosso S, F Faggiano, R Zanetti and G Costa Social class and cancer survival in Turin, Italy
- Scott Long (1997), Regression Models for categorical and Limited Dependent variables. SAGE publications
- Segnan N, Ronco G, Ponti A. Practice of early diagnosis of breast and uterine cervix cancer in a northern Italian town. *Tumori*, 1990; 76:227-33.
- Segnan N. (1997) Socioeconomic status and cancer screening. *IARC Sci Publ*; 138:369-76.
- Smith, P. (2002a) Progress in Measuring Health System Performance: Some International Experiences, report prepared for the UK Commission for Health Improvement, <http://www.chi.nhs.uk/eng/ratings/development.shtml>.

- Smith, P. (2002b) Composite Indicators of health System Performance, in Smith, P. (ed), *Measuring up: improving health systems performance in OECD countries*, Paris, OECD.
- Sorlie PD, Rogot E. (1990) Mortality by employment status in the National Longitudinal Mortality Study. *Am J Epidemiol* 132:983–993.
- Starfield, B. (2006) State of the Art in Research on Equity in Health, *Journal of Health Politics, Policy and Law*, Vol. 31, No. 1.
- Stefansson, C.-G. (1991). Long-term unemployment and mortality in Sweden, 1980-1986. *Social Science & Medicine*, 32, 419-423.
- Vagero D, Leon D. (1994) Effect of social class in childhood and adulthood on adult mortality. *Lancet*; 343:1224–5
- Van Doorslaer, E, A Wagstaff, H van der Burg, T Christiansen, D De Graeve, I Duchesne, U-G Gerdtham, M Gerfin, J Geurts, L Gross, U Häkkinen, J John, J Klavus, RE Leu, B Nolan, O O'Donnell, C Propper, F Puffer, M Schellhorn, G Sundberg, O Winkelhake, (2000), “Equity in the delivery of health care in Europe and the US”, *Journal of Health Economics* 19, 5, 553-583
- Van Doorslaer, E, A. Wagstaff, (1992), “Equity in the delivery of health care: some cross-country comparisons”, *Journal of Health Economics*, 11, 4, 389-411
- Van Doorslaer, E. and X. Koolman (2002a), “Explaining the differences in income-related inequalities across European countries”, ECUITY II Project, Working Paper.
- Van Doorslaer, E., X. Koolman and A. Jones (2002b), “Explaining income-related inequalities in doctor utilization in Europe: a decomposition approach”, ECUITY II Project, Working Paper # 5
- Van Doorslaer, E., X. Koolman and F. Puffer (2002c), “Equity in the use of physicians visits in OECD countries: has equal treatment for equal need been achieved?”, OECD, Chapter 11
- Van Ourti, T. (2002), “Measuring horizontal inequity in health care using Belgian panel data”, WP ECUITY III Project.
- Wagstaff A. and E. van Doorslaer, (2000a), “Measuring and testing for inequity in the delivery of health care”, *Journal of Human Resources*, 35(4): 716-733
- Wagstaff, A. and E. van Doorslaer, (2000b), “Equity in health care financing and delivery”, In: AJ Culyer and JP Newhouse, eds., *Handbook of Health Economics*, North Holland. Chapter 34.
- Wagstaff, A., E. Van Doorslaer, and N. Watanabe, (2003), “On decomposing the causes of health sector inequalities with an application to malnutrition inequalities in Vietnam”. *Journal of Econometrics* 112: 207-223.
- Wagstaff, A., E. Van Doorslaer, and P. Paci, (1991), “On the Measurement of Horizontal Inequity in the Delivery of Health Care”. *Journal of Health Economics* 10(2): 169-205.
- Westerling R, Gullberg A, Rosen M. Socioeconomic differences in ‘avoidable mortality in Sweden 1986–1990. *Int J Epidemiol* 1996; 25:560–7
- WHO (2001), *Health Care Systems in Transition*. European Observatory on Health Care Systems. Country reports (various years) for Austria, Belgium, Denmark, Germany, Greece, Italy, Portugal, Spain, and the UK
- Williams, A.H. (1993), “Equity in health care: the role of ideology”, in E: van Doorslaer, A. Wagstaff and F. Rutten, eds., *Equity in the Finance and Delivery of Health Care* (Oxford University Press, Oxford)
- Williams, A.H. and R. Cookson (2000), “Equity in health”, in A.J. Culyer and J.P. Newhouse, eds., *Handbook of Health Economics*, North Holland. Chapter 35.
- Wooldridge, J.M. (2000), *Introductory Econometrics: A Modern Approach*. South Western College Publishing, Thomson Learning.
- World Health Organization. (2000) *World Health Report 2000*. Geneva: WHO. Available at www.who.int/whr/2000/en/statistics.htm.



Regione Umbria

Assessorato Sanità

Direzione Sanità e Servizi Sociali

Servizio II - Programmazione socio-sanitaria dell'assistenza di base e ospedaliera e osservatorio epidemiologico

LE MONOGRAFIE DEL DVSS



Monografia 1

Umbria: situazione demografica e stima della non autosufficienza negli anziani

Edizioni SEDES - Perugia, Luglio 2006



Monografia 5

L'integrazione sociale in Umbria

Edizioni SEDES - Perugia, Novembre 2006



Monografia 2

La mortalità evitabile in Umbria 1994-2004

Edizioni SEDES - Perugia, Settembre 2006



Monografia 6

L'equità nell'accesso alle cure sanitarie: prime stime e confronti interregionali.

Edizioni SEDES - Perugia, Marzo 2007



Monografia 3

La scala sociale in Umbria

Edizioni SEDES - Perugia, Settembre 2006



Monografia 7

In fase di stesura



Monografia 4

Le cause di ricovero in ospedale dei residenti in Umbria. Anno 2003

Edizioni SEDES - Perugia, Settembre 2006



Monografia 8

In fase di stesura

Edito da:



Via M. Angeloni 61 - 06124 Perugia
tel. 075 5056987 - fax 075 5058796
e-mail: info@sedes.it
www.sedes.it

Finito di stampare nel mese di Marzo 2007