

l'agenda delle politiche per una salute meno disuguale: l'epidemiologia può essere un agente del cambiamento

Giuseppe Costa

DSCB, Università di Torino

SCaDU Servizio di epidemiologia ASL TO3

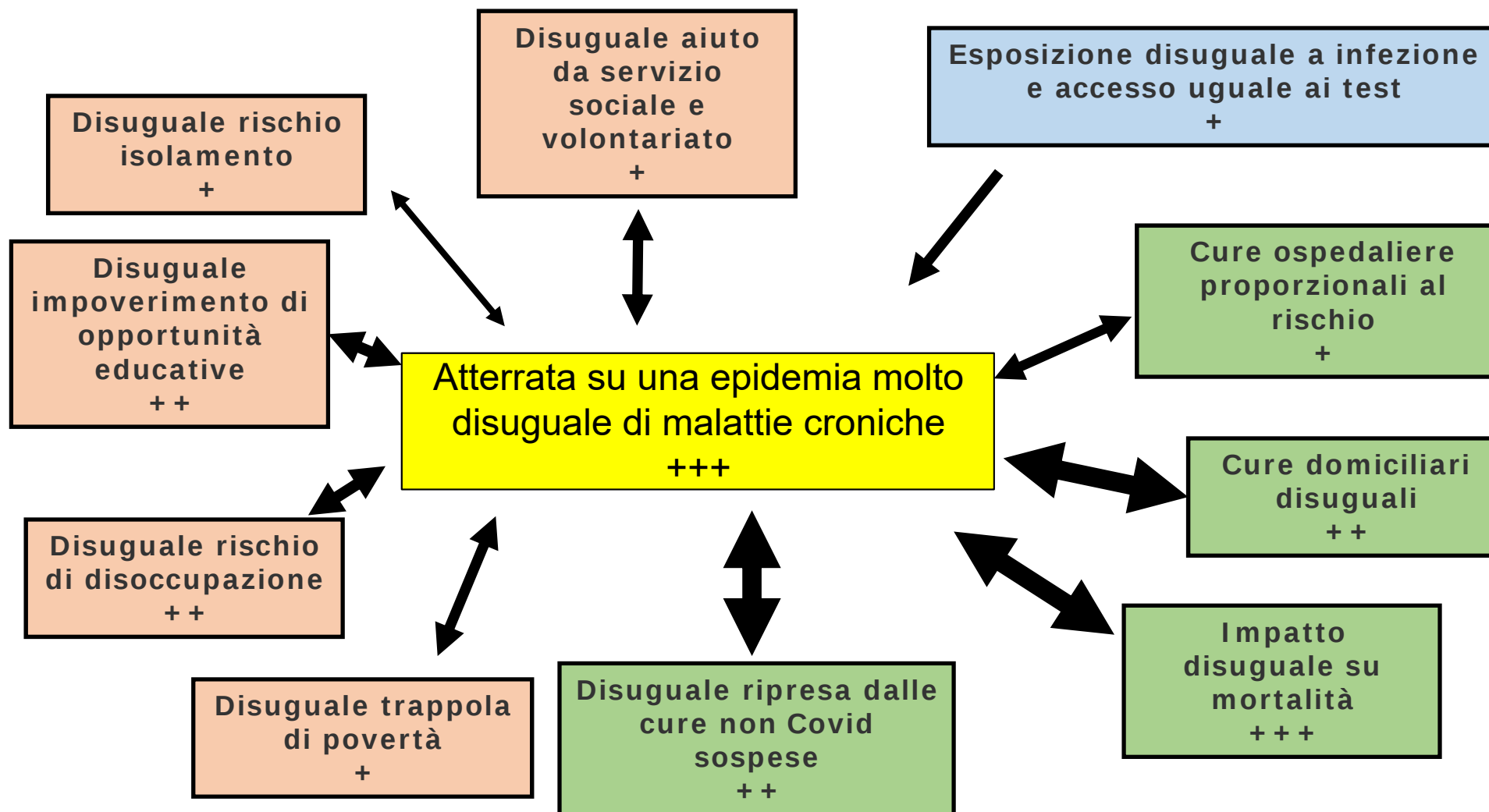
AIE, 29 ottobre 2021



Indice

Guarire dalla pandemia tornando ad una salute più uguale

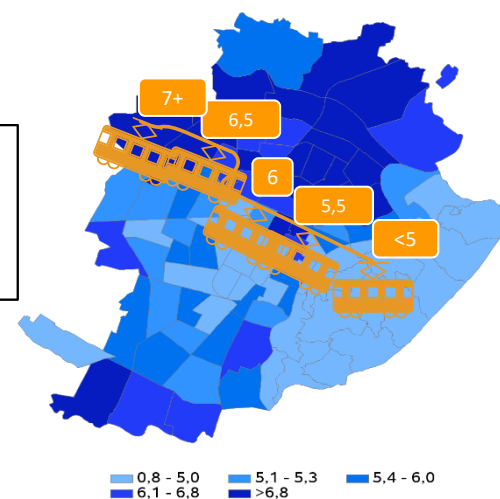
La pandemia sotto le lenti dell'equità: il SSN si interroga	1
Dov'è approdato il virus?	3
La pandemia sta aumentando il divario sociale nella mortalità? Perché?	4
Il contagio e l'infezione sono disuguali?	7
L'accesso ai test è disuguale?	10
La frequenza di positività al test è disuguale?	12
I ricoveri per COVID-19 sono disuguali?	13
I ricoveri in terapia intensiva sono disuguali?	15
La mortalità in COVID-19 è disuguale?	18
La compresenza di malattie croniche tra le vittime di COVID-19 è disuguale?	19
In conclusione: l'accesso alle cure per COVID-19 si può dire disuguale?	21
E l'accesso alle cure non COVID-19 è disuguale?	23
La percezione del rischio e l'impatto sullo stato emotivo sono disuguali?	27
L'accesso alle misure di prevenzione per COVID-19 è disuguale?	29
I comportamenti insalubri sono disuguali?	31
I rischi ambientali sono disuguali?	34
Il rischio di impoverimento è disuguale?	36
Il rischio di isolamento e solitudine e l'impoverimento delle reti di aiuto sono disuguali?	41
L'impoverimento delle opportunità educative è disuguale?	43
La mobilità sociale discendente è peggiorata in modo disuguale?	44
Quali sfide per il piano di resilienza e ripresa vengono dalle disuguaglianze di salute nella pandemia?	47
Allegati in preparazione	49



Atterrata su una epidemia molto
disuguale di malattie croniche
+++

Livello di istruzione	
Alto	4,5
Medio	6,5
Basso	13

Prevalenza % di diabete noto a Torino nel 2017,
standardizzata per età



**Impatto disuguale (RII) del numero di svantaggi sociali
su infezione e mortalità da Covid-19 e mortalità generale
con o senza l'effetto della sindemia (cronicità disuguale
sottostante)**

		UOMINI			
		Tamp	Posit	Mort 30 gg	Mort gen
30-64	RII	1,20	0,92	2,11	2,21
	RII agg per comorbosità	1,11	0,87	1,54	1,73
	Attenuazione	44,1%		51,8%	39,7%

		DONNE			
		Tamp	Posit	Mort 30 gg	Mort gen
30-64	RII	1,76	1,78	1,81	2,20
	RII agg per comorbosità	1,69	1,69	1,29	1,73
	Attenuazione	9,6%	11,2%	64,1%	39,0%

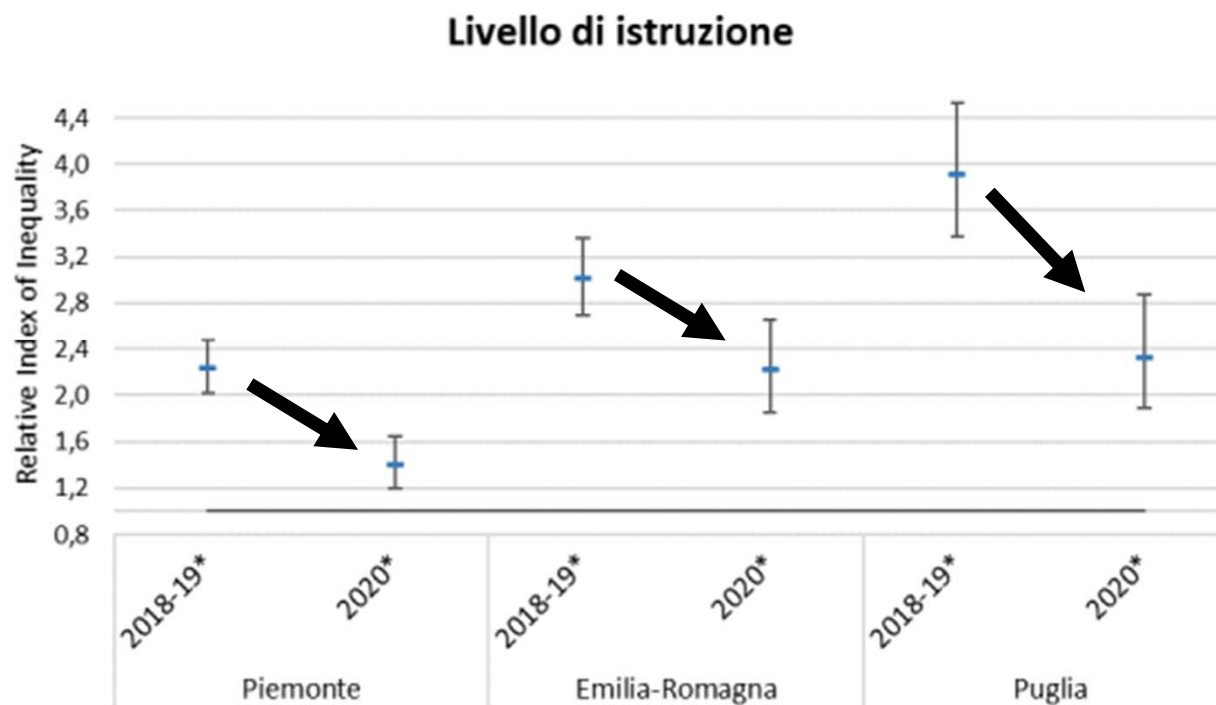
65 o +	RII	1,82	1,62	1,78	1,79
	RII agg per comorbosità	1,65	1,45	1,57	1,59
	Attenuazione	20,3%	26,8%	26,4%	25,7%

65 o +	RII	1,69	1,84	2,00	1,58
	RII agg per comorbosità	1,57	1,69	1,81	1,44
	Attenuazione	17,4%	17,2%	19,0%	23,7%

**Impatto
disuguale su
infezione +
e mortalità + + +**

Disuguale ripresa dalle
cure non Covid
sospese
++

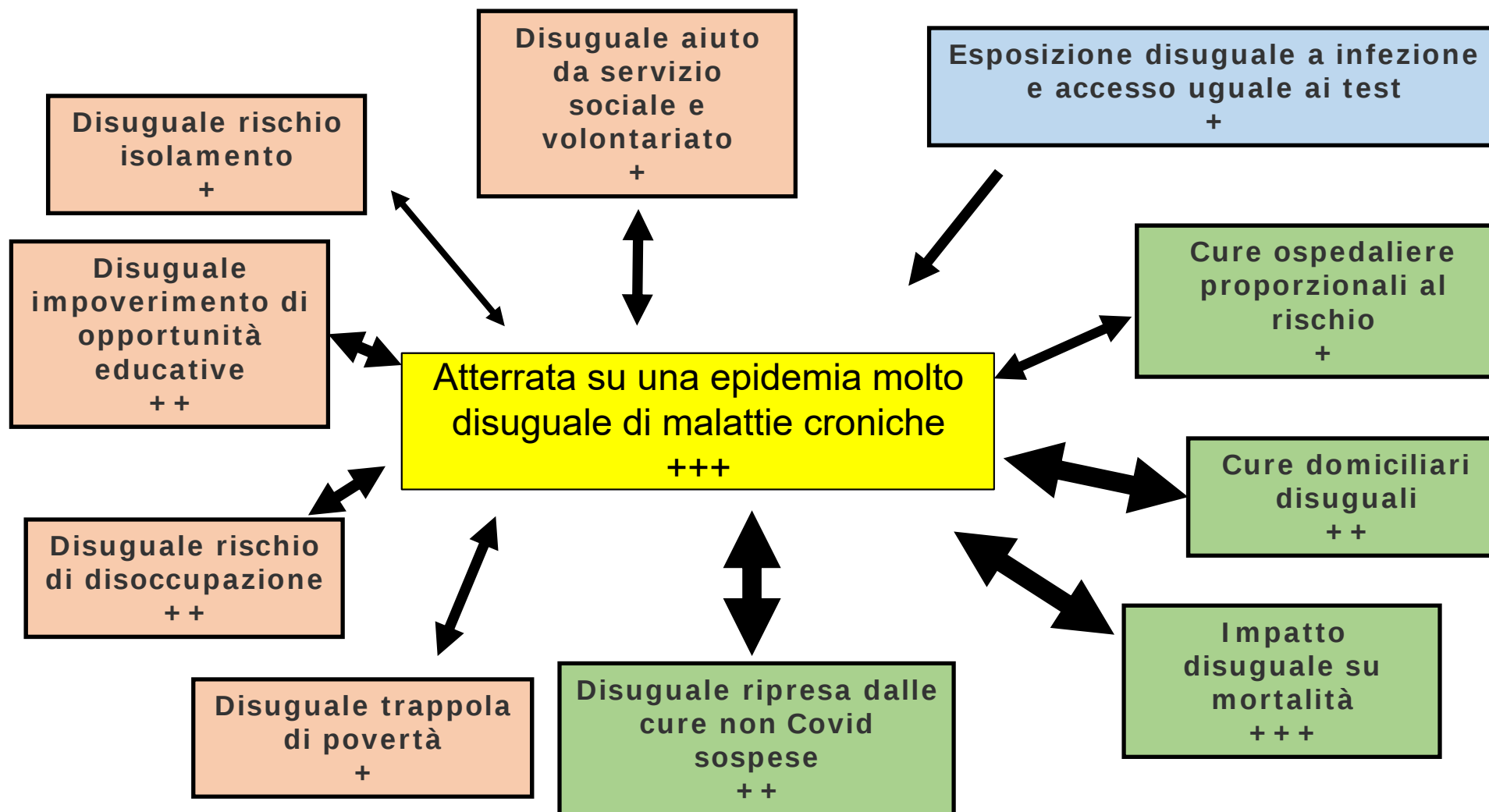
Interventi di protesi di ginocchio per titolo di studio marzo-agosto 2020 in tre regioni italiane



Più uso (più
bisogno) tra i meno
istruiti prima di
pandemia

Bisogno invariato
ma meno uso tra i
meno istruiti
durante pandemia

Mimico, 2021



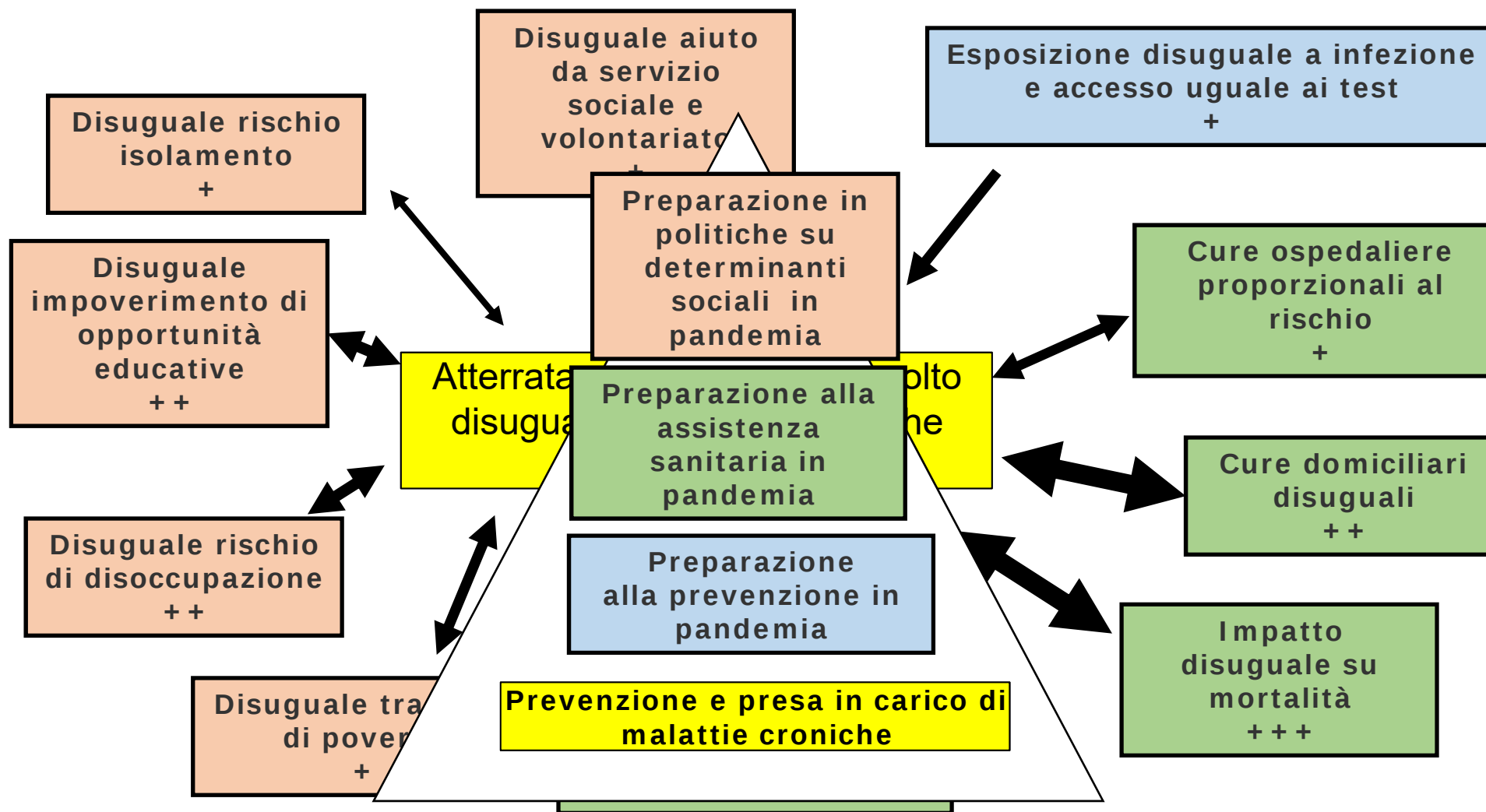
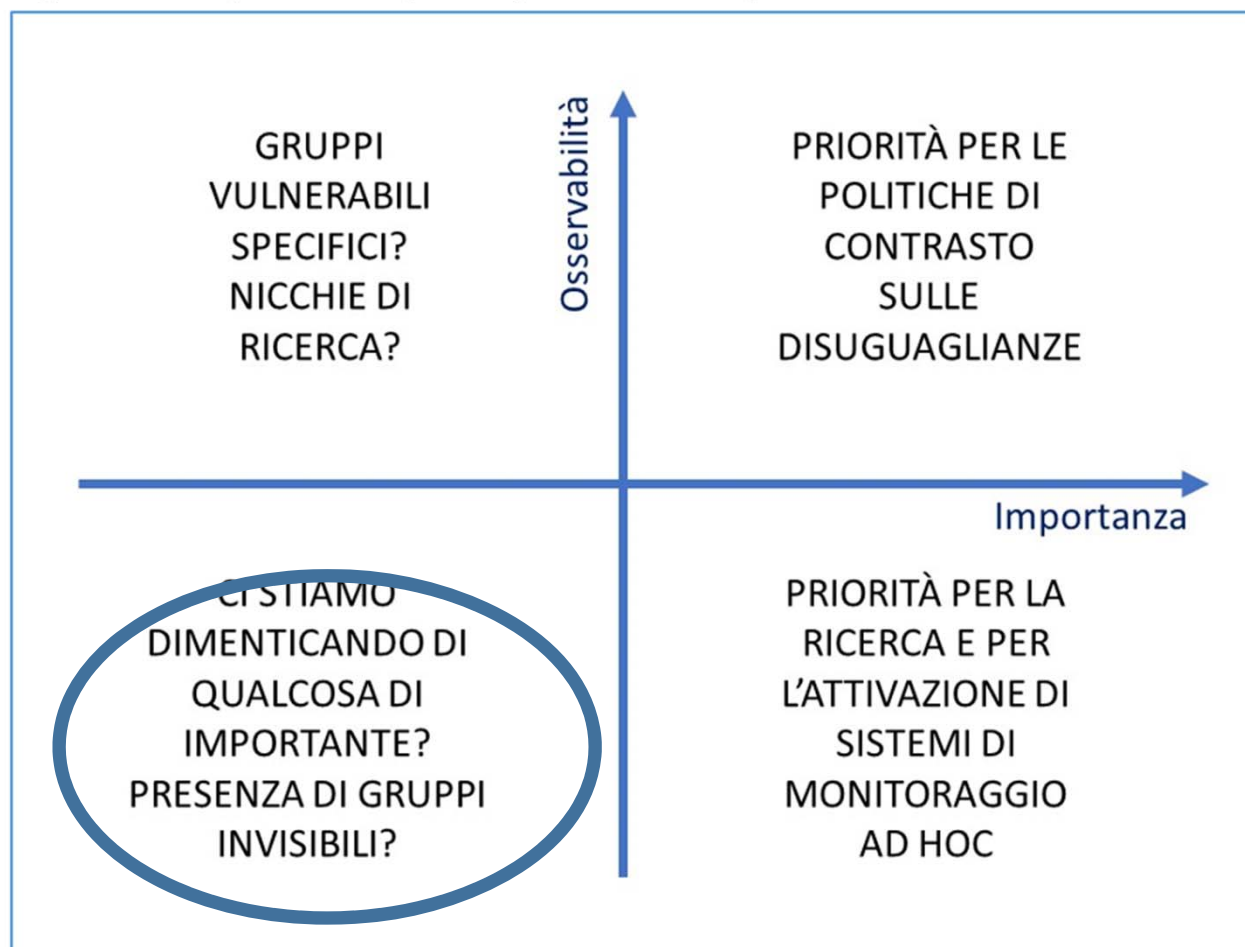


Figura 11. Implicazioni per le priorità nelle politiche e nella ricerca dell'HEA





Italy

Le Kamite

African students in Turin during Covid-
19

My story, like that of many other friends...

After finishing my course of study, despite my efforts, I was unable to find a stable position. Always precarious jobs, with fixed-term contracts. For some time I also worked as a welder in a mechanical workshop in Turin. I learned the job when I was a boy, from my father in Cameroon.

I was also sent to work in France because I know the language well. But always with fixed-term, underpaid contracts. If I protested, my boss would say to me: *"Look, Kamite, these are the contracts for your job and also the salaries... you don't have to complain. If you don't want to, there are many others like you who are willing to work for less"*. In the end I left.

Surely the fact of being a foreigner, with temporary residence permits does not help. Here in Italy it is very complicated to have citizenship. In addition to long periods of time, you have to prove that you have sufficient income to support yourself and your family.

To foreign students, when we meet, I always say: *"You know you have a great opportunity, you can't waste it. To come here to study, your family makes sacrifices, you have to try hard, because it is not easy"*.

Care must be taken not to lose your scholarship. Sometimes it's true, the money from the scholarship is not enough, so you start looking for a job, to make ends meet, and you neglect your studies. Then it's a cascade effect: you lose your scholarship, you try to work even harder and you are late for exams. Then you lose university accommodation, if you were entitled to it, and you have to look for accommodation with other students, but the costs increase. Finally, if you are no longer able to follow your studies, you lose your residence permit. [...]

<https://www.otherfrontline.org/>

Da HIIA a HEA : priorità

- a) Meccanismi prioritari per il contrasto delle disuguaglianze di salute con interventi di universalismo proporzionato, perché ad impatto misurabile e importante
 - a. A breve termine
 - i. Moderare le discriminazioni sociali legate al recupero di cure non Covid **LISTE DI ATTESA**
 - ii. Dare precedenza nella prevenzione, nella immunizzazione e nella presa in carico territoriale alle persone più suscettibili per malattie croniche e più vulnerabili per svantaggio sociale **PRIORITA'**
 - iii. Rinforzare reti di aiuto per garantire i soggetti fragili e disabili **TERZO SETTORE INTEGRATO**
 - b. A medio-lungo termine
 - i. Proteggere i soggetti a basso reddito e lavoro precario dalla esclusione sociale e dagli effetti sulla salute mentale e fisica **HEIA DI PNRR**
 - ii. Permettere ai bambini di famiglie a rischio di povertà di fruire delle idonee opportunità di sviluppo **HEIA DI PNRR**
 - iii. Promuovere comunità locali resilienti e inclusive per ridurre isolamento e generare risorse di aiuto **HEIA DI PNRR**
 - iv. Valorizzare gli aspetti benefici della pandemia: asset di fiducia alla sanità e aderenza alla promozione della salute, più esercizio fisico... **PNP**

Da HIIA a HEA : priorità

- b) Meccanismi prioritari per la ricerca, perché ad impatto potenziale ma poco misurabili**
 - a. Studiare l'interazione tra i rischi ambientali e il rischio di infezione e progressione della COVID-19 CCM, ART 12**
 - b. Studiare gli effetti disuguali sulla salute mentale della pandemia e del confinamento CCM, ART 12**
- c) Meccanismi e bersagli meritevoli di interventi selettivi**
 - a. Studiare i determinanti del maggior rischio di infezione e delle conseguenze tra i gruppi in condizioni di vulnerabilità, come le minoranze etniche immigrate PERSONALIZZAZIONE DI INTERVENTI**
- d) Meccanismi trascurati**
 - a. Creare delle sentinelle apposta per cercare questi meccanismi trascurati RETE DI STREET JOURNALISTS**

Da HIIA a HEA : priorità

- b) Meccanismi prioritari per la ricerca, perché ad impatto potenziale ma poco misurabili**
 - a. Studiare l'interazione tra i rischi ambientali e il rischio di infezione e progressione della COVID-19 CCM, ART 12**
 - b. Studiare gli effetti disuguali sulla salute mentale della pandemia e del confinamento CCM, ART 12**
- c) Meccanismi e bersagli meritevoli di interventi selettivi**
 - a. Studiare i determinanti del maggior rischio di infezione e delle conseguenze tra i gruppi in condizioni di vulnerabilità, come le minoranze etniche immigrate PERSONALIZZAZIONE DI INTERVENTI**
- d) Meccanismi trascurati**
 - a. Creare delle sentinelle apposta per cercare questi meccanismi trascurati RETE DI STREET JOURNALISTS**

METRICA DI SALUTE DISUGUALE RICHIEDE UN SALTO DI QUALITA' IN

- A) SISTEMA INFORMATIVO SANITARIO: INTERCONNESSIONE TRA DATI SOCIALI E SANITARI SU TUTTA ANAGRAFE SANITARIA NAZIONALE**
- B) METODO DI HEALTH EQUITY AUDIT NELL'ORDINARIO MONITORAGGIO E VALUTAZIONE DELLE INNOVAZIONI (VEDI Joint Action JAHEE)**
- C) PRIORITA' E CAPACITA' DI RICERCA (VEDI ALLEA/FEAM)**

**Barriere nel coinvolgimento di decisori e stakeholder
(nel contrasto delle disuguaglianze di salute):**

dove l'evidenza scientifica conta

dove la governance conta

- **Le disuguaglianze di salute non ci riguardano (HIIA, HEA)**
- **Non sappiamo che farci (causalità: meccanismi, prove di efficacia di interventi)**
- **Non sappiamo come farlo (buone pratiche, reti)**
- **Non vogliamo farlo (leve, incentivi, regolazione)**
- **Davvero non abbiamo intenzione di farlo (ideologia, forze di pressione)**
- **Non ce la possiamo fare (costo efficacia, intersettorialità)**

Il più recente sforzo di “assessment” delle prove di un nesso di causalità sottostante le disuguaglianze sociali di salute

Final version for conference 24 May 2018
1 May 2018

HEALTH INEQUALITIES an interdisciplinary exploration of socioeconomic position, health and causality

FEAM/ALLEA Committee on Health Inequalities

Rapporteurs: Johan Mackenbach and Jean Philippe de Jong

Final conference “Health inequalities: new methods, better insights?”
FEAM/ALLEA Health Inequalities project – Amsterdam, December 8, 2021

At this conference, the final report of the FEAM/ALLEA Health Inequalities project (“Health inequalities: new methods, better insights?”) will be presented to a wider audience. Because the technical contents of the report have already been discussed extensively at a series of well-attended workshops, this conference aims to provide a forum for discussing the implications of the report for research and policy. How can new research methods help us to better understand health inequalities, and how can better science help policy-makers to more effectively reduce health inequalities?

This FEAM/ALLEA project took place during the COVID-19 pandemic, which has again exposed the pervasive nature of health inequalities. The health impact of the COVID-19 pandemic has been more severe in disadvantaged groups, and the same applies to the negative impact of the countermeasures taken. How can the new methods help to better understand these inequalities, and what is their added value as compared to classical research methods?

Program

Chair: Johannes Siegrist

13:30 Opening (official from FEAM, ALLEA, and/or KNAW)

13:45 Understanding health inequalities: the usefulness of an expanded tool-box (Johan Mackenbach)

14:15 Known unknowns in the field of health inequalities: priorities for research (Ichiro Kawachi (tbc))

14:35 Solutions for health inequalities: reflections on the interface between science and policy (Margaret Whitehead (tbc))

14:55 Discussion

15:15 Tea-break

15:30 COVID-19 as a cause of widening health inequalities (1) (Clare Bambra (tbc))

15:50 Health inequalities as a cause of more severe COVID-19 (2) (Thierry Lang (tbc))

16:10 Understanding the interaction between COVID-19 and health inequalities: counterfactual approaches (Maria Glymour (tbc))

16:30 Panel discussion

17:15 Closure (by official from FEAM, ALLEA, and/or KNAW)



JOINT ACTION
HEALTH EQUITY EUROPE!

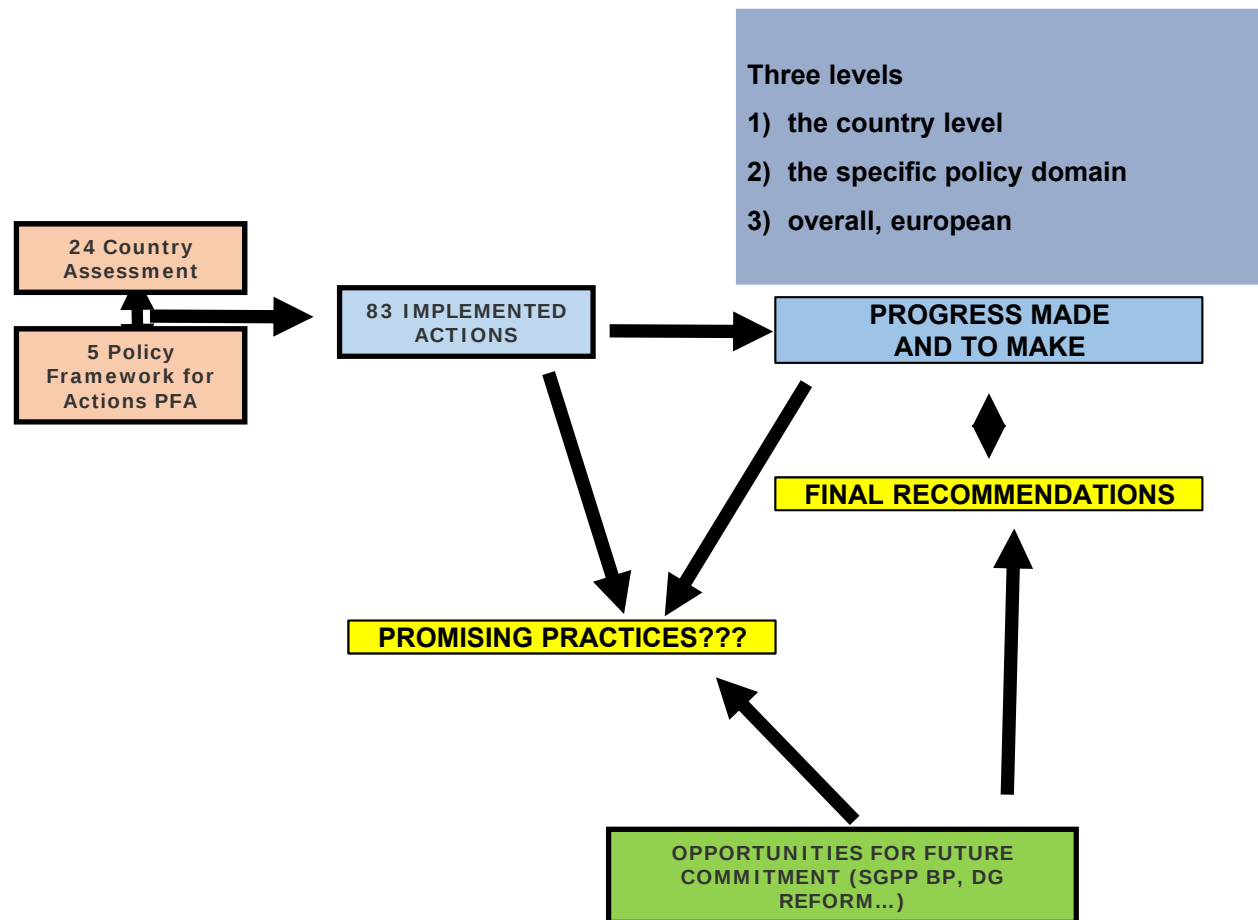
Towards final recommendations... addressing integration and sustainability

Giuseppe Costa, on behalf of WP4 team



Co-founded by the Health Program
of the European Union - CHAFEA

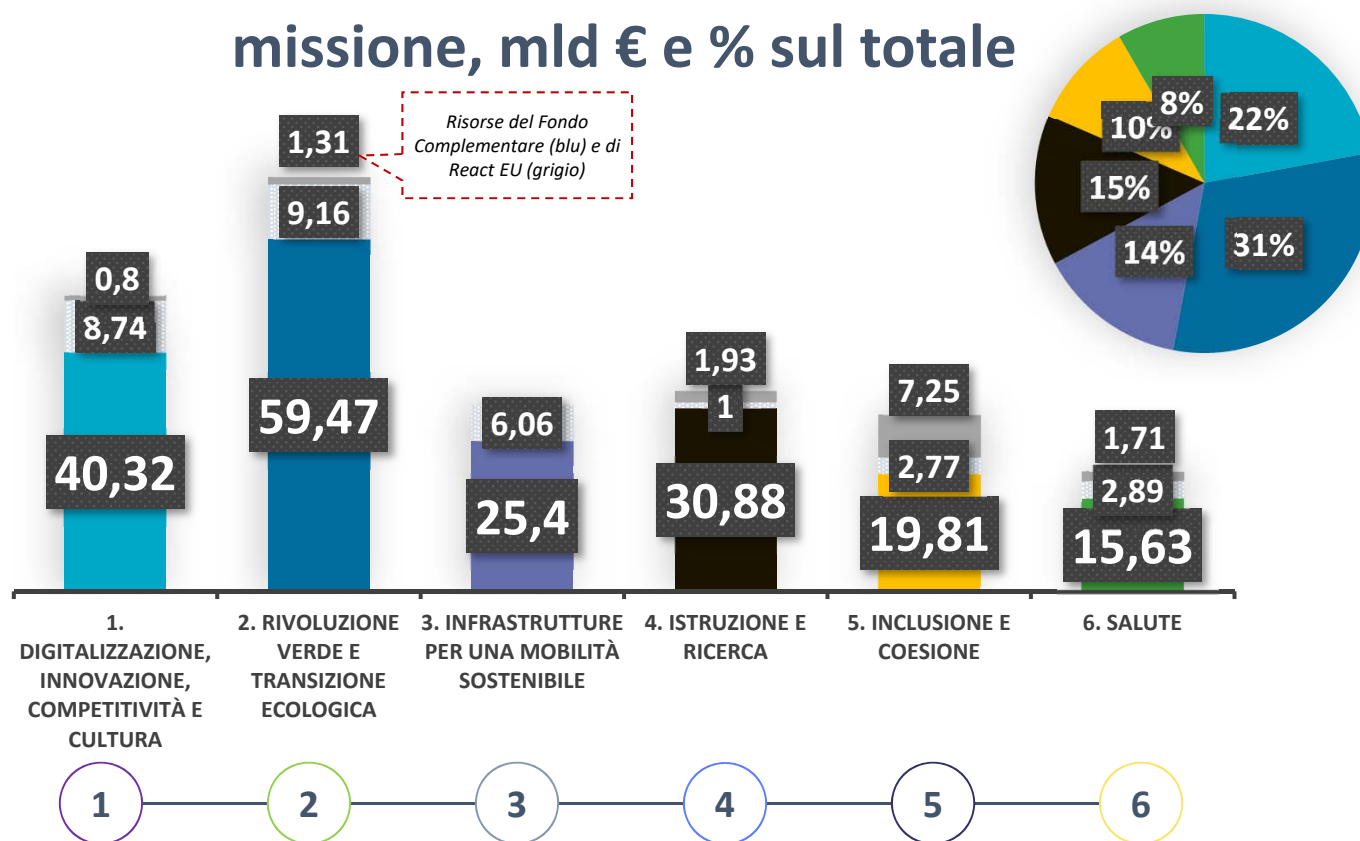
[JAHEE-Pre Conference Final 25102021 .pdf \(eupha.org\)](#)



Il Piano Nazionale per la Ripresa e la Resilienza: le 6 missioni e l'allocatione delle risorse



Risorse del PNRR allocate per missione, mld € e % sul totale



DOMANDE

Riferendoti all'esperienza personale di partecipazione al gruppo che ha redatto il documento sulle proposte di attuazione del PNRR in sanità:

1.Ci racconti delle difficoltà sperimentate nel processo di confronto con colleghi esperti di altre discipline? D'altro canto, quali elementi invece diresti che hanno permesso una virtuosa condivisione di saperi?

2.Oltre alla stesura delle proposte, credi che l'epidemiologo possa/debba continuare a essere interpellato e intervenire direttamente nelle politiche socio-economiche dello stato? Ad esempio, pensando a un fattore sociale che ha un forte effetto di salute, come la disoccupazione, quale ruolo deve avere l'epidemiologo? Misurarne l'effetto/ riportarlo ai decisori /trovare delle proposte di contrasto alle diseguaglianze/ combattere la disoccupazione/ intervenire nelle politiche socio-economiche dello stato

VISIONI, GOVERNANCE E STRUMENTI PER L'UTILIZZO DEL *EU NEXT GENERATION FUND* PER IL SSN

Eugenio Anessi Pessina (Università **Cattolica**), Amelia Compagni (Università **Bocconi**), Giuseppe Costa (Università di **Torino**), Americo Cicchetti (Università Cattolica), Giovanni Fattore (Università Bocconi), Francesco Longo (Università Bocconi), Cristina Masella (**Politecnico di Milano**), Sabina Nuti (Scuola Superiore **Sant'Anna**), Federico Spandonaro (Università **Tor Vergata**), Daniela D'Angela (Università Tor Vergata), Barbara Polistena (Università Tor Vergata), Milena Vainieri (Scuola Superiore Sant'Anna), Federico Vola (Scuola Superiore Sant'Anna), Michela Bobini (Università Bocconi), Francesca Meda (Università Bocconi), Claudio Buongiorno Sottoriva (Università Bocconi)

[Servizio di Epidemiologia - Pnrr, Missione Salute: le 10 proposte di sei università per migliorare il Servizio sanitario](#)

Speranza di vita a 65 anni a Torino per classe professionale: implicazioni per la flessibilità dei regimi pensionistici



Leombruni et al., 2015



Disuguaglianze di salute

Ridurre le disuguaglianze con azioni
di contrasto sui determinanti sociali

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

giuseppe.costa@unito.it