

Interventi volti a ridurre le diseguaglianze nelle regioni

Ridurre le diseguaglianze nell'ambito della primary care nelle regioni



Editoriale

Nonostante le diseguaglianze in salute continuino ad aumentare, i governi nazionali o regionali non hanno ancora adottato dei provvedimenti definitivi per far fronte a questo grave problema di sanità pubblica e sociale. Malgrado il continuo aumento delle spese per la sanità e le importanti riforme in ambito sanitario, le diseguaglianze in salute sono ancora presenti nei paesi europei. C'è un bisogno impellente di offrire soluzioni e garantire l'accesso alle cure e all'assistenza sanitaria a tutti i cittadini. I responsabili politici sono chiamati ad esigere che le problematiche sanitarie vengano prese in considerazione in tutte le politiche e ad implementare, con l'aiuto degli scienziati, soluzioni efficaci.

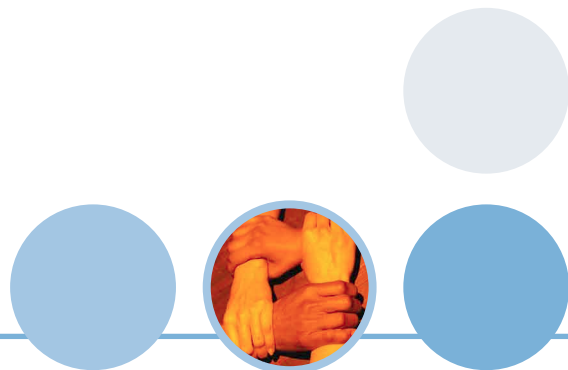
Le autorità in ambito sanitario hanno enfatizzato l'importanza che le cure primarie rivestono per il miglioramento della salute della popolazione e per la lotta contro le diseguaglianze. La promozione della salute, le campagne di prevenzione e le nuove organizzazioni sanitarie hanno un ruolo chiave nello sviluppo di azioni innovative ed efficaci.

Il progetto di ricerca AIR offre strumenti e informazioni sui servizi sanitari, le politiche e gli interventi che contribuiscono efficacemente alla riduzione delle diseguaglianze nelle regioni europee. I risultati del progetto hanno contribuito alla creazione di un database europeo di provvedimenti e politiche che mirano alla riduzione delle diseguaglianze nella primary care. Tale database dovrebbe aiutare gli attori coinvolti e i decisionisti a mettere in atto nuovi interventi ed a migliorare i provvedimenti esistenti all'interno dei loro territori.

*Solange Ménival,
Vicepresidente incaricato alla Sanità, al Sociale e alle Professioni Sanitarie del Consiglio Regionale dell'Aquitania (Francia)
Rachid Salmi,
Coordinatore Scientifico e Direttore dell'Istituto di Sanità Pubblica, Università di Bordeaux*

Indice

1. Interventi volti a ridurre le diseguaglianze nelle regioni	7
2. Analisi della letteratura	8
3. Risultati dell'indagine	9
4. Selezione e analisi degli interventi	10
5. Cinque interventi esemplificativi	11
6. dei principali risultati del progetto AIR	16
7. Raccomandazioni	18
8. Conclusioni finali e prospettive	19



1. Interventi volti a ridurre le diseguaglianze nelle regioni

Il progetto AIR, interventi volti a ridurre le diseguaglianze nelle regioni (Addressing Inequalities Interventions in Regions), si prefigge l'obiettivo di fornire ai responsabili politici gli strumenti e i metodi per ridurre le diseguaglianze nella primary care.

Oggi si assiste ad un aumento delle diseguaglianze in salute, che interessano un numero sempre maggiore di popolazioni svantaggiate. Ridurre le diseguaglianze è un compito difficile per tutti i paesi europei, ed è anche una priorità per i programmi sanitari dell'Unione Europea. Il progetto AIR è iniziato nel novembre 2009 con un obiettivo preciso: assistere i politici europei, regionali e locali nello sviluppo della propria politica sanitaria al fine di ridurre le diseguaglianze nella primary care. Con il coordinamento del Consiglio Regionale dell'Aquitania (Conseil Régional d'Aquitaine), il progetto AIR è stato condotto in stretta collaborazione con i partner della rete ENRICH e con altri esperti appartenenti a diverse istituzioni e centri di ricerca per la salute. 31 partner rappresentanti 15 Paesi europei hanno lavorato insieme per individuare le pratiche e le politiche sviluppate per ridurre le diseguaglianze nella primary care nelle regioni europee. Il progetto AIR offre alcuni esempi di interventi mirati alla riduzione delle diseguaglianze in salute, prendendone in considerazione l'efficacia, i costi e la popolazione target. Il progetto propone inoltre delle raccomandazioni per i decisionisti e i professionisti del settore sanitario. I risultati del progetto contribuiranno in misura significativa alla riduzione delle diseguaglianze nella primary care in Europa.

2. Analisi della letteratura

La prima fase del progetto AIR consisteva in un'analisi sistematica della letteratura sugli interventi nell'ambito delle cure primarie, che sono stati valutati al fine di ridurre le disuguaglianze in salute.

Sono stati selezionati 123 articoli pubblicati dopo il 2000 e contenuti nel database Medline ed in quello della Cochrane Library, nei siti web Health Policy Monitor e Determine, nelle pubblicazioni Nber e nel rapporto del progetto Eurothine. In particolare, sono stati scelti gli articoli che avessero come oggetto la valutazione quantitativa di un intervento nell'ambito delle cure primarie sul processo sanitario o sulle misurazioni degli esiti fra gruppi socio-economici. Per interventi nell'ambito delle cure primarie si intendono gli interventi relativi ai servizi di primary care (accesso alle cure e alla prevenzione di malattie comuni, assistenza nel percorso materno-infantile) o all'organizzazione (primo contatto, assistenza globale, coordinata...).


107 interventi valutati sono stati analizzati per costruire una tipologia. Sono stati individuati tre tipi generali di interventi: interventi di promozione della salute nel contesto comunitario; interventi mirati a fornire maggior supporto economico per l'accesso alle cure, offrendo assistenza gratuita o assicurazioni sanitarie gratuite o sovvenzionate; e interventi sull'organizzazione dell'assistenza sanitaria. Nel complesso, il 74% degli interventi si è rivelato efficace nel ridurre le disuguaglianze, con risultati simili per ciascun tipo di intervento.

Gli interventi nell'ambito delle cure primarie possono ridurre notevolmente le disuguaglianze socio-economiche in salute. Fornire maggior supporto economico per l'accesso alle cure determina un incremento del ricorso all'assistenza sanitaria e migliora gli esiti sulla salute. L'accesso universale alle cure va completato con interventi di promozione della salute che siano personalizzati, si adattino dal punto di vista culturale alle esigenze dei pazienti e siano coordinati da "peer educators" (educazione tra pari). Gli interventi "a ombrello" possono fornire un contesto per implementare diversi interventi di promozione della salute. Infine, gli interventi sull'organizzazione dell'assistenza sanitaria, come il lavoro di squadra o la gestione delle malattie, possono ridurre notevolmente le disuguaglianze in salute.





3. Risultati dell'indagine



La seconda fase del progetto AIR consisteva nel realizzare un'indagine il cui scopo fosse raccogliere informazioni su tutti gli interventi che contribuiscono alla riduzione delle disuguaglianze in salute mediante le cure primarie nelle regioni UE, o mediante politiche adottate a livello nazionale, regionale o locale. Sono stati raccolti 47 questionari provenienti da 21 Paesi europei, per un totale di 90 interventi regionali identificati.

Fra i questionari ricevuti, un terzo degli intervistati ha affermato di aderire ad una strategia nazionale mirata alla riduzione delle disuguaglianze in salute, mentre il 46% degli intervistati ha dichiarato che la strategia sanitaria del proprio paese prevede la riduzione delle disuguaglianze. Un quarto delle regioni ha dichiarato di rientrare in una strategia regionale specifica per ridurre le disuguaglianze in salute, e il 67% degli intervistati ha specificato che la strategia sanitaria regionale prevede la riduzione delle disuguaglianze. Secondo il 78% degli intervistati, istruzione, interventi personalizzati in base alla fascia di età e interventi mirati per gruppi svantaggiati hanno contribuito a ridurre le disuguaglianze in salute.

Per quanto riguarda le azioni intraprese nelle strategie regionali, prevenzione e promozione della salute sono state considerate le più efficaci (99%), seguite da organizzazione dell'assistenza sanitaria (82%), finanziamenti (71%) e accesso alle cure (67%).

I risultati del primo questionario hanno messo in risalto una maggiore consapevolezza a livello nazionale e regionale dell'esistenza delle disuguaglianze in salute e una maggiore propensione ad adottare nuovi provvedimenti a livello regionale. Altri risultati positivi emersi dall'indagine sono stati una solida cooperazione fra settori diversi (istruzione e servizi sociali) e un ruolo positivo delle cure primarie, soprattutto nella promozione della salute. La raccolta di 90 interventi per ridurre le disuguaglianze a livello regionale potrebbe inoltre contribuire a valutare positivamente le iniziative e gli interventi locali e regionali, rispecchiando la volontà di agire dei governi. Tuttavia, l'indagine ha messo in evidenza un punto debole nella valutazione dell'impatto degli interventi sulla riduzione delle disuguaglianze e alcune difficoltà nel raggiungere una visione chiara e integrata delle diverse strategie e risultati tra il livello nazionale e quello regionale. In conclusione, i policy maker e i medici da un lato, e i ricercatori dall'altro, devono ridurre un primo divario fra l'esistenza, la conoscenza e la consapevolezza delle disuguaglianze presenti nei sistemi sanitari.

4. Selezione e analisi degli interventi

La terza fase del progetto consisteva nel realizzare un secondo questionario il cui obiettivo fosse sviluppare ulteriormente le informazioni sugli interventi individuati dalla prima indagine, in modo che potessero essere analizzate dettagliatamente. In questa fase il compito era affidare la valutazione e l'analisi degli interventi ad un gruppo di valutatori che, attraverso un set di criteri, ne misurassero, fra le altre caratteristiche, efficacia e qualità. È stata inoltre prevista la realizzazione di un catalogo di “pratiche esemplificative” e raccomandazioni.

L'indagine conteneva informazioni contestuali sugli interventi, sulle loro caratteristiche descrittive e sulle caratteristiche del gruppo target di ogni intervento. E' stato inoltre necessario richiedere alcune informazioni supplementari. Le domande erano mirate a valutare gli interventi sulla base dei seguenti criteri: attinenza, appropriatezza, applicabilità, innovazione, garanzia di qualità, adeguatezza delle risorse, efficacia del processo, efficacia dei risultati e mainstreaming.

È stato analizzato un totale di 46 interventi in 16 Paesi europei e 20 regioni. Gli interventi erano principalmente rivolti alla popolazione ambosessi e senza una fascia d'età specifica (41%). Le popolazioni dei contesti urbani e rurali sono state raggiunte in percentuali quasi identiche, poiché la caratteristica scelta più spesso per definire il target era la presenza di condizioni socio-economiche sfavorevoli. Pochi interventi si prefiggevano di ridurre le disuguaglianze agendo su fattori strutturali socio-economici. I servizi di primary care non erano soltanto dei meri partecipanti, ma rappresentavano anche il contesto in cui la maggior parte degli interventi attualmente in corso vengono sviluppati (74%). Fra gli altri contesti, c'è stato un coinvolgimento rilevante del settore istruzione. Nella maggioranza delle occasioni è stata condotta un'analisi prima dell'intervento per identificare i bisogni della popolazione (87%). La metodologia usata per sviluppare queste azioni e attività si è basata molto spesso su metodi informali, quali l'analisi della letteratura e la consulenza di esperti, piuttosto che su metodi formali.

Anche il carattere interdisciplinare degli interventi è stato preso in considerazione nel processo di valutazione. Solo cinque dei quarantasei interventi prevedevano la presenza di uno specialista in scienze sociali (antropologo, sociologo, politologo) nel team, e solo pochi altri coinvolgevano insegnanti, economisti, politici, giornalisti e legali. Gli intervistati hanno segnalato aspetti innovativi in due aree: nuovi modi di operare e attività sviluppate specificamente per l'intervento.

Gli interventi sono stati monitorati nell'80% dei casi. Solo per metà di essi è stata preparata una relazione che contenesse i dettagli di questo monitoraggio. Gli effetti indesiderati riscontrati durante l'implementazione dell'intervento sono stati segnalati raramente, solo in tre casi. Per quanto riguarda gli effetti imprevisti, il numero dei casi segnalati era maggiore (10 interventi) e la maggior parte di questi erano positivi.

Le tre lezioni apprese cui è stata data maggiore enfasi sono state l'importanza della cooperazione fra istituzioni e organizzazioni, il coinvolgimento e la motivazione dei professionisti, e l'ascolto dei diversi bisogni di persone e istituzioni e l'adattamento al contesto.



5. Cinque interventi esemplificativi

Una volta analizzati gli interventi, ciascuno di essi è stato valutato da due diversi valutatori che attribuivano un punteggio secondo i criteri stabiliti in precedenza. Dall'analisi e dalla valutazione degli interventi sono stati selezionati 5 interventi esemplificativi da presentare alla conferenza finale del progetto, tenutasi a Budapest il 19 aprile 2012.

Networking contro le droghe nella comunità locale. Progetto pilota di Korcula. Contea di Dubrovnik-Neretva. Croazia.

Popolazione target

Alunni di 12-18 anni dell'isola di Korcula.

Scopo

Ridurre il consumo di droga fra i giovani.

Attività

Nell'ambito scolastico: conferenze, workshop, focus group, mostre, giochi per bambini, seminari per bambini, genitori e insegnanti.

Nell'ambito delle scuole e delle comunità locali per tossicodipendenti: apertura di nuovi centri di consulenza, formazione per medici di famiglia e professionisti, promozione tramite i media, tavole rotonde e dibattiti pubblici. Nel contesto dei servizi sanitari e delle comunità locali: miglioramento della performance e dell'efficacia di ogni comunità e incentivazione della cooperazione tra comunità partner; controllo nella vendita di alcolici ai minori e controllo dei minori che stanno fuori casa fino a tardi.

Contatti

Istituto di Sanità Pubblica della Contea di Dubrovnik-Neretva

E-mail: pavici@net.hr; karmen.kmetovic-prkacin@zzjzdnz.hr

Interventi volti ad aiutare le persone affette da disturbi mentali e i detenuti a smettere di fumare . Andalusia. Spagna.

Popolazione target

Personae detenute presso i penitenziari, persone affette da gravi disturbi mentali che si trovano in case famiglia, comunità terapeutiche, centri per lunga e media degenza e ospedali.

Scopo

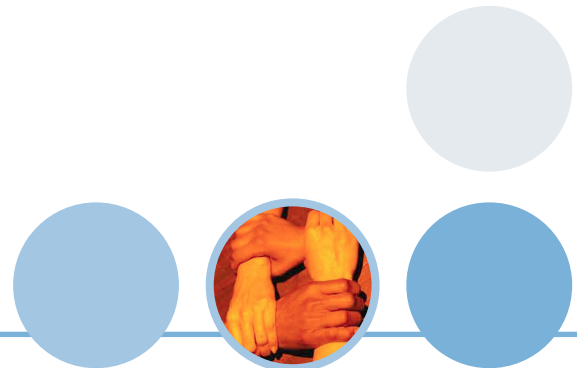
Standardizzare il trattamento contro il fumo per tutti i cittadini che subiscono disuguaglianze e mettere a punto e implementare un modello specifico di intervento contro il fumo rivolto ai detenuti e alle persone con gravi disturbi mentali.

Attività

1. Accordi di collaborazione con i dirigenti delle istituzioni.
2. Analisi della situazione: indagine sul consumo di tabacco.
3. Aumentare la consapevolezza di dirigenti, professionisti e popolazione istituzionalizzata sui problemi provocati dal consumo di tabacco e dal fumo, aiutare la popolazione a smettere di fumare.
4. Programma di formazione per i professionisti coinvolti.
5. Organizzazione di servizi mirati ad aiutare le persone coinvolte a smettere di fumare.
6. Valutazione.

Contatti

Segretariato Generale di Salute Pubblica
E-mail: mariap.mesa.sspa@juntadeandalucia.es



Prevenzione e controllo dell'HIV/AIDS. Algarve. Portogallo.

Popolazione target

Minoranze sessuali, popolazione detenuta, persone che si prostituiscono.

Scopo

Sviluppare attività di prevenzione, consulenza e diagnosi precoce dell'infezione da HIV fra le popolazioni più vulnerabili con difficoltà di accesso ai servizi sanitari e fra la popolazione in generale, usando a tale scopo le strutture delle istituzioni partner e/o unità mobili. Gli obiettivi: promuovere la consapevolezza circa lo stato sierologico dell'infezione da HIV; garantire un rimando tempestivo per consulti ospedalieri specifici ogniqualvolta ciò si renda necessario; prevenire la trasmissione dell'infezione da HIV; contribuire all'accettazione sociale degli individui che hanno contratto l'infezione.

Attività

C'è un centro (CAD) che offre consulenza e individuazione dell'infezione in forma anonima, gratuita e confidenziale. Il CAD agisce come centro di assistenza per svolgere attività nelle comunità, garantendo formazione continua e consulenza tecnica ai professionisti dei diversi team, eseguendo analisi del sangue in tempi rapidi e fornendo materiale informativo. Grazie all'uso di unità mobili o delle proprie strutture, vengono erogati i seguenti servizi: attività di consulenza, screening (analisi del sangue in tempi rapidi), distribuzione di materiale informativo e profilattici, con una tabella di marcia organizzata, in collaborazione con istituzioni e organizzazioni non governative. Tali servizi sono offerti nelle prigioni, a coloro che si prostituiscono (in strada o in appartamento), agli emigrati (nelle zone in cui vivono o che frequentano regolarmente), nelle università, nei centri commerciali e nei centri di assistenza sanitaria. Queste attività vengono incrementate durante l'estate e in occasione della Giornata mondiale contro l'AIDS, ed inserite in campagne di informazione. Viene prodotto materiale didattico e informativo.

Contatti

Amministrazione Sanitaria Regionale di Algarve

E-mail: svrcra@arsalgarve.min-saude.pt

Programma regionale di nutrizione e salute per bambini e adolescenti. Aquitania. Francia.

Popolazione target

Bambini e adolescenti di età inferiore ai 18 anni in Aquitania, nel contesto scolastico, familiare e medico.

Scopo

Obiettivo generale: frenare l'aumento del numero di bambini e adolescenti in sovrappeso, aumentare il consumo di frutta e verdura e promuovere l'attività fisica.

Obiettivi specifici: ottimizzare l'individuazione precoce dei bambini e degli adolescenti in sovrappeso, rendere più sano il cibo servito ai bambini e agli adolescenti, mettere in atto interventi di educazione alla salute nelle scuole.

Attività

Interventi di educazione alla salute rivolti ai bambini e agli adolescenti (giovani).

Formazione degli insegnanti e del personale che lavora nelle mense. Azioni di sensibilizzazione/informazione per il personale medico presso gli istituti scolastici nazionali (infermieri e medici scolastici) sull'importanza dello screening dei soggetti sovrappeso o obesi.

Iniziative di formazione sull'uso degli strumenti di screening ufficiali e comuni. Azioni di sensibilizzazione/formazione per le autorità locali e territoriali sull'importanza del miglioramento della qualità del cibo servito nelle mense. Azioni di sensibilizzazione rivolte alla popolazione.

Contatti

Ospedale Universitario e Istituto di Sanità Pubblica di Bordeaux

E-mail: helene.thibault@isped.u-bordeaux2.fr





Piano di promozione della salute 2010-2012 della provincia di Hainaut. Belgio.

Popolazione target

L'intera popolazione della provincia di Hainaut.

Scopo

Ridurre le disuguaglianze in salute in una popolazione con un'alta percentuale di malati cronici, collaborando con i partner di altri settori e instaurando condizioni favorevoli alla promozione della salute, mediante azioni adeguate ai bisogni dell'intera popolazione; infine, continuare a lavorare per aumentare la consapevolezza della popolazione e mobilitare la società.

Attività

Sono state pianificate 105 attività, quali l'informazione e il monitoraggio nell'ambito sanitario, la mobilitazione sociale, il follow-up di programmi locali, la formazione, l'educazione alla salute, la realizzazione di materiale informativo (opuscoli, mostre, animazioni di gruppo), il networking, l'utilizzo dei mass-media, la comunicazione e il coinvolgimento dei responsabili politici.

Contatti

Osservatorio per la Salute di Hainaut
E-mail: observatoire.sante@hainaut.be

6. Sintesi dei principali risultati del progetto AIR

Il progetto AIR si è focalizzato sugli interventi per ridurre le disuguaglianze nell'ambito delle cure primarie nelle regioni, presupponendo che sia possibile mettere in atto numerose azioni di prevenzione e promozione della salute a livello regionale mediante le strutture e i professionisti che erogano cure primarie. Infatti, i valori fondamentali della primary care mirano a raggiungere la parità nell'accesso alle cure e comprendono pertanto esplicitamente l'obiettivo di ridurre le disuguaglianze in salute.

A partire dalla seconda guerra mondiale i paesi europei hanno raggiunto quest'obiettivo con una varietà di mezzi, compresi l'accesso universale alle cure e le risposte adeguate alle necessità basilari delle popolazioni. In linea con una maggiore consapevolezza delle disuguaglianze in salute, molte politiche sanitarie nazionali, regionali e locali hanno tra i loro obiettivi la riduzione di tali disuguaglianze.

La maggior parte delle regioni sostiene che la promozione della salute e gli interventi rivolti ai gruppi svantaggiati siano delle priorità. Tuttavia, sussistono un coordinamento e un'integrazione limitati delle strategie fra il livello nazionale e quello regionale. Inoltre, le priorità spesso rimangono solo delle buone intenzioni e non sempre vengono effettivamente tradotte in progetti specifici. Politiche e interventi vengono valutati raramente.

La maggior parte degli interventi è locale, e questo solleva la questione di come ampliare gradualmente gli interventi in modo da raggiungere tutte le popolazioni interessate dal problema delle disuguaglianze in salute.

Valutazione degli interventi e ricerca per ridurre le disuguaglianze in salute

La maggior parte delle pubblicazioni scientifiche che analizzano gli interventi volti a ridurre le disuguaglianze nell'ambito delle cure primarie viene prodotta negli Stati Uniti; un numero molto limitato di articoli proviene dall'Europa. Delle esperienze pubblicate e degli interventi individuati nel corso delle indagini svolte nell'ambito del progetto AIR, pochissimi affrontano il tema del ruolo degli operatori sanitari nell'ambito delle cure primarie, compresi la loro distribuzione geografica e l'impatto sulle disuguaglianze.

Pochissimi fra gli interventi individuati dalle indagini AIR comprendono effettivamente processi di monitoraggio e valutazione pienamente sviluppati e scientificamente documentati, fra cui la disseminazione dei risultati. Quando una valutazione esiste o è pianificata, il più delle volte non si basa esplicitamente su approcci formalizzati o metodici e raramente prende in considerazione l'impatto dell'intervento.





Conoscenze su interventi efficaci, fattori facilitanti e ostacoli

- Sebbene il genere sia uno dei principali fattori fonte di diseguglianze nella maggior parte delle società, le disparità di genere sono state scarsamente prese in considerazione negli interventi individuati.
- Gli interventi di promozione della salute che si concentrano sulle diseguglianze possono risultare efficaci a condizione che i membri della comunità presa in esame vengano realmente coinvolti e garantiscano che gli interventi siano adeguati dal punto di vista culturale e mediati da individui appartenenti a quella comunità.
- La gestione delle malattie e l'assistenza erogata non sembrano avere un impatto sulle diseguglianze in salute.
- Gli interventi finanziari per facilitare l'accesso alle cure possono ridurre le diseguglianze nell'accesso, ma non hanno dimostrato alcun effetto sui fattori di rischio. Inoltre, la qualità dell'assistenza potrebbe non essere la stessa per le persone a cui tali interventi sono rivolti.
- Sono poche le politiche che collegano gli interventi specificamente mirati alla riduzione delle diseguglianze in salute alle azioni generali volte a gestire e garantire altri fattori strutturali socio-economici come gli alloggi, l'occupazione o il reddito.
- Gli interventi più esemplificativi e innovativi sono quelli in cui gli attori coinvolti provenienti da organizzazioni, settori e discipline importanti che non sono abituati a lavorare insieme collaborano fin dall'inizio. La collaborazione multidisciplinare e multisettoriale è un fattore facilitante di fondamentale importanza, ma è raro il coinvolgimento di settori diversi da quello della sanità. I medici che si occupano delle cure primarie sono raramente coinvolti negli interventi individuati.
- La maggior parte degli interventi implica un coinvolgimento delle popolazioni target nella valutazione dei bisogni per facilitare la configurazione e la valutazione dell'intervento, ma molti interventi non coinvolgono realmente i fruitori finali. La maggior parte degli interventi non usa metodi formali per portare a termine questa valutazione dei bisogni.
- Gli ostacoli più significativi riscontrati sono la mancanza di risorse umane, tecniche ed economiche, la riluttanza da parte di istituzioni e professionisti e la mancata considerazione delle caratteristiche culturali e socio-economiche della popolazione target.
- Il principali fattori facilitanti individuati sono il coinvolgimento di mediatori linguistici e culturali e dei settori dell'istruzione, socio-economici e della ricerca; l'appoggio della politica e delle istituzioni è l'altro fattore facilitante di maggior rilievo.

7. Raccomandazioni

- Poiché la maggior parte dei determinanti di salute e delle disuguaglianze si colloca al di fuori del settore sanitario e ha basi sociali ed economiche, l'approccio HIAP ("Health In All Policies" - La salute in tutte le politiche) è decisivo per far fronte a tali disuguaglianze.
- Le politiche e gli interventi, compresi gli strumenti finanziari, dovrebbero prendere in considerazione le necessità economiche e sociali della popolazione svantaggiata, e non dovrebbero focalizzarsi soltanto sull'accesso alle cure o sulla promozione della salute.
- Le politiche nazionali, regionali e locali dovrebbero contemplare approcci specifici, quali "visite di facilitatori" (outreach visits), ricorso ai mediatori culturali e aumento della consapevolezza degli attori coinvolti, al fine di raggiungere le popolazioni mediante l'assistenza territoriale e di farlo nel miglior modo possibile.
- Gli interventi volti a ridurre le disuguaglianze in salute devono basarsi sempre su un'accurata valutazione dei bisogni. Tale valutazione dovrebbe coinvolgere i rappresentanti della popolazione target per facilitare l'adattamento dei contenuti e dei mezzi dell'intervento alle specifiche caratteristiche culturali e sociali della popolazione. Tutti gli attori, le organizzazioni, i settori e le discipline rilevanti, compresi gli scienziati che si occuperanno della valutazione, dovrebbero essere coinvolti fin dall'inizio.
- La pianificazione di un intervento dovrebbe basarsi su una stima accurata e realistica delle risorse necessarie per raggiungere gli obiettivi. Le risorse dovrebbero anche coprire i costi di uno schema di monitoraggio e valutazione adeguato.
- Ridurre la portata di un intervento per far fronte a un numero limitato di risorse disponibili può aggravare le disuguaglianze e determinare uno spreco di risorse se gli obiettivi non possono essere raggiunti.
- Poiché le risorse sono generalmente limitate, è opportuno concentrarsi sugli interventi la cui efficacia è stata dimostrata scientificamente o sviluppare una sperimentazione su nuovi interventi.
- Riteniamo che la scarsità di risultati specifici non dovrebbe limitare l'azione locale nell'ambito delle cure primarie finalizzata alla riduzione delle disuguaglianze in salute, ma che dovrebbe invece portare ad una maggiore sperimentazione.
- Tradurre la volontà politica, espressa nelle politiche nazionali e regionali, in risorse adeguate per raggiungere gli obiettivi è una responsabilità dei decisionisti a livello politico e del settore pubblico. Le risorse aggiuntive andrebbero richieste ad altri settori, ma il comando dovrebbe rimanere al settore pubblico.
- I politici e i policy maker a livello nazionale, regionale e locale devono essere consapevoli degli effetti lenti e modesti degli interventi e del tempo necessario per realizzare una valutazione efficace. Gli interventi procedono solitamente passo dopo passo e devono essere salvaguardati da facili aspettative e agende politiche troppo brevi.
- Dato l'onere crescente rappresentato dalle malattie croniche e dai rischi collegati al comportamento, vi è senz'altro un bisogno urgente di incrementare la ricerca sul ruolo e l'efficacia delle cure primarie per far fronte alle disuguaglianze in Europa. Tuttavia, per ridurre le disuguaglianze in Europa sarà necessario dedicare specifiche risorse allo sviluppo delle capacità in modo che gli Stati Membri, le regioni e gli attori locali possano sviluppare, implementare e valutare gli interventi in maniera più efficace. Gli attori coinvolti dovrebbero anche essere incoraggiati a divulgare le informazioni sugli interventi e i risultati della loro valutazione in maniera più accurata e precisa.



8. Conclusioni finali e prospettive

I valori fondamentali delle cure primarie, definiti nella dichiarazione di Ama Ata (1978) e nel rapporto dell'OMS (2008), fanno esplicito riferimento alla riduzione delle diseguaglianze in salute. Nell'attuale contesto caratterizzato da una congiuntura economica negativa e da tagli alla spesa sanitaria, la copertura universale e l'accesso alle cure primarie saranno fattori essenziali per la riduzione delle diseguaglianze in salute. Tuttavia, l'attività di gate keeping, la gratuità delle cure, la riduzione del costo dei ticket e l'accessibilità geografica ai servizi di cure primarie sono tutti elementi che devono essere guidati dalla volontà politica a livello nazionale e regionale.

I decisionisti politici hanno l'obbligo morale di occuparsi delle questioni sanitarie (indipendentemente dal settore politico di appartenenza: economia, ambiente, istruzione, servizi sociali) e di agire per evitare che le diseguaglianze in salute si aggravino.

I partner associati

- CRA: Conseil Régional d'Aquitaine, Francia.
- IRDES: Institut de recherche et de documentation en économie de la santé, Francia.
- MeS: Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa, Italia.
- EASP: Escuela Andaluza de Salud Pública,
- HS: Hainaut Santé, Belgio.
- DEKUT: Dekut Debreceni Kutatasfejlesztési Debrecen, Ungheria.
- UVSB2: Université Bordeaux Segalen / ISPED: Institut de Santé Publique, d'Epidémiologie et de Développement, Francia.
- DPHEM: Department of Health Nottingham/NHS East Midlands, Regno Unito.
- UCY: Università di Cipro, Cipro.
- ResearchLink: ResearchLink sprl, Belgio.
- DUNEA: Dubrovnik Neretva County Regional Development Agency, Croazia.
- PEHRG: Poverty, Equity and Health Research Group - Università di Perugia - Terni, Italia.
- URIT: Regione Umbria, Perugia, Italia.
- RT: Regione Toscana, Firenze, Italia.
- GEORAMA: ONG Georama, Grecia.

I partner collaborativi

- County Council Gävleborg, Svezia.
- EUPHA: European Public Health Association, Paesi Bassi.
- ARS Aquitaine: Agence Régionale de Santé d'Aquitaine, Francia.
- Lincolnshire Primary Care Trust, Inghilterra.
- SAS: Servicio Andaluz de Salud, Spagna.
- URPS: Union Régionale des Professionnels de Santé d'Aquitaine, Francia.
- Leicestershire County and Rutland PCT, Inghilterra.
- Leicester County Council, Inghilterra.
- Università di Debrecen, Ungheria.
- MS-LSA: Ministry of Health and Social Affairs Saxony--Anhalt, Germania.
- UOMS: Università di Scienze Applicate Magdeburg-Stendal, Germania.
- CSJA: Consejería de Salud - Junta de Andalucía, Spagna.
- RUBSI: Centro di ricerca sui problemi comportamentali e sociali, Cipro.
- JP11: Ospedale Giovanni Paolo II, Cracovia, Polonia.
- MSP: Ministry for Social Policy - Health, Elderly, Community Care, Malta
- ARS Algarve: Administração Regional de Saúde do Algarve- IP, Portogallo.

Altre informazioni:

<http://www.air.healthinequalities.eu/>



Solange MENIVAL,
Vicepresidente incaricato alla Sanità, al Sociale e alle Professioni Sanitarie
del Consiglio Regionale dell'Aquitania (Francia)
solange.menival@aquitaine.fr
Ewelina PIZNAL: ewelina.piznal@aquitaine.fr