

L'universalismo “progressivo”

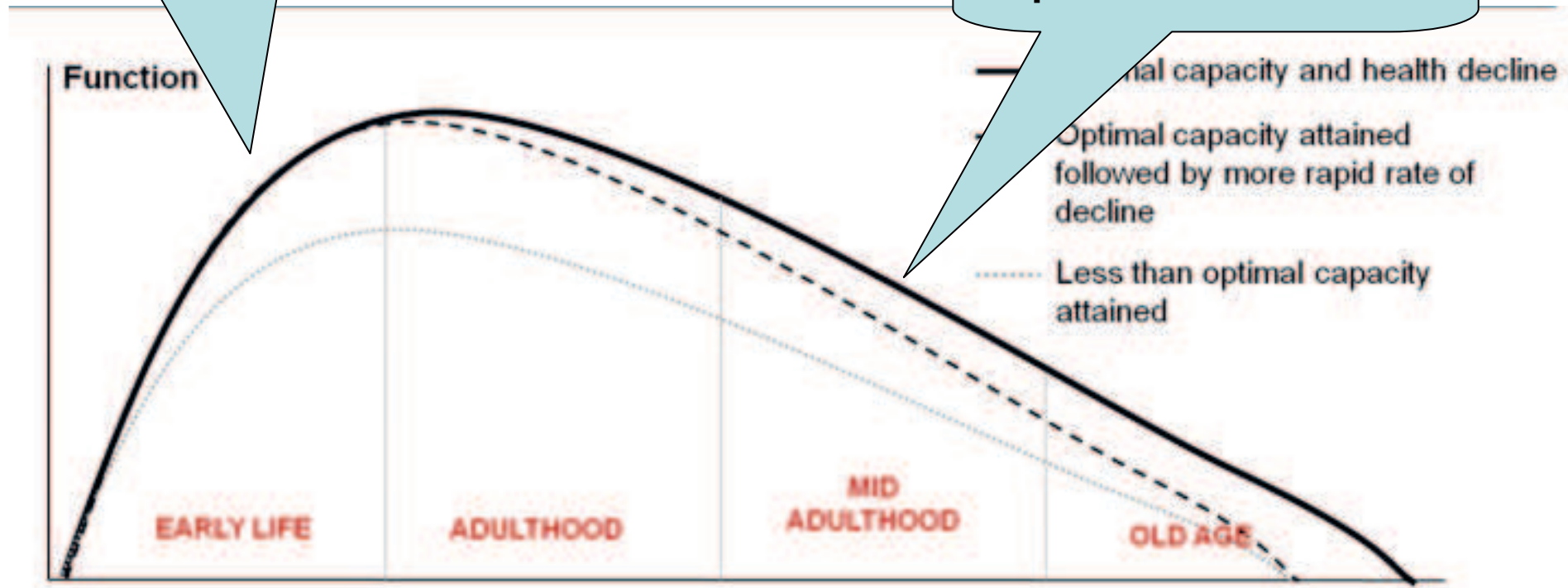
come modello di moderazione delle
disuguaglianze di salute

Giuseppe Costa

Il processo dell'invecchiamento sano: svantaggio sociale è il singolo determinante più influente

.. nella creazione delle capacità

... nel declino delle capacità?

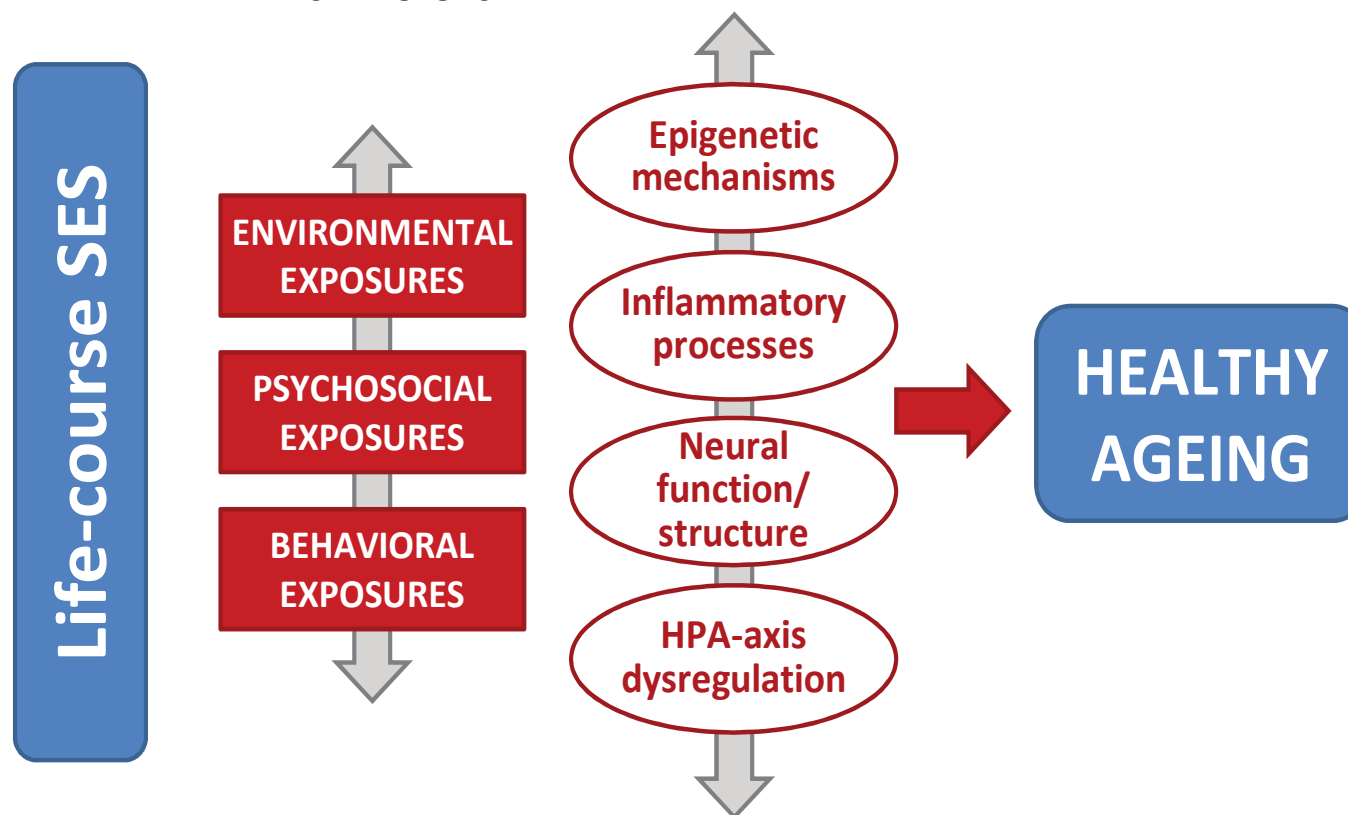


Adapted from Stracham and Scheikh, Vineis P, et al. JECH 2015

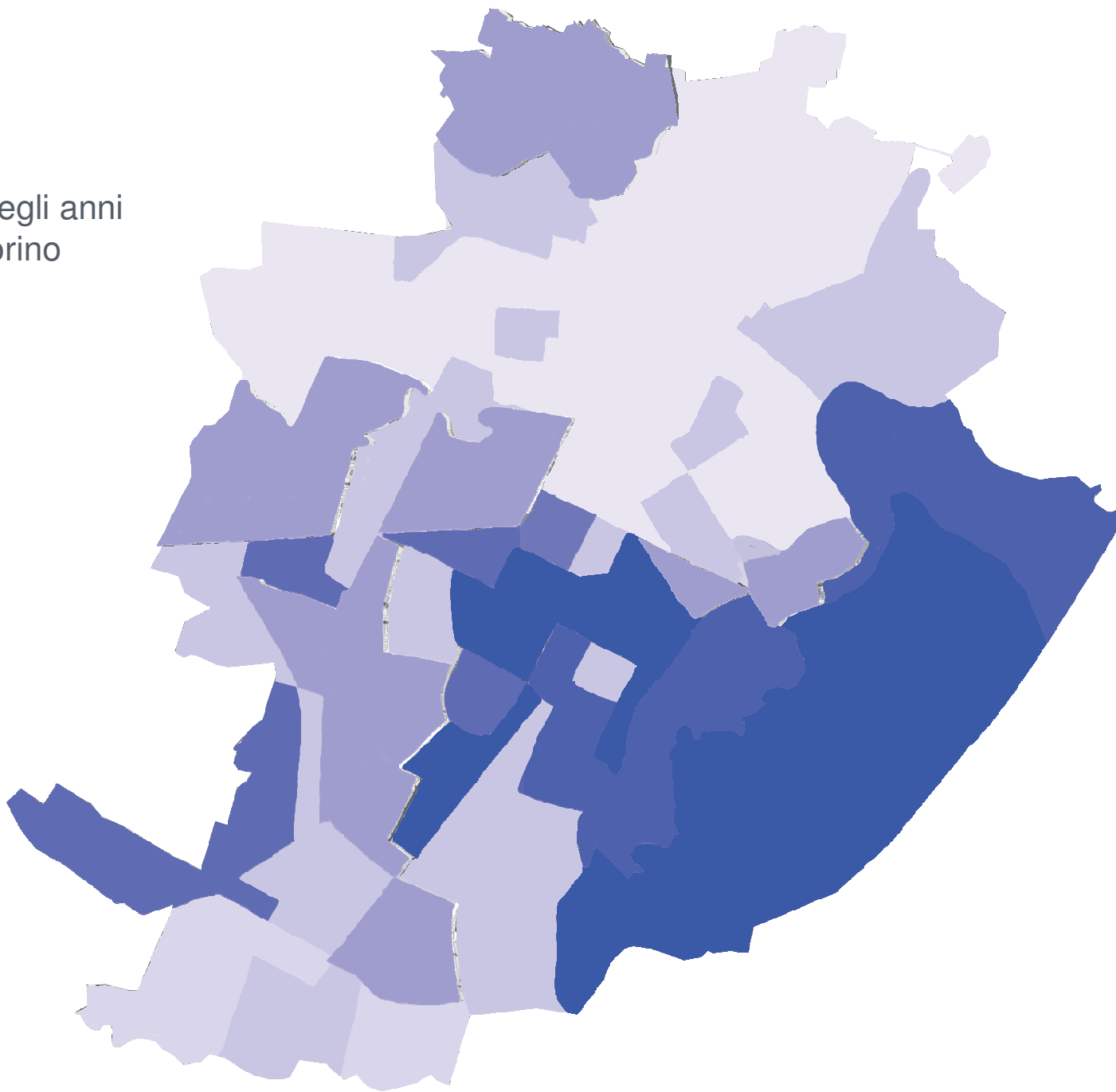
**OUTER LAYER:
DETERMINANTS**

**MIDDLE LAYER:
RISK FACTORS**

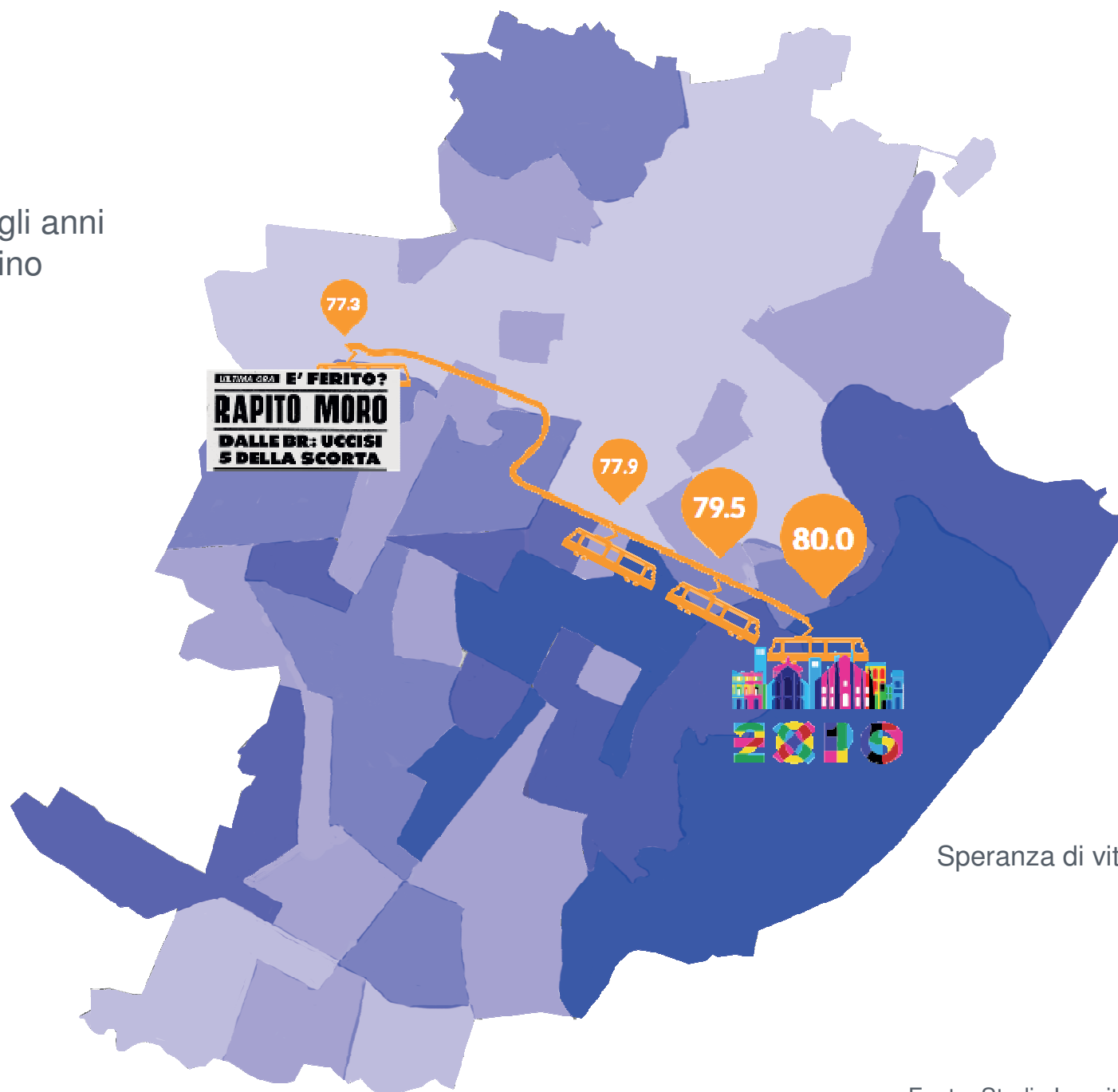
**INNER LAYER:
BIOLOGICAL PATHWAYS**



Reddito negli anni
2000 a Torino

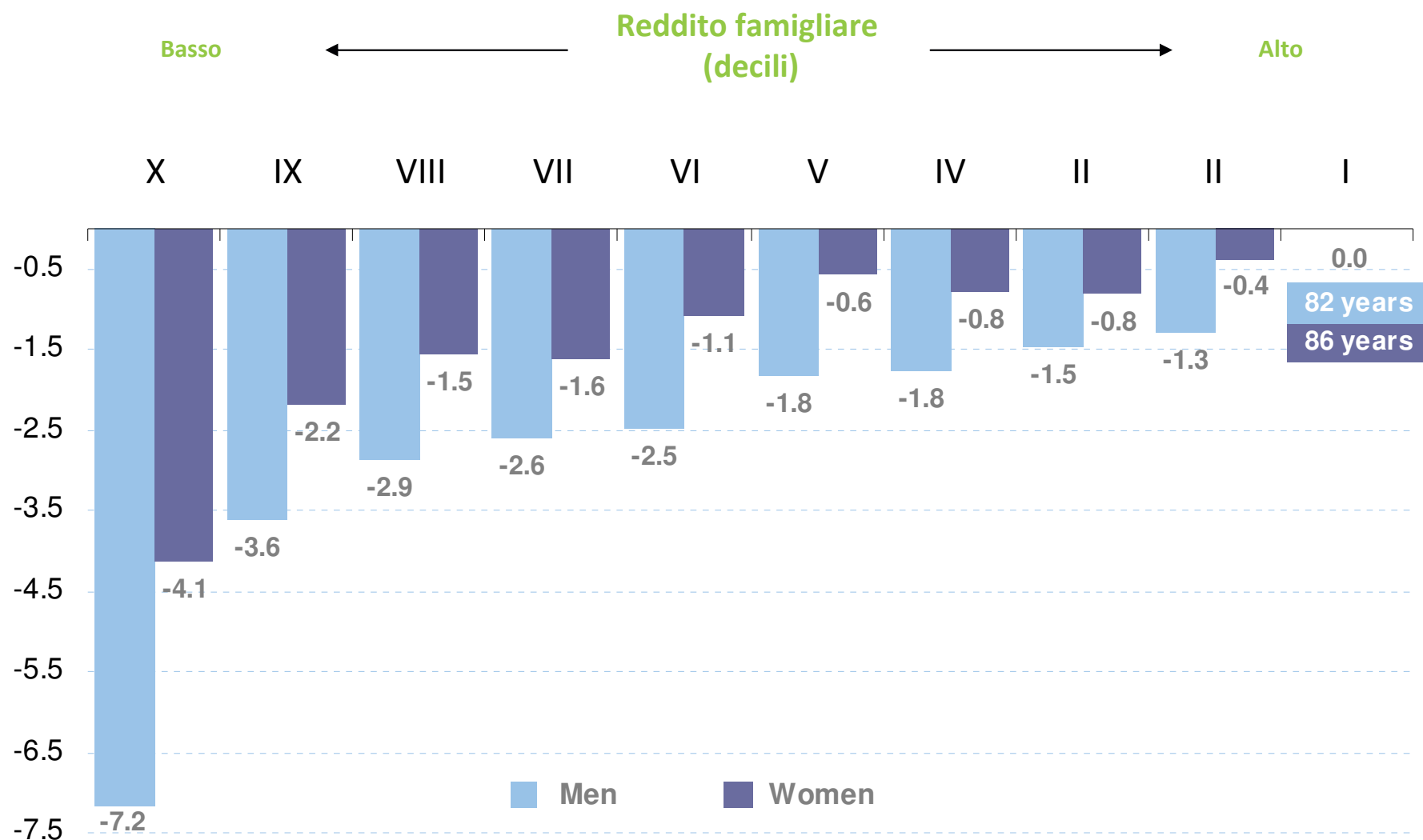


Reddito negli anni
2000 a Torino

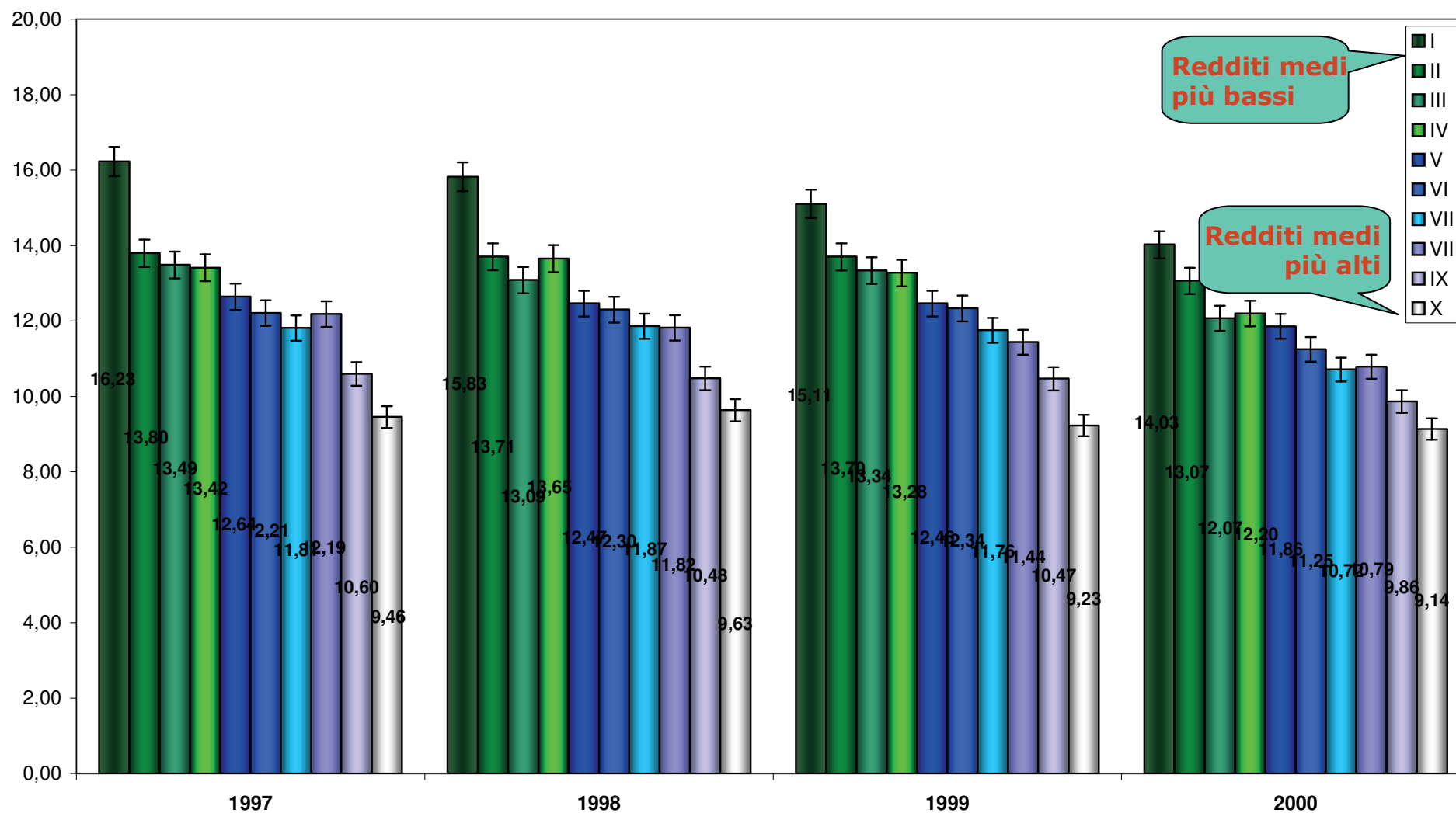


Speranza di vita alla nascita

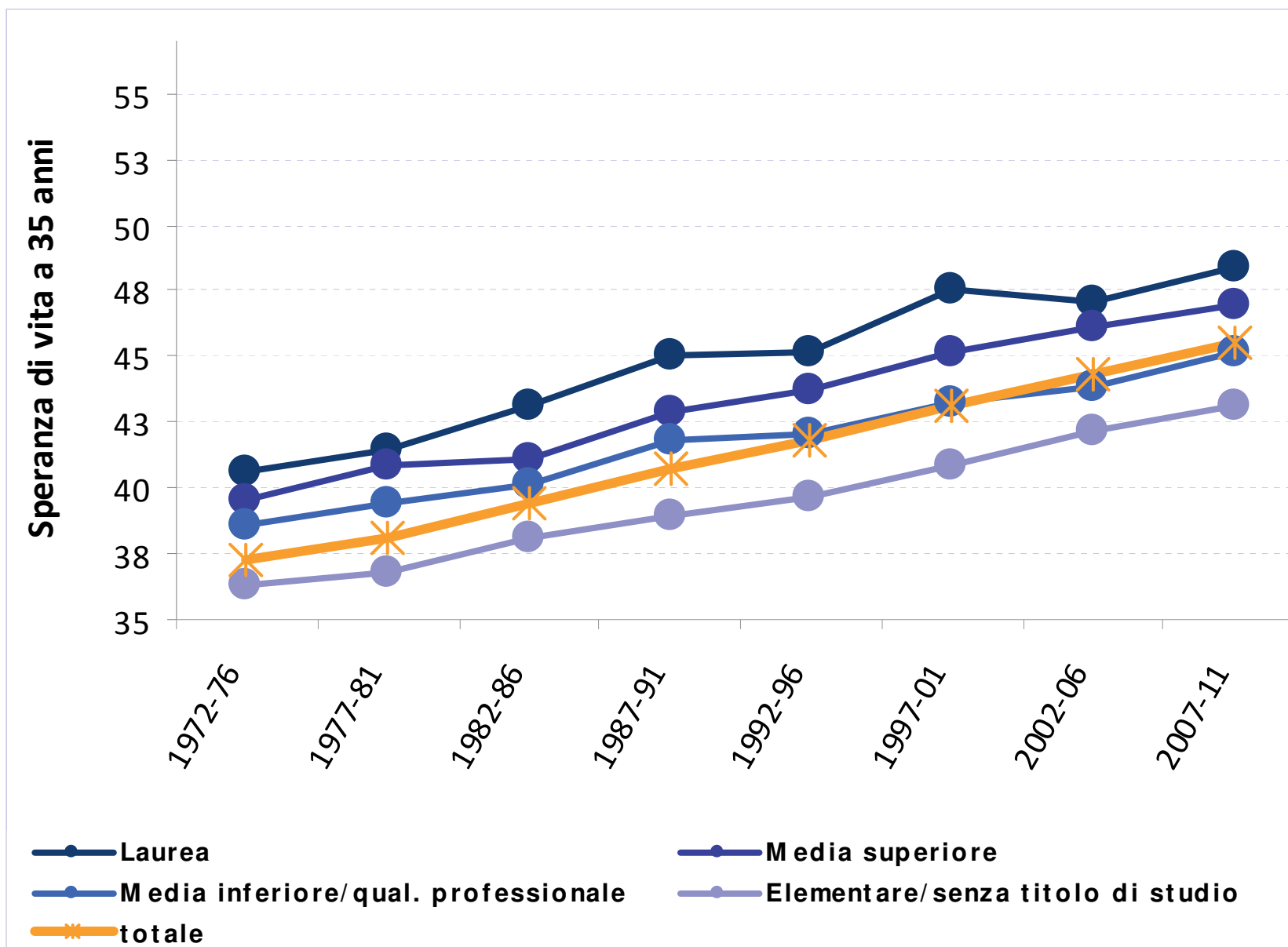
Speranza di vita alla nascita secondo il reddito mediano familiare a Torino. Periodo 2002-2011.



Tassi standardizzati di ospedalizzazione (x 100), per reddito della sezione censuaria di residenza Torino, uomini, 1997-2000



Trend speranza di vita a 35 anni per titolo di studio a Torino 1972-2011, uomini



Effetti sulla mortalità adulta del basso peso alla nascita tra gli uomini a Torino (Cox aggiustato per età)

Morti/Totale		RR	95% CI
Peso alla nascita			
<2500	51 / 106	1	
2500–2999	171 / 414	0.78	0.57-1.07
3000–3499	285 / 783	0.70	0.52-0.94
≥3500	161 / 438	0.74	0.54-1.02
Lavoro del padre			
Non Manuale	142 / 366	1	
Manuale	524 / 1370	0.98	0.81-1.18
Titolo studio			
≥11 anni	137 / 450	1	
8–10 anni	255 / 701	1.30	1.06-1.60
<8 anni	276 / 590	2.09	1.70-2.57

Nostre elaborazioni SLT

Problemi di salute mentale a Torino (ricoveri e uso di neurolettici e antidepressivi) secondo le caratteristiche dei genitori

Regressione logistica *stepwise* – stima RR e IC

Variabili indipendenti e di controllo	RR	IC
Agio/ disagio: una fonte di disagio vs. nessuna	1,10	1,06-1,14
Agio/ disagio: due o più fonti di disagio vs. nessuna	1,18	1,13-1,24
Disturbi psichiatrici MADRE ammalata vs. nessuno	1,89	1,84-1,94
Disturbi psichiatrici PADRE ammalato vs. nessuno	1,85	1,77-1,92
Disturbi psichiatrici ENTRAMBI ammalati vs. nessuno	2,91	2,78-3,05
Suicidi: uno o entrambi i genitori vs. nessuno	1,57	1,37-1,79
Scolarità media familiare (anni)	0.98	0,98-0,99

Problemi di salute mentale a Torino (ricoveri e uso di neurolettici e antidepressivi) secondo la storia migratoria della famiglia

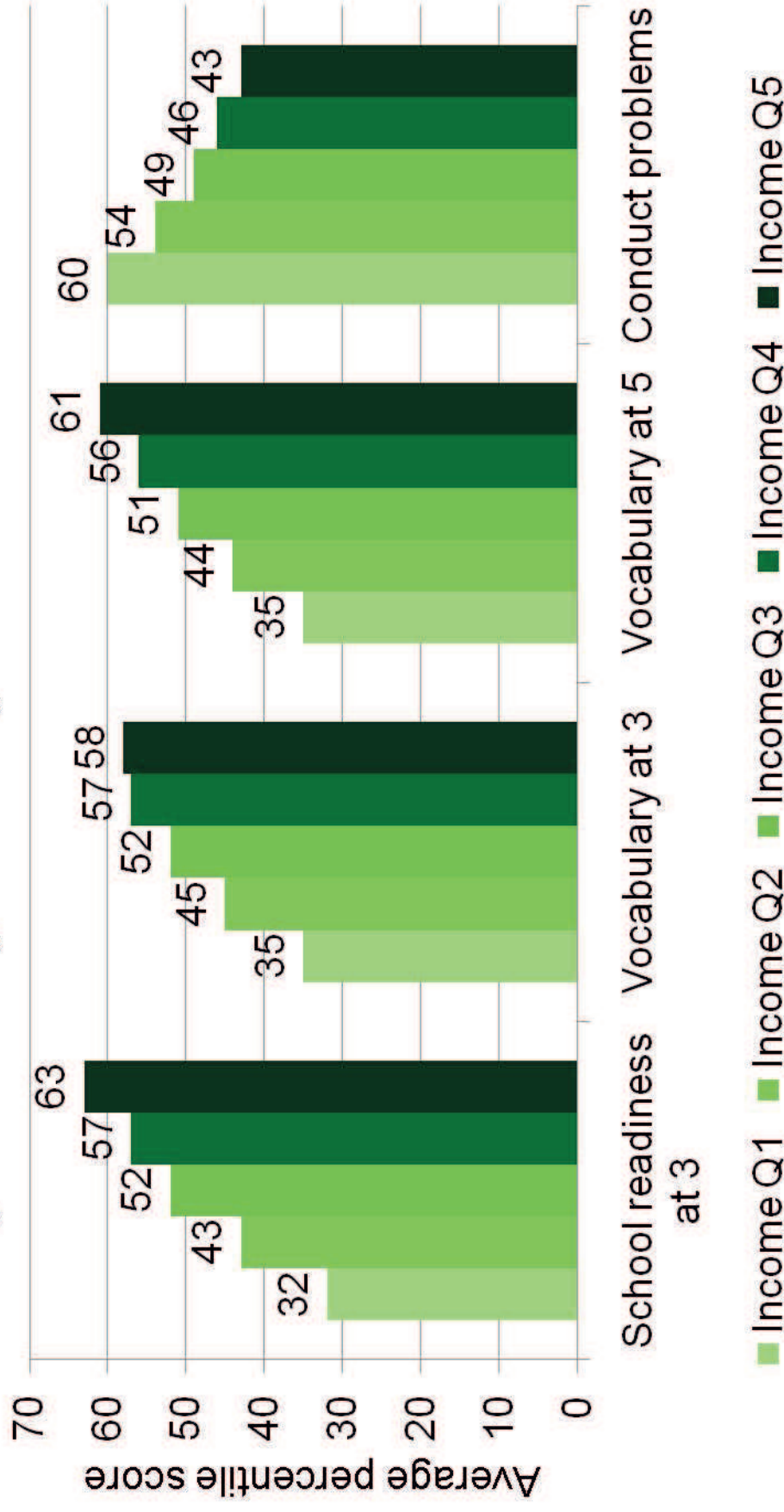
Variabili indipendenti e di controllo	RR modello semplice	RR modello composito
Generazione 1,25: a Torino fra i 12 e i 17 anni	2,13	(*) 2,05
Generazione 1,50: a Torino fra i 5 e gli 11 anni	1,94	1,77
Generazione 1,75: a Torino fra 1 e 4 anni	2,31	1,60
Generaz. 2 nati a ridosso immigrazione genitori	0,88	0,84
Generaz. 2 nati <i>non</i> a ridosso immigrazione genitori	0,95	0,86
Altre esperienze migratorie	1,42	1,05

(*) modello aggiustato per caratteristiche sociali e psichiatriche dei genitori

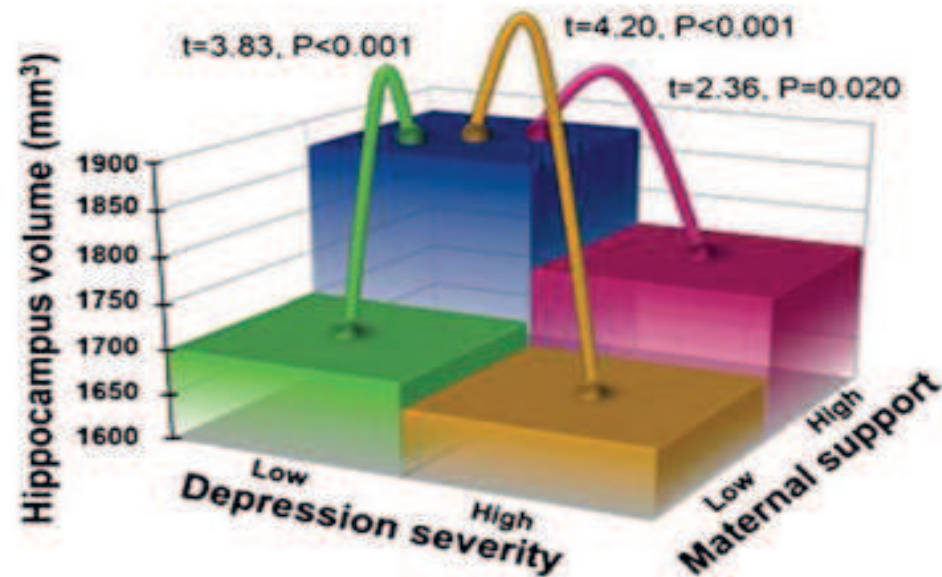
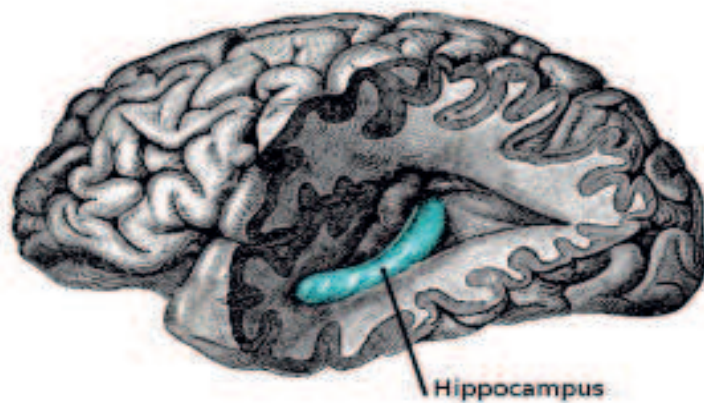
I bersagli di salute degli interventi di Genitori Più

Riduzione del rischio di malformazioni (ac. folico)
Disordini fetoalcolici (alcol in gravidanza)
Fertilità, abortività, basso peso, mortalità perinatale,
SIDS, malattie respiratorie acute (fumo in
gravidanza, posizione in culla)
Gastroenterite, otite, NEC (allattamento al seno)
Incidenti stradali (sicurezza in auto)
Mortalità evitabile (vaccini)
Sviluppo cognitivo e relazionale (lettura)
e...maltrattamento e abusi...

Gaps in school readiness at 3 and 5 years by family income: UK

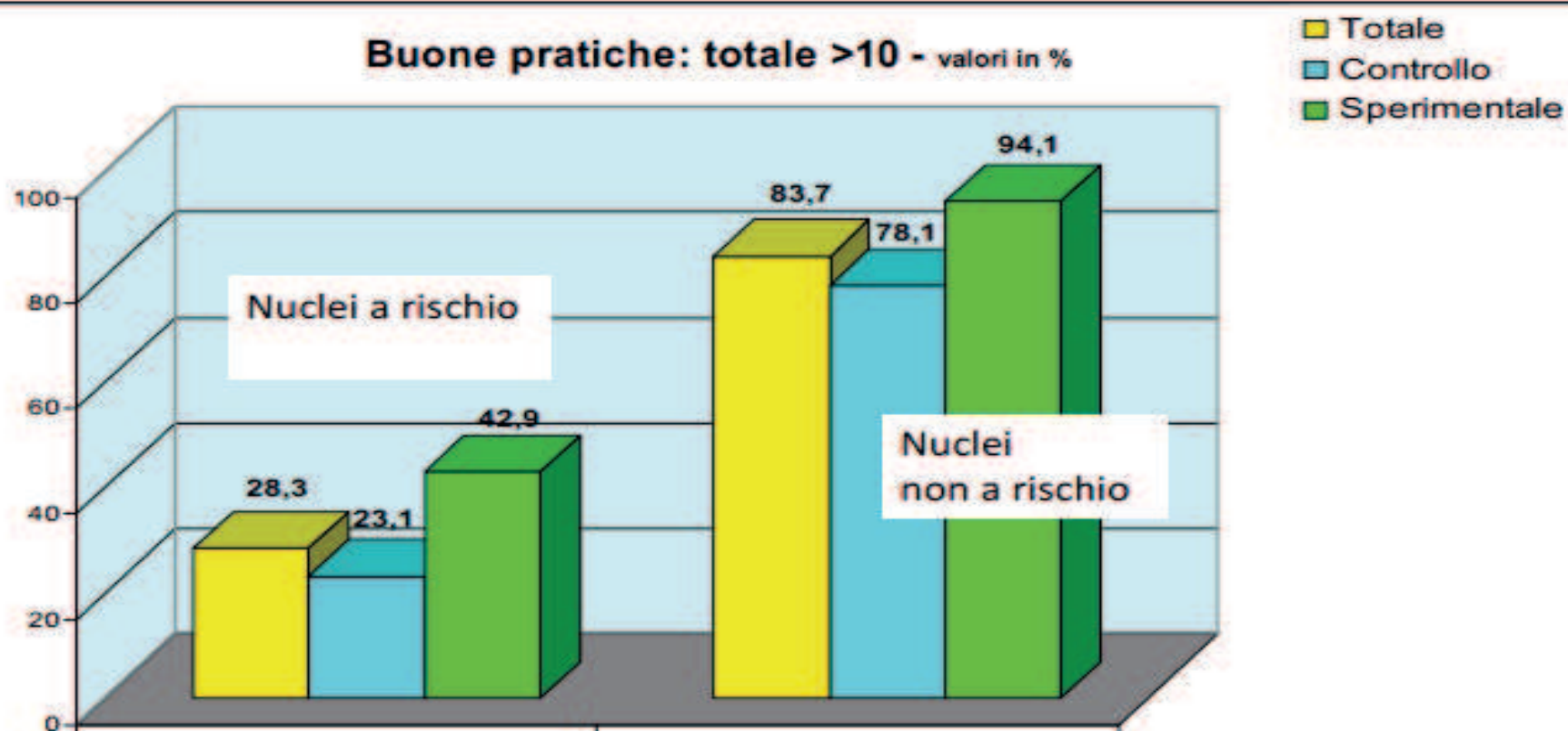


ruolo delle cure genitoriali: il volume di una parte importante del cervello (ippocampo) dipende dalle cure materne

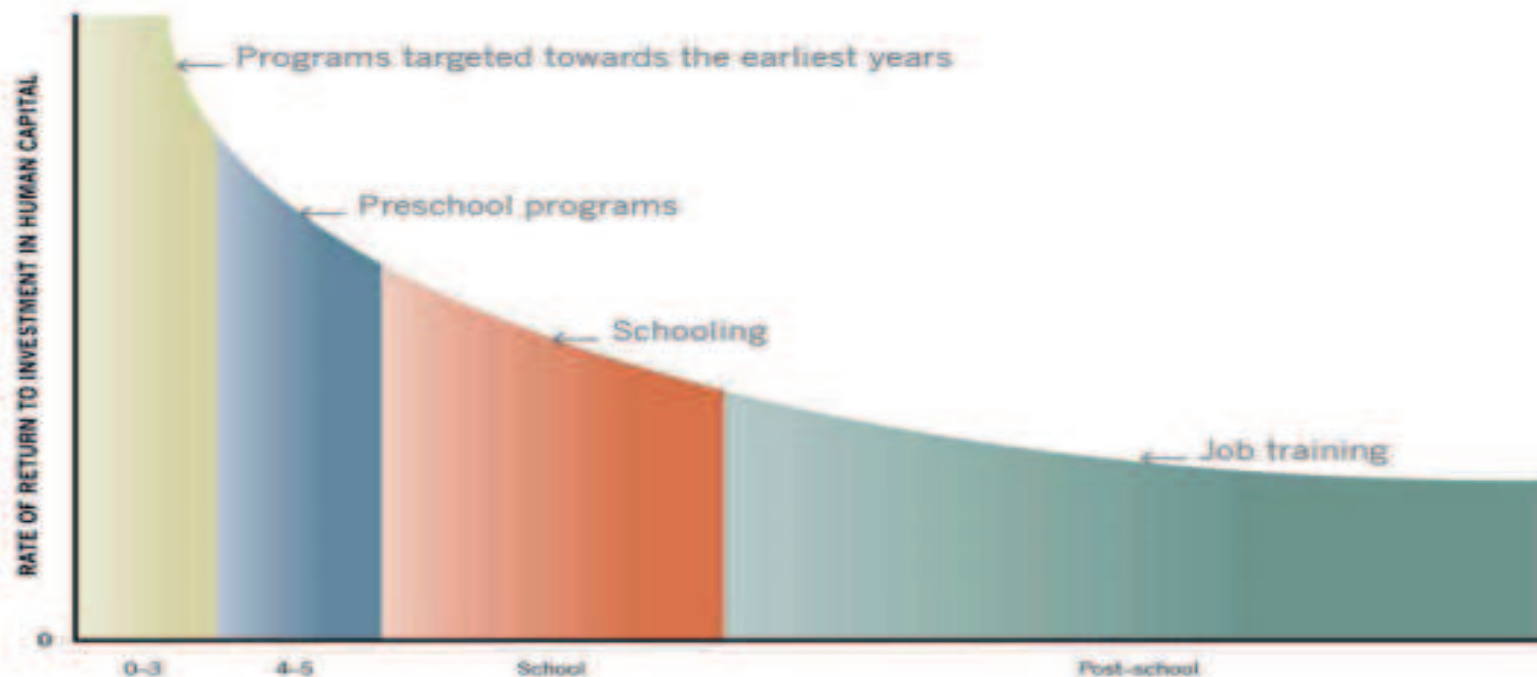


Maternal support in early childhood predicts larger hippocampal volumes at school (Luby et al. PNAS 2012)

Inizio precoce delle disuguaglianze.
Italia: frequenza di buone pratiche di salute a 6 mesi di
vita in nuclei familiari
a rischio e non



Gli investimenti in salute educazione e protezione sociale nei primissimi anni (a partire dalla gravidanza) sono quelli che producono maggiori risultati a parità di costo (Heckman, 2006)



Source: Heckman (2008)

Evidenze

- Revisioni sistematiche (UK, US, Australia)
 - Ciclo di studi sul progetto Elmira (US)
 - Analisi economiche (US, Aus, UK)
-
- ➔ Alto costo-efficacia per programmi su **alto rischio**, minore per basso rischio ma pur sempre favorevole
 - ➔ **Inizio in gravidanza** per massima efficacia
 - ➔ **Qualità del personale** (altamente professionale vs. paraprofessionale o volontario)
 - ➔ **Risultati a distanza** (20 anni)

Requisiti “costitutivi” di un programma di VD

Approccio al rischio

- Non limitato alla identificazione di rischi e risorse ma comprendente tutti gli elementi del **counselling** per poter aiutare la famiglia a sviluppare un piano che attivi le **risorse disponibili**
- Si associa all'azione per ridurre i rischi, promuovere la **resilienza** e affrontare gli elementi di **vulnerabilità**

Collaborazione intra e intersettoriale

- Gli OVD devono poter attivare altri servizi sia all'interno del sistema sanitario che all'esterno (settore sociale ed educativo e, in qualche caso, delle forze dell'ordine e del giudiziario) e le risorse che la comunità può offrire
- Si trovano nella posizione ideale per promuovere l'attivazione di interventi sia preventivi che di presa in carico che richiedono la collaborazione di più aree

Vantaggi e svantaggi di un approccio universale

pro

- Rischi e vulnerabilità in buona parte non sono prevedibili
- Non stigmatizza
- Prevenzione e promozione sono un bisogno di tutti
- La gran parte dei genitori oggi chiedono supporto, oppure lo apprezzano quando viene offerto

contro

- Può essere regressivo e sottrarre risorse a chi ha più bisogno di intervento
- Costi maggiori

Programmi *blended* (approccio universalistico *progressivo*)

- alcune prestazioni essenziali sono offerte a tutti
- visite più frequenti e prestazioni più complesse sono fornite alle famiglie che, per problemi già noti ai servizi o emersi attraverso le visite, si trovino in situazioni di maggior bisogno.
- un ulteriore gruppo, limitato, di situazioni multiproblematiche dove la visita domiciliare è parte, e a volte momento di stimolo e di coordinamento, di un lavoro di rete che comprende altri servizi e operatori.

caratteristiche generalmente raccomandate per un modello di servizio universalistico progressivo

- numero di visite da definire in base agli obiettivi e a quanto può offrire il sistema locale dei servizi
- inizio in gravidanza e durata per i primi mesi fino ai due-tre anni di vita del bambino
- contenuti di ciascuna visita definiti in relazione ai tempi della gravidanza e alle fasi di sviluppo del bambino
- enfasi sugli aspetti concernenti il benessere sociale e psicologico, l'attaccamento e lo sviluppo del bambino
- servizio fornito da personale con competenze elevate e complesse, con una buona autonomia professionale e concepito come parte della rete di servizi.

i costi: facciamo due conti

- 5 visite (primo trimestre di gravidanza - primi nove mesi)
 - per 1000 nascite = 5000 visite (programma universale) in un periodo di 18 mesi circa
 - più ulteriori 5 visite per 100-120 famiglie (programma rinforzato) quindi 500-600 visite
 - più ulteriori 10-12 visite per 30-40 famiglie (300-480) per le situazioni che richiedono interventi più intensi e multisettoriali) il che porta a un totale di 5800-6000 visite in 18 mesi per un totale di circa 4000 in un anno
 - carico stimabile di 5-6 visite al giorno per 5 giorni, per un totale di 1200-1440 all'anno.
 - circa il 30% del tempo settimanale sia dedicato ad attività di raccolta e trasmissione dati, contatti e incontri con altri operatori, aggiornamento ecc.
- ➡ necessarie 3 unità di personale per 1000 nati, con un costo complessivo per il sistema pubblico di 100.000-120.000 euro/anno quindi di 100-120 per coppia madre-bambino, o due nell'ipotesi di ridurre il programma universale a tre visite (una prenatale e due post).

Programma di VD basato su un modello universalistico progressivo: schema della ripartizione delle risorse

Programma universale (85-90% delle famiglie, 60-70% delle risorse)	Programma rinforzato (10-12 % delle famiglie, 20-25% delle risorse)	Programma intensivo multisetoriale (3-5% delle famiglie, 10-15% delle risorse)
Informazioni sui servizi offerti dalla comunità	Risposte a bisogni specifici, identificati tramite le visite, segnalati dalla famiglia o dai servizi	Raccordo con servizi sanitari, educativi e sociali in rapporto alle problematiche evidenziate
Prevenzione e promozione della salute e del benessere della madre e del bambino nel primo anno di vita	Identificazione precoce e di possibili problematiche e invio a /raccordo con i servizi competenti	Facilitazione e coordinamento degli interventi di più servizi
Supporto generale alle conoscenze e alle competenze dei genitori	Supporto specifico alla genitorialità in base ai bisogni Emersi	Supporto specifico professionale a situazioni di conclamata vulnerabilità e bisogni

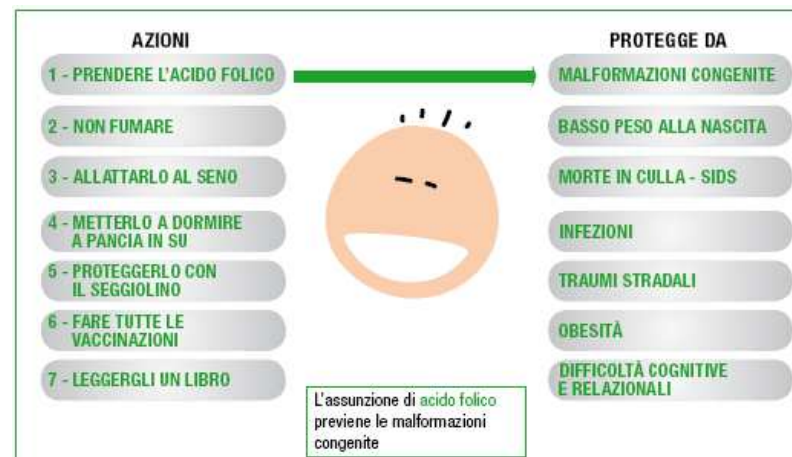
l'aspetto sinergico non è solo un auspicio per integrare ruoli ma sta nelle cose stesse (è la scommessa di GenitoriPiù)

l'efficacia diretta di un singolo
comportamento su un singolo
problema:



l'efficacia cumulativa di diversi
comportamenti che concorrono a
prevenire un singolo problema.

genit^{ri}più



l'efficacia di un singolo
comportamento nella
prevenzione di un più ampio
spettro di problemi



Speri 2014

