

Health Equity Audit:

la metodologia,
la connessione con le indicazioni
regionali,
le potenzialità come strumento
di lavoro

Luigi Palestini

Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale

Emilia-Romagna



- La nostra società presenta le disuguaglianze come se fossero un dato di fatto, anziché il risultato di una serie di interazioni rituali **localizzate** (e quindi organizzate) nello spazio e nel tempo.

Diversi si nasce, disuguali si diventa (Sennett, 2003)

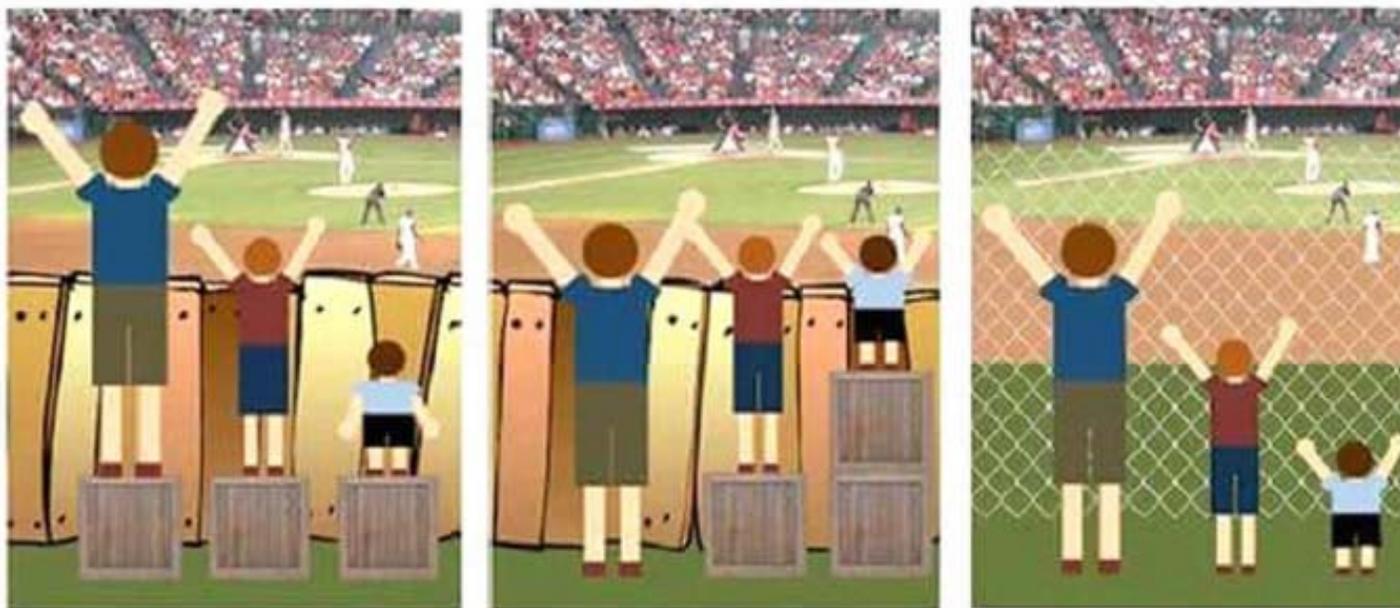


L'approccio di equità nel sistema dei servizi

- Le organizzazioni sanitarie si confrontano sempre più con forme di “diversità” non riconducibili a classificazioni tradizionali (es. poveri, emarginati...)
- **Vulnerabilità sociale** → fenomeni multidimensionali e nuove forme di fragilità.
- Non possiamo più limitarci ad attuare interventi per target specifici.
 - Sviluppare strategie complessive e integrate di contrasto alle iniquità.
 - Analizzare i meccanismi organizzativi alla base delle possibili iniquità/discriminazioni

L'approccio di equità (2)

EQUALITY VERSUS EQUITY



UGUAGLIANZA

Parità di diritti umani e individuali, indipendentemente dalla posizione sociale e dalla provenienza

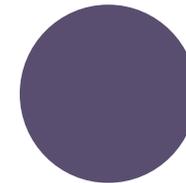
EQUITÀ

Giustizia sostanziale, capacità di tenere conto delle particolarità e delle differenze nel prendere una decisione

- Politiche intersettoriali
- *Intersectionality approach*
- Empowerment
- Networking
- Comportamento proattivo
- Rispetto



Governance for health equity (OMS, 2013)



I dispositivi organizzativi per l'equità delle Aziende sanitarie

Board aziendale

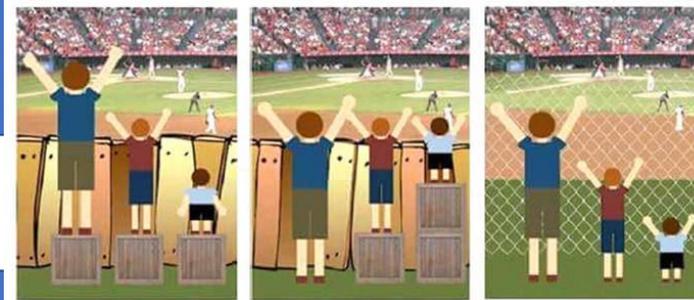
- Orienta le azioni
- Monitora e promuove le buone prassi
- Promuove iniziative formative e di approfondimento
- Mantiene una visione sistemica e aziendale
- Si fa garante del piano delle azioni

Piano delle azioni

- Dettaglia le priorità e le azioni in tema di equità/rispetto delle differenze
- Esplicita obiettivi, risultati attesi e responsabilità
- Si integra con gli obiettivi strategici dell'Azienda

Referente aziendale

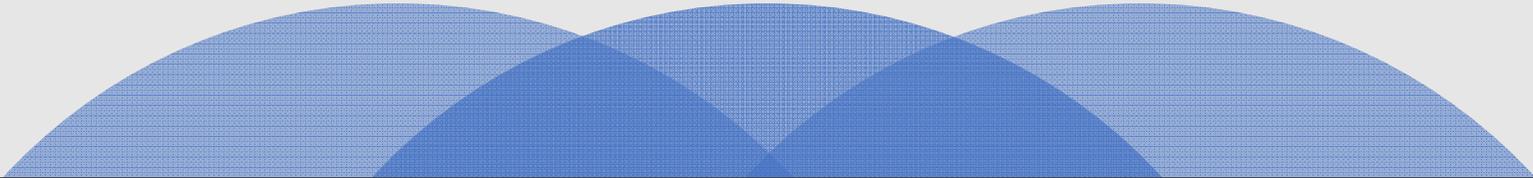
- Partecipa al coordinamento regionale equità
- Interfaccia Azienda $\leftarrow \rightarrow$ ASSR
- Referente a livello regionale su programmazione e stato delle azioni



Azioni a supporto dell'equità nel Piano Regionale della Prevenzione

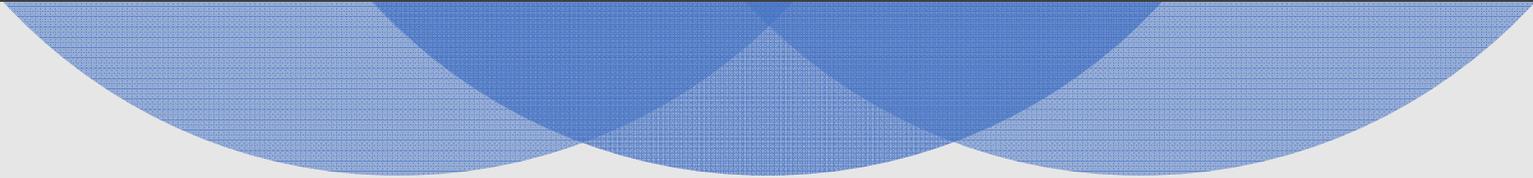
- Supporto da parte dell'ASSR per un approccio al contrasto delle diseguaglianze che metta a valore quanto è stato sedimentato in anni di lavoro.
- Nel corso del 2016 le attività di supporto si sono focalizzate su:
 - La messa a disposizione dello strumento EqIA (*Equality Impact Assessment*) come garanzia di valutazione dei progetti inseriti nelle schede 2.8, 4.1 e 6.6 (o in alternativa 3.1) del PRP;
 - La realizzazione di tre *health equity audit* sulle priorità individuate nel PRP (in connessione con CCM "*Equity audit nei PRP in Italia*")





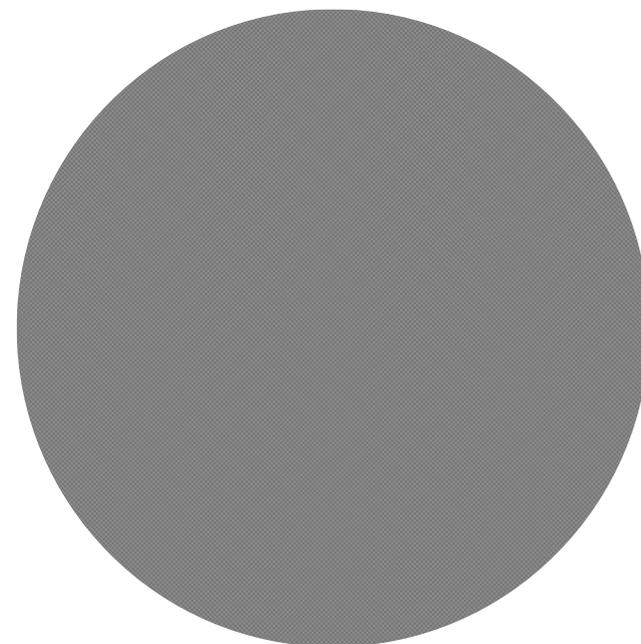
L'equità nel Piano Sociale e Sanitario Regionale 2017-2019

Tre leve di intervento:

1. Garantire condizioni di **accesso** ai servizi e modi di **fruizione equi e appropriati**.
 2. Promuovere interventi precoci e diffusi volti a **rendere più ampie, approfondite e "attive" le conoscenze delle persone sulle proprie potenzialità** di vivere bene in un contesto in forte trasformazione.
 3. Potenziare gli **interventi a sostegno dell'infanzia, degli adolescenti e della genitorialità**.
- 

- Per dare corpo alle strategie di equità come approccio strutturale è necessario prevedere:
 - a) **Azioni di sistema** indirizzate non solo su ambiti specifici di vulnerabilità ed iniquità;
 - b) **Azioni** che pongano lo sguardo sia **all'interno delle organizzazioni/istituzioni** (operatori – *diversity management*), sia **verso l'esterno** (utenti, familiari).
- Nuovo impulso ai coordinamenti aziendali (board equità) per assicurare coerenza dell'applicazione pratica del criterio di equità tra i diversi livelli organizzativi (programmazione, gestione ed erogazione dei servizi).
 - Adozione di strumenti/metodologie *equity oriented*, toolkit sulla predisposizione del Piano delle azioni sull'equità e supporti formativi metodologici.
 - Intensificare le azioni di supporto regionale per avviare in alcuni territori regionali, come attività prototipiche, strategie di *diversity management*.

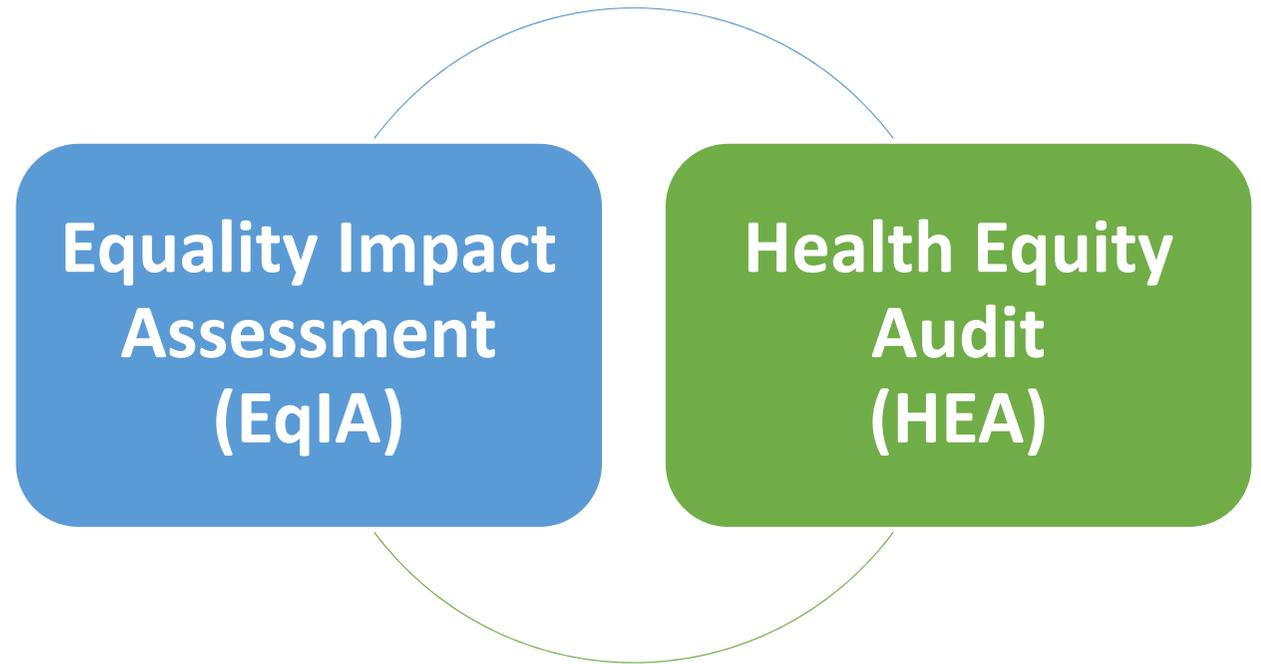
Scheda 11: Equità in tutte le politiche – Metodologie e strumenti

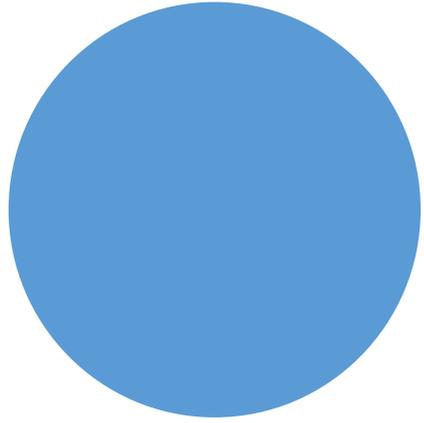


Gli strumenti di valutazione dell'equità

**Equality Impact
Assessment
(EqIA)**

**Health Equity
Audit
(HEA)**





Health Equity Audit



Health Equity Audit (HEA)

○ Strumento di programmazione sociosanitaria che parte da un'analisi delle evidenze e delle iniquità esistenti per orientare la pianificazione dei servizi (*processo di ricerca-azione*).

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

Da dove nasce l'HEA?

- L'HEA è un approccio nato in Inghilterra per il contrasto delle iniquità in salute e attualmente utilizzato in maniera sistematica nel Sistema sanitario nazionale inglese.
 - Strumento focalizzato su obiettivi nazionali di riduzione delle iniquità di salute.
 - Reso obbligatorio come parte del framework nazionale di valutazione delle performance.

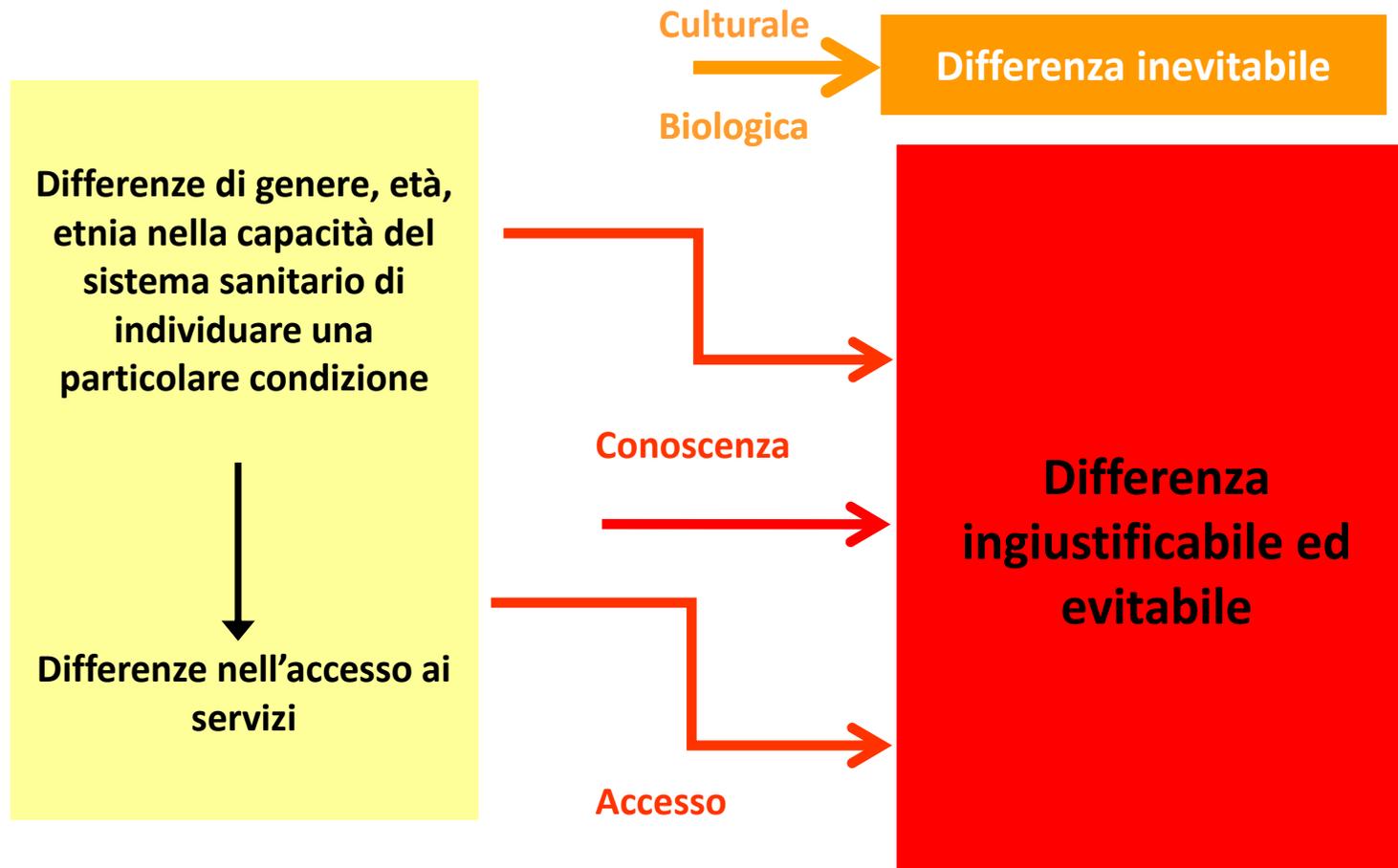
Quali iniquità e quali ricadute?



I diritti umani e gli approcci epidemiologici all'equità

	Promuovere uguaglianza – L'approccio dei diritti umani	Promuovere equità – L'approccio epidemiologico
Principi prioritari	I diritti umani individuali e la prospettiva etnica.	La prospettiva della popolazione, basata su evidenze scientifiche.
Significato?	Uguale rispetto, dignità e trattamento per tutti gli individui. La maggioranza non può negare un'esperienza individuale.	Uguali opportunità e risultati per uguali bisogni.
Di chi stiamo parlando?	<ul style="list-style-type: none"> • 6 specifici "gruppi tutelati per tipologie di uguaglianza" • Genere (inclusa l'identità di genere) • Orientamento sessuale • Età • Disabilità • Religione 	<p>Non è ristretto ad alcuni gruppi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Popolazioni socio-economicamente svantaggiati • Aree deprivate • ...

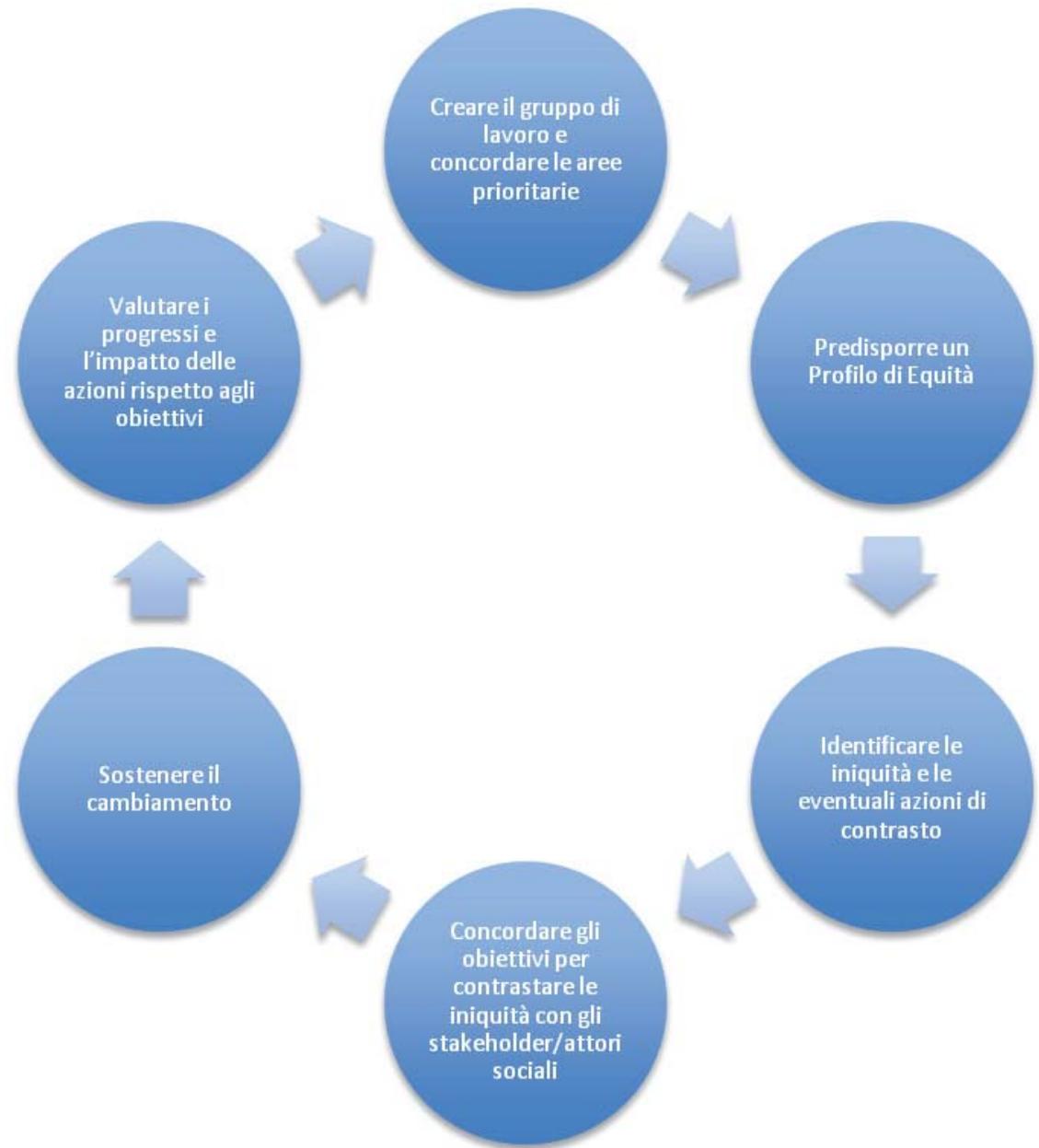
Il passaggio da disuguaglianza a iniquità: un esempio pratico



Punti chiave

- **Promuovere uguaglianza** e diritti umani per gli individui **non è la stessa cosa che promuovere equità per la popolazione.**
- Una disuguaglianza di **determinanti sociali** è sempre **ingiusta.**
- Un **accesso equo** ai servizi socio-sanitari deve essere valutato **in relazione ai bisogni.**
- Un accesso equo all'assistenza sanitaria per tutti i gruppi non è dunque il primo obiettivo.
- I fattori socio-economici contano molto, ma non sono la causa di tutte le disuguaglianze per gruppo etnico nel campo della salute.

Il ciclo dell'HEA



Fase 1 – Concordare le priorità

- Le priorità per un HEA possono derivare da:
 - piani sanitari o sociali di diverso livello (nazionali, regionali o locali)
 - analisi epidemiologiche
 - consultazione di cittadini o attori locali significativi
 - impegni di *partnership* locale su temi di interesse pubblico.
- In base alle priorità individuate va creato un gruppo di *partnership* **multidisciplinare**.
- Le **priorità** identificate dal gruppo di lavoro dovrebbero essere **incluse nei piani strategici e nella programmazione aziendale**.
- L'HEA dovrebbe essere redatto in accordo con l'intero gruppo di lavoro e sottoposto alla revisione dei gruppi di popolazioni interessati.

Fase 2 – Produrre un Profilo di equità

- Approfondimento del fenomeno in termini di equità, **sia quantitativo sia qualitativo.**
- **Profilo di equità** → mappatura dello stato di salute e dell'utilizzo di servizi sanitari della popolazione:
 - Tiene conto di variabili demografiche, socioeconomiche, ...
 - Ha l'obiettivo di individuare iniquità tra gruppi di popolazione.
 - Serve a capire in maniera esaustiva quanto e come alcuni fattori influenzino il problema che si vuole affrontare.

Fase 3 – Identificare le iniquità e le azioni di contrasto

- Revisione di **interventi, servizi e iniziative che hanno la possibilità di ridurre le iniquità identificate** dal profilo.
- Le raccomandazioni portate avanti dal gruppo di lavoro sono fatte sulla base di:
 - Bisogni identificati
 - Evidenze rispetto a “quello che funziona”

Fase 4 – Concordare gli obiettivi con gli stakeholder e gli attori sociali

- Scelta degli discussa e condivisa dai partecipanti al gruppo di lavoro sulla base dei risultati emersi dal Profilo di equità e dalla revisione delle azioni efficaci.
- Obiettivi diretti a contrastare una o più iniquità rilevate:
 - **Espliciti**
 - **Definiti**
 - **Misurabili**
- Evidenziare quali miglioramenti si auspica di raggiungere per ogni gruppo o area individuata nel Profilo.

Fase 5 – Sostenere il cambiamento

- È la fase che **può incidere maggiormente sulle iniquità, ma è anche quella che richiede tempi più lunghi.**
 - Può emergere la necessità di ripensare i servizi, riorganizzare il lavoro, distribuire diversamente le risorse umane o materiali, aprire nuovi servizi, ecc.
- Le raccomandazioni che scaturiscono dal Profilo di equità e dalla revisione degli interventi possono essere utilizzate per elaborare richieste di finanziamento e proporre la riallocazione delle risorse.

**Fase 6 –
Valutare i
progressi e
l'impatto delle
azioni rispetto
agli obiettivi**

- Il ciclo dell'HEA si considera **concluso** solo **quando è possibile valutare se le azioni intraprese hanno modificato o no le iniquità** rilevate.
- Possibili strategie per la valutazione:
 - Realizzare un nuovo Profilo di equità che confronti i risultati a distanza di tempo;
 - Stabilire a priori specifici indicatori.

Il profilo di equità: un approfondimento

Profilo di equità → Raccolta di informazioni su stato di salute, utilizzo di servizi sociosanitari e distribuzione dei determinanti sociali di salute

Tiene conto di **variabili socioeconomiche e sociodemografiche** per individuare iniquità tra gruppi distinti di popolazione.

Tappa fondamentale per definire quanto pesa il problema che si vuole affrontare, su chi grava maggiormente e come si sia prodotto in quel dato territorio o gruppo di popolazione.

Informazioni necessarie al gruppo di lavoro per stabilire obiettivi e azioni di contrasto.

Il profilo di equità: quali popolazioni?

- Può essere volto a indagare le iniquità in ambito sanitario di:
 - Un **gruppo di popolazione** (es. anziani, donne, immigrati, ...);
 - **Utenti** di un Servizio (es. Consultorio familiare);
 - **Abitanti** di un territorio (es. popolazioni montane);
 - **Operatori** di un'Azienda (es. personale amministrativo).
- Può anche essere focalizzato su un **problema di salute specifico** (es. tumore del polmone) o su un **percorso diagnostico-terapeutico** (es. screening della mammella).

Il profilo di equità: quali attenzioni?

Le principali sfide poste dall'elaborazione di un Profilo di equità:

1. Scelta degli **indicatori** utili per la lettura di iniquità nei bisogni, negli esiti di salute e nella distribuzione delle risorse;
2. Selezione delle dimensioni socioeconomiche e sociodemografiche di **stratificazione** degli indicatori;
3. Scelta delle **popolazioni** e/o degli **indici di confronto**;
4. **Fonti dei dati**;
5. Analisi e **interpretazione dei risultati**.

Il profilo di equità: scegliere gli indicatori

Gli indicatori di iniquità contenuti nel Profilo sono sostanzialmente riconducibili a tre grandi aree:

- a) **Normativa** → indicatori stabiliti da norme o piani di indirizzo (es. indicatori di monitoraggio di PDTA);
- b) **Letteratura** → indicatori tratti da esperienze su aree simili a livello locale, nazionale o internazionale;
- c) **Gruppo di audit** → indicatori specifici stabiliti e condivisi dal gruppo di audit.

Il profilo di equità: le dimensioni di stratificazione



- Possono essere incluse dimensioni di deprivazione specifiche per territori o ambiti di studio (es. nomadismo, esperienze carcerarie, tossicodipendenza, ...).
- Le indicazioni internazionali raccomandano di stratificare i dati per **sex**, per **almeno due indicatori di posizione socioeconomica** (educazione, reddito, professione), per **gruppo etnico**, e per altri fattori rilevanti per il contesto studiato e area di residenza.

Non è sufficiente avere una sola variabile di stratificazione

Il profilo di equità: scegliere le popolazioni e/o gli indici

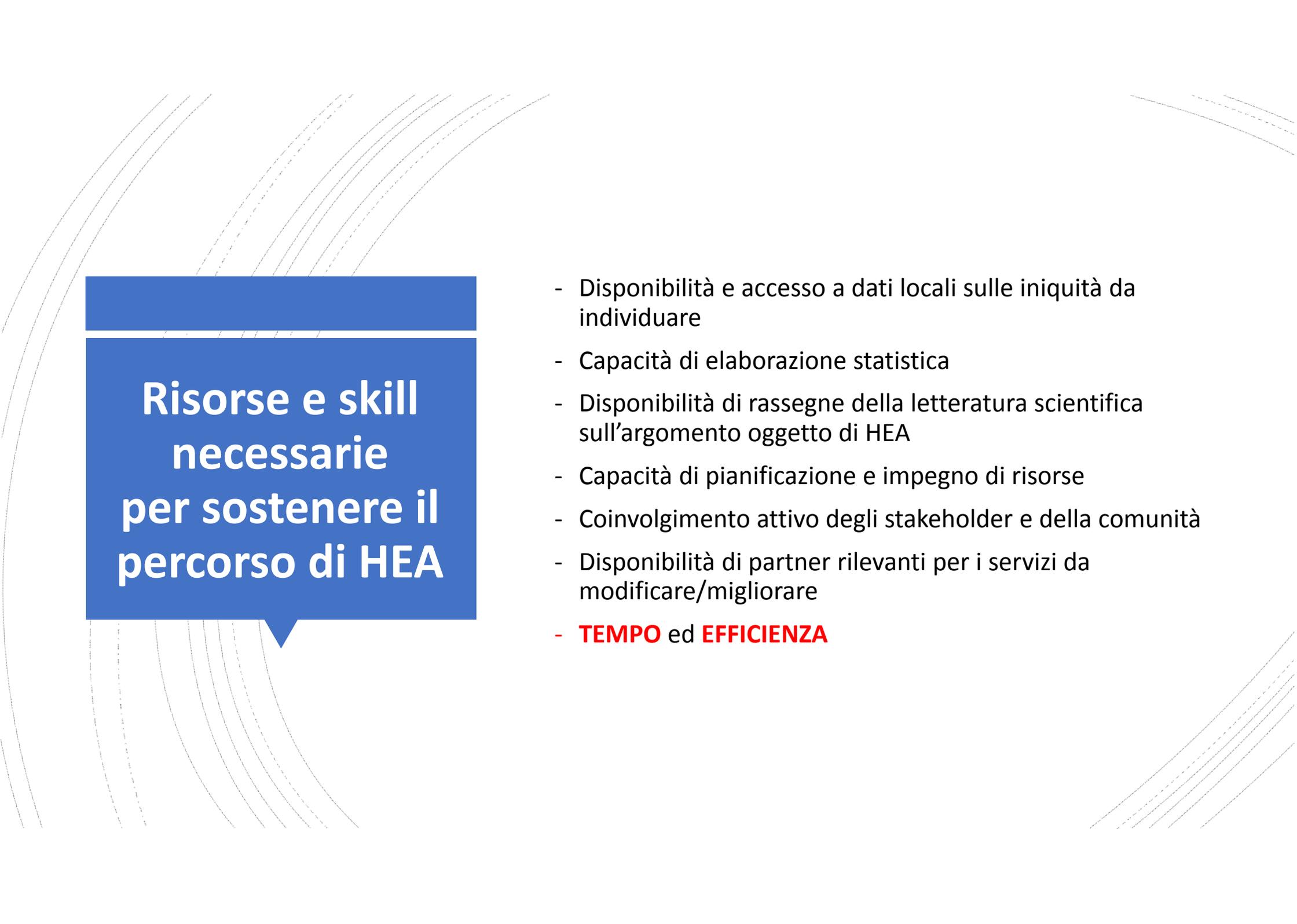
- La scelta delle popolazioni o di un livello di confronto dipende direttamente dalla **domanda a cui il Profilo di equità dovrebbe rispondere**. Alcuni esempi di confronto:
 - Italiani/stranieri
 - Uomini/donne
 - Residenti in comunità montane/residenti in città
 - Laureati/licenza media
- È sempre importante considerare **più variabili di stratificazione**.
- In alcuni casi può essere utile un confronto tra territori (es. dati provinciali o regionali).
- Se la domanda iniziale riguarda l'accesso a un Servizio o l'adesione a una proposta, il confronto avverrà rispetto a un obiettivo desiderato e il Profilo servirà a individuare quali popolazioni lo raggiungono con più difficoltà.

Il profilo di equità: le fonti dei dati

- La scelta delle fonti è uno degli aspetti più critici:
 - Nei flussi correnti non sono sempre disponibili informazioni di natura socioeconomica e sociodemografica.
 - Ad oggi i flussi più completi e stabili sono quelli sanitari (esiti di salute, accesso ai servizi), mentre è più difficile raccogliere informazioni sulla distribuzione dei determinanti sociali di salute.
- Scegliere fonti che consentono di avere **dati confrontabili nel tempo e tra territori distinti**, con il maggiore dettaglio possibile.
- In alternativa, sono possibili ricerche *ad hoc* su fenomeni specifici:
 - Maggiore specificità rispetto allo studio
 - Più difficile confrontare i dati con altri territori o a distanza di tempo.

Il profilo di equità: analisi e interpretazione dei risultati

- Per l'analisi e l'interpretazione dei risultati è di grande importanza l'utilizzo di **metodi qualitativi** (interviste, focus group, ...).
- Discutere quanto emerso dall'analisi quantitativa con i rappresentanti della popolazione in studio e con i membri del gruppo di audit.
- Se emergono influenze significative di interlocutori non ancora coinvolti nell'HEA, valutare la possibilità di un allargamento del Tavolo.



**Risorse e skill
necessarie
per sostenere il
percorso di HEA**

- Disponibilità e accesso a dati locali sulle iniquità da individuare
- Capacità di elaborazione statistica
- Disponibilità di rassegne della letteratura scientifica sull'argomento oggetto di HEA
- Capacità di pianificazione e impegno di risorse
- Coinvolgimento attivo degli stakeholder e della comunità
- Disponibilità di partner rilevanti per i servizi da modificare/migliorare
- **TEMPO** ed **EFFICIENZA**

Come definire
i target
dell'intervento
e le possibili
azioni:
alcuni esempi



Focus group con membri della comunità locale su quali siano i punti di interesse.



Rassegna della letteratura sul bilanciamento costi/benefici degli interventi.



Modelli statistici sul presumibile impatto delle azioni previste.



Come fare a capire se abbiamo “fatto la differenza”?

- Elemento di importanza fondamentale: usare indicatori sensati
 - Confronto i risultati con una media nazionale, regionale o locale?
 - O piuttosto mi limito a migliorare il livello dell'indicatore per una o più popolazioni ? (ad es. miglioramento dell'accesso ai servizi per la popolazione migrante)
- Quali **dimensioni** di iniquità vanno utilizzate?
- Quali **misure** sono **disponibili/utilizzabili** per i miei indicatori?

10 punti per rendere effettivo/fattibile un HEA (1)

Renderlo **obbligatorio** e verificarne regolarmente lo stadio di avanzamento.

Non imporre un argomento “dall’alto”
→ lasciarlo **scegliere a livello locale**.

Mettere in campo un processo di **autovalutazione** per il gruppo e la partnership che seguono il processo.

Fornire (dove possibile) un supporto in termini di **consulenza, formazione, dati ed esempi**.

Darsi un orizzonte temporale ampio (**almeno 3 anni**).

10 punti per rendere effettivo/fattibile un HEA (2)

Spingere per la scelta di **argomenti "facili"** ed enfatizzare la **"chiusura del cerchio"**

Sostenere la scelta di argomenti che siano **misurabili** in modo semplice.

Sostenere la scelta di argomenti in cui è possibile/immaginabile ottenere un **cambiamento a livello locale**.

Cercare il **sostegno dei partner** coinvolti.

Valutare la possibilità di un **sistema premiante** per diffondere i risultati e promuovere l'apprendimento condiviso

Bibliografia

DH Health Equity Audit: A Guide for the NHS

http://www.doh.gov.uk/healthinequalities/hea_guide_nhs.pdf

Health Equity Audit Made Simple

<http://www.lho.org.uk/viewResource.aspx?id=7670>

Health Equity Audit Made Simple: A briefing for Primary Care Trusts and Local Strategic Partnerships

<http://www.erpho.org.uk/viewResource.aspx?id=6773>

Health Equity audit methods /case studies

http://www.empho.org.uk/methodologies/hea/hea_casestudies.aspx

Maternity audit and Database of case studies

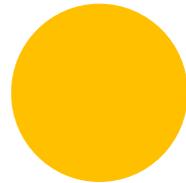
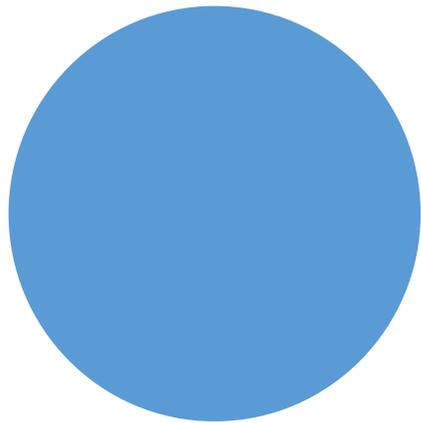
http://www.avon.nhs.uk/phnet/publications/hea/final_bristol_mat_hea_short_report.pdf

Understanding Inequalities in London's Life Expectancy & health life expectancy:

<http://www.lho.org.uk/Download/Public/18349/1/London%20LE%20summary%202009-12%2024.01.14.pdf>

Un percorso di valutazione di equità: L'Health Equity Audit (HEA). Toolkit 5 Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale – Area Comunità, Equità e Partecipazione

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



Grazie a tutti per l'attenzione
(*e un enorme grazie
a Bobbie Jacobson, OBE*)

[luigi.palestini@regione.
emilia-romagna.it](mailto:luigi.palestini@regione.emilia-romagna.it)