

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA  
Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna  
Dipartimento di Sanità Pubblica

Istituto delle Scienze Neurologiche  
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico



Società Nazionale Operatori della Prevenzione



Società Italiana di  
Medicina Veterinaria  
Preventiva



Società Nazionale Operatori della Prevenzione



Fondazione Smith Kline

## VII° Convention dei Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende Sanitarie d'Italia Rimini, 10 maggio 2019



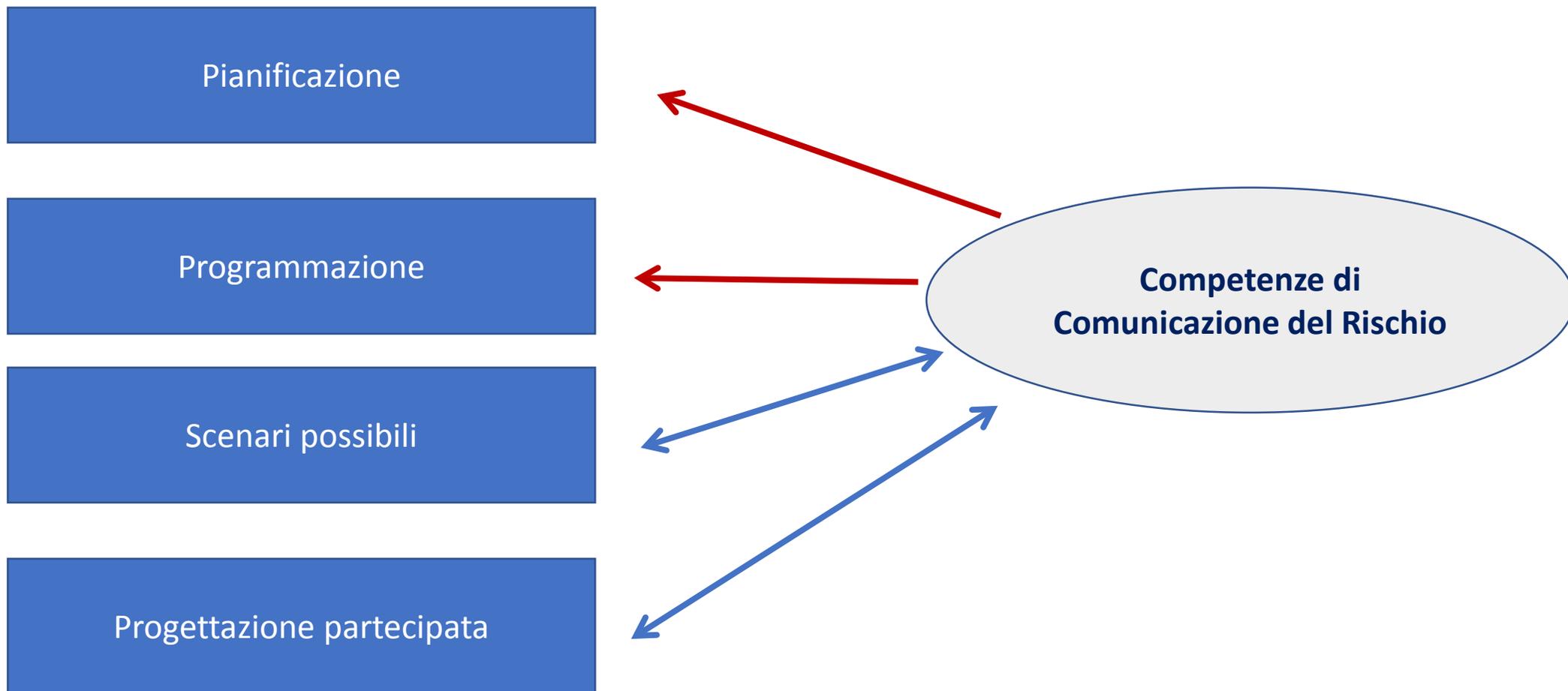
Quale epidemiologia per i Dipartimenti di Prevenzione sulla base dell'integrazione degli strumenti di conoscenza disponibili e necessari?

Dr. ssa Antonia Guglielmin – Dr. Paolo Pandolfi

# Quale epidemiologia?

*Una strategia nazionale di sviluppo delle sorveglianze e dei registri deve saper valorizzare in modo **coordinato** i diversi modelli che sono stati sviluppati nel tempo per venire incontro ai fabbisogni conoscitivi della **sorveglianza, della programmazione e della ricerca**, da quelli molto mirati alle azioni, perché centrati su un singolo livello di prevenzione o di assistenza (es. screening) a quelli più multiscopo perché centrati su una voce nosologica (Registri Tumori) o su diverse categorie di esposizioni (sorveglianza PASSI, Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia) e a quelli risultanti dall'uso integrato di diverse fonti informative.*

# Perché è importante la conoscenza?



# Quali strumenti disponibili?

Banche dati amministrative

Banche dati sanitarie

Banche dati sociali

Sistemi di sorveglianza

Archivi integrati

```
graph LR; A[Banche dati amministrative] --- B{ }; B --- C[Banche dati sanitarie]; C --- B; B --- D[Banche dati sociali]; D --- B; B --- E[Sistemi di sorveglianza]; E --- B; B --- F[Archivi integrati];
```

# Quali strumenti disponibili?

Possibili Archivi integrati

Archivio Fragilità socio-sanitaria



Archivio Risk-ER



Archivio SLEm



Archivio Diabete



Registri di patologia orientati



# Di quali informazioni avremmo bisogno?

Migliori informazioni di natura sociale



Dati storicizzati



Informazioni di natura qualitativa



# Perché è importante l'integrazione?

- 1) Permette la realizzazione di interventi più efficaci ed efficienti
- 2) Garantisce multidisciplinarietà e quindi lettura e visione globale
- 3) Aiuta la costruzione di competenze più ricche tra i professionisti e nella comunità
- 4) Orienta le attività di vari enti
- 5) Sostiene la sinergia delle attività istituzionali proprie di differenti enti ed evita la sovrapposizione di interventi

# Perché è importante l'integrazione?

*«Il quadro concettuale in cui si inseriscono sia i registri, sia le sorveglianze è quello della Public Health Awareness.*

*In questo quadro, **per alimentare con la conoscenza la consapevolezza (health awareness) dello stato di salute e dei rischi per la salute di una comunità occorre l'input di varie fonti tra di loro integrate**, dai sistemi informativi sanitari correnti, ai registri delle sorveglianze, alle ricerche ad hoc, per favorire scelte consapevoli nel pubblico interesse»*

# Perché l'integrazione degli strumenti di conoscenza?

Nella definizione del profilo di salute di una popolazione, nella ricerca di una relazione causa-effetto, soprattutto nella epidemiologia ambientale, i margini di incertezza sono sempre più elevati

L'utilizzo dei dati epidemiologici per la definizione delle priorità di intervento, richiede sempre di più la generazione di scenari

I determinanti di salute sono sempre più interconnessi

# Strumenti di conoscenza necessari...



*Conoscere per prevenire*

*un tema caro da sempre a SNOP !! e che dovrebbe essere di tutti*

- **La complessità del contesto richiede un approccio non tradizionale**
- **Vanno ripensati i soggetti e gli oggetti della conoscenza, così come le loro relazioni**

# Nuovi modelli di conoscenza...

FIGURA 1

## APPROCCIO ATTUALE NON COLLABORATIVO

(SCENARIO PEGGIORE)



# Nuovi modelli di conoscenza...

FIGURA 2

## UN APPROCCIO DIVERSO

COSA FARE PRIMA DI INTRAPRENDERE UNA QUALSIASI ATTIVITÀ EPIDEMIOLOGICA



**Figure 1 e 2.** Fonte: modificato da Craig Dalton. *Health Implications of Coal Transport by Rail: Need for a New Approach to Investigation.* Air Quality and Health Workshop: «Air Quality and Health Impacts of Energy Resource Extraction, Processing, and Transportation» British Columbia Lung Association. March 10, 2014, Sheraton Wall Centre, Vancouver BC. [http://www.bc.lung.ca/association\\_and\\_services/airquality-archives-2014.html](http://www.bc.lung.ca/association_and_services/airquality-archives-2014.html)

# Strumenti di conoscenza necessari...



Oltre ad un **approccio collaborativo multidisciplinare** di tipo One Health è necessario da parte degli operatori del sistema pubblico di prevenzione lo sviluppo di una **capacità di ascolto** nei confronti dei cittadini/lavoratori, con la disponibilità a **mettersi sulla stesso piano**, non solo per migliorare la **(public) health literacy**, ma anche per guadagnare e mantenere la loro **fiducia**.

# Health literacy

*Insieme di capacità cognitive e sociali che determinano la motivazione e l'abilità degli individui per accedere, comprendere ed utilizzare le informazioni sì da promuovere e mantenere un buon livello di salute (OMS 1998)*

# Public health literacy

*Capacità di leggere e comprendere informazioni di tipo sanitario che riguardano la comunità*

# Lo Studio Longitudinale Emiliano (un esempio di archivio integrato)



Regione Emilia-Romagna  
SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA

Agenzia  
sanitaria  
e sociale  
regionale

## Condizioni socioeconomiche e mortalità nello Studio Longitudinale Emiliano

**=**

DOSSIER 265-2019  
ISSN 1591-223X



Regione Emilia-Romagna  
SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA

Agenzia  
sanitaria  
e sociale  
regionale

## equità in salute

evidenze quantitative  
esempi di  
azioni di promozione

Bologna, 10 maggio 2019  
ore 9.00-13.00



# Schema dello Studio Longitudinale Emiliano (SLEm) di Bologna, Modena e Reggio Emilia

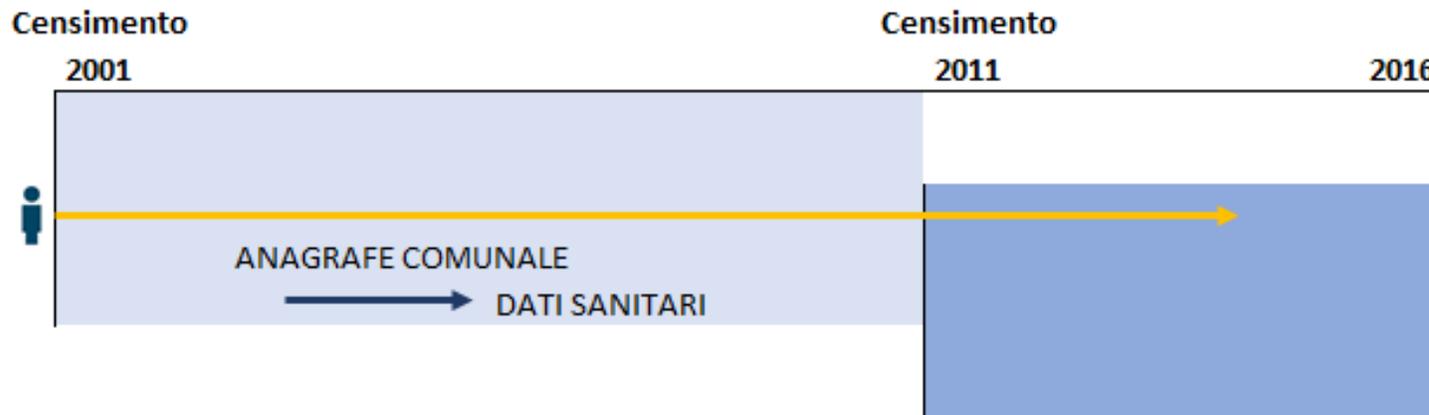
*Follow-up* delle persone censite o nuovi iscritti nei comuni di Bologna, Modena e Reggio Emilia:

*Record linkage* semi-deterministico tra

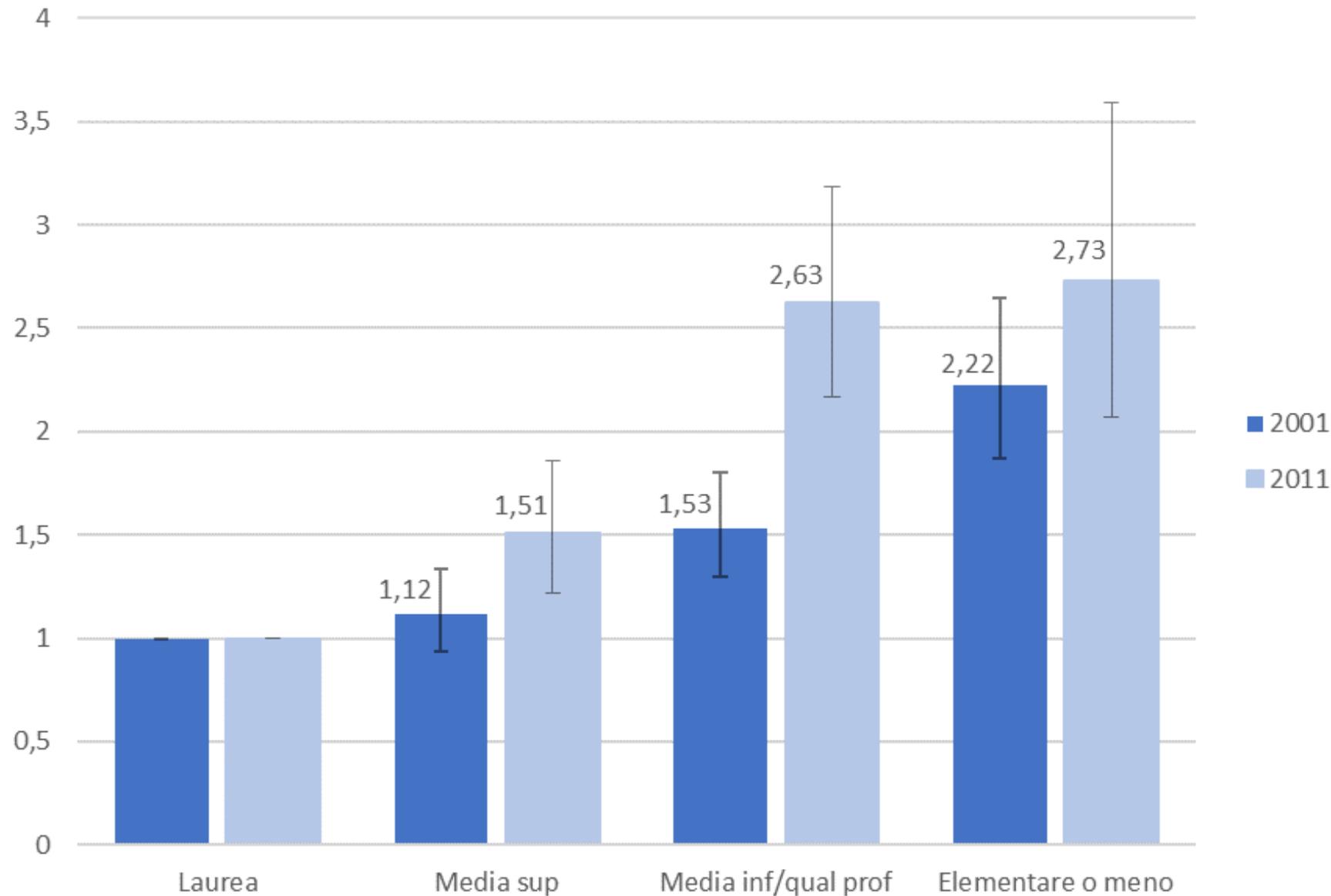
- ❑ **anagrafe comunale** (date iscrizioni, cancellazioni)
- ❑ **censimento** (istruzione, lavoro, casa, famiglia)
  - **dati sanitari** (decesso, ricovero, patologie specifiche, ecc.)
  - **dati ambientali** (supersito)



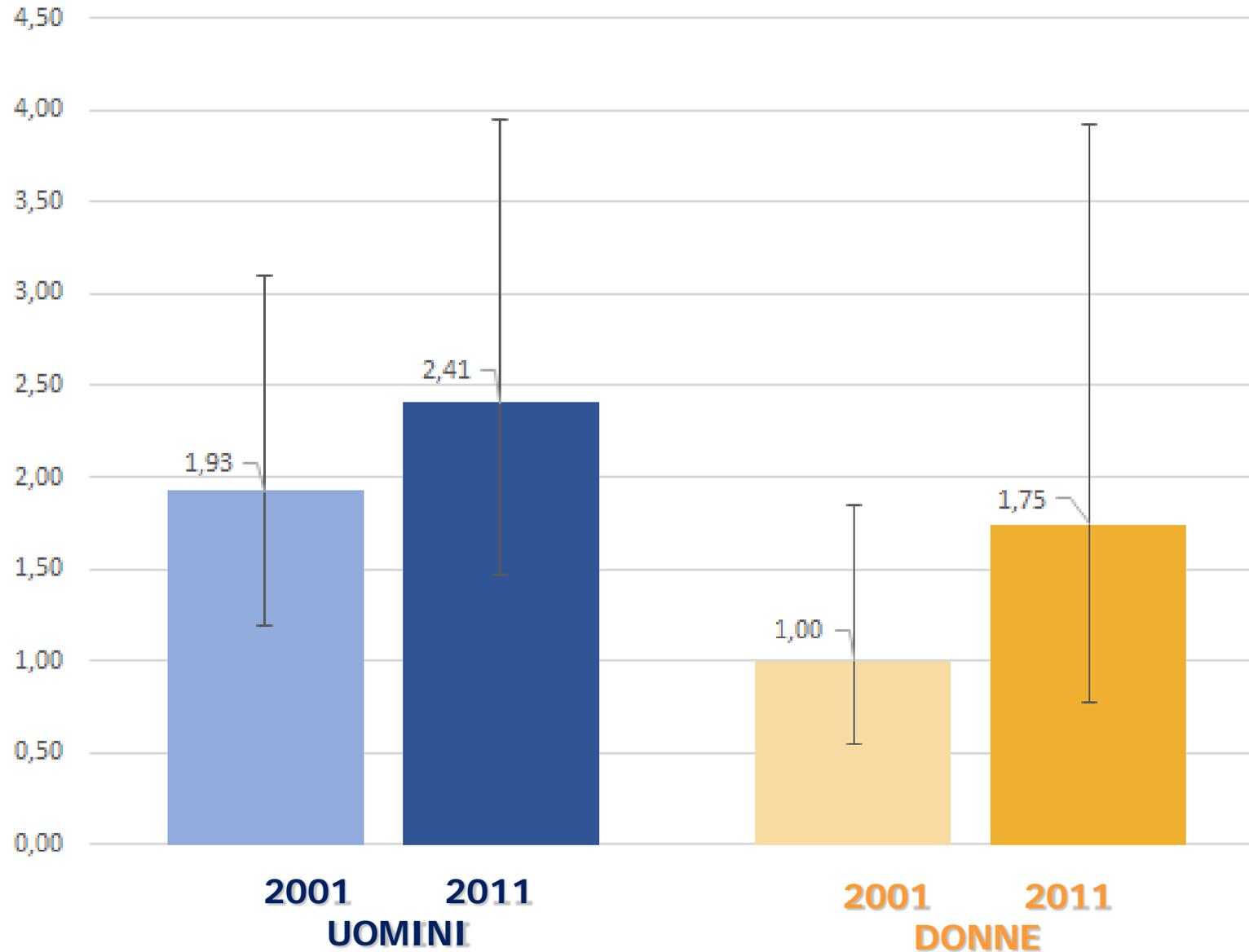
Studio di coorte (chiusa o aperta)



# Rischio Relativo di mortalità per titolo di studio. Età 30-64 anni - uomini Bologna (da SLEm) 2001-2006 / 2011-2016



**RII di mortalità per titolo di studio. Età 30-74. CAUSE di deaths of despair: avvelenamenti da alcol, droga, suicidi e malattie croniche del fegato, per sesso Bologna (da SLEm) 2001-2006 / 2011-2016**



Quali altri tipi di risultati (ad oggi):

- mortalità infantile
- **ricoveri ospedalieri**
- ricoveri evitabili
- salute **immigrati**

Quali sviluppi:

- assistenza in gravidanza
- **registri di patologia** (tumore, diabete)
- **Salute mentale**
- coordinamento con **Aziende Sanitarie Locali e Comuni** per identificare tematiche ed interventi da valutare per l'**Equità in salute**



## LEGGI ED ALTRI ATTI NORMATIVI

LEGGE 22 marzo 2019, n. 29.

Istituzione e disciplina della Rete nazionale dei registri dei tumori e dei sistemi di sorveglianza e del referto epidemiologico per il controllo sanitario della popolazione.

La Camera dei deputati ed il Senato della Repubblica hanno approvato;

IL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA

PROMULGA

la seguente legge:

Art. 1.

*Istituzione della Rete nazionale dei registri dei tumori e dei sistemi di sorveglianza*

1. È istituita la Rete nazionale dei registri dei tumori e dei sistemi di sorveglianza dei sistemi sanitari regionali, identificati per ciascuna regione e provincia autonoma ai sensi del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 3 marzo 2017, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 109 del 12 maggio 2017, per le seguenti finalità:

a) coordinamento, standardizzazione e supervisione dei dati, alimentati direttamente dai flussi dei registri delle regioni e delle province autonome, nonché validazione

all'articolo 8 del decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81, disciplinato dal regolamento di cui al decreto dei Ministri del lavoro e delle politiche sociali e della salute 25 maggio 2016, n. 183.

2. Entro dodici mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, con regolamento da adottare ai sensi dell'articolo 17, comma 1, della legge 23 agosto 1988, n. 400, su proposta del Ministro della salute, acquisito il parere del Garante per la protezione dei dati personali, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, sono individuati e disciplinati i dati che possono essere inseriti nella Rete di cui al comma 1, le modalità relative al loro trattamento, i soggetti che possono avere accesso alla medesima Rete, i dati che possono essere oggetto dell'accesso stesso, le misure per la custodia e la sicurezza dei predetti dati nonché le modalità con cui è garantito agli interessati, in ogni momento, l'esercizio dei diritti previsti dal regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 27 aprile 2016. Con il regolamento di cui al primo periodo si provvede altresì a semplificare e razionalizzare gli obblighi informativi, in armonia con quanto disposto dal decreto del Presidente del Consiglio dei ministri citato al comma 1 del presente articolo, nell'ambito di un sistema integrato ed unico di flussi di dati, evitando duplicazioni e sovrapposizioni di banche dati sanitarie.

---

## LEGGI ED ALTRI ATTI NORMATIVI

---

### Art. 4.

#### *Istituzione del referto epidemiologico*

1. Al fine di garantire un controllo permanente dello stato di salute della popolazione, anche nell'ambito dei sistemi di sorveglianza, dei registri di mortalità, dei tumori e di altre patologie identificati ai sensi dell'articolo 12, comma 11, del decreto-legge 18 ottobre 2012, n. 179, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 dicembre 2012, n. 221, il Ministro della salute, acquisito il parere del Garante per la protezione dei dati personali, entro dodici mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, adotta un decreto per l'istituzione del referto epidemiologico, per il controllo sanitario della popolazione con particolare attenzione alle aree più critiche del territorio nazionale, al fine di individuare i

2. Ai fini della presente legge, per «referto epidemiologico» si intende il dato aggregato o macrodato corrispondente alla valutazione dello stato di salute complessivo di una comunità che si ottiene da un esame epidemiologico delle principali informazioni relative a tutti i malati e a tutti gli eventi sanitari di una popolazione in uno specifico ambito temporale e in un ambito territoriale circoscritto o a livello nazionale, attraverso la valutazione dell'incidenza delle malattie, del numero e delle cause dei decessi, come rilevabili dalle schede di dimissione ospedaliera e dalle cartelle cliniche, al fine di individuare la diffusione e l'andamento di specifiche patologie e identificare eventuali criticità di origine ambientale, professionale o socio-sanitaria.

# Cose da fare ...

- Trasformazioni organizzative necessarie per passare ad un modello che sia trasversale, comunicativo e partecipato
- Adeguamento dei servizi pubblici di epidemiologia
- Integrazione delle attività all'interno dei Dipartimenti

# Ovvero...

Sviluppo reale e concreto di una modalità di lavoro «dentro i dipartimenti» e quindi trasversale a tutti gli operatori, che si basi su conoscenze organizzate, che tenda a migliorare la conoscenza dei problemi (caratteristiche del territorio e della popolazione, rischi, danni, ecc.) ad attuare interventi basati su queste conoscenze e non solo sulle esigenze/ricieste che vengono presentate.

Ciò vuol dire aggiornamento del modello d'intervento e delle capacità/professionalità degli operatori, a partire dai dirigenti.

# E poi...

... le informazioni che orientano le scelte devono essere trasmesse, tradursi in trasparenza utile per sviluppare conoscenza, consapevolezza e partecipazione tra i cittadini.

# Criticità da affrontare...

- Possibilità di accesso non solo ai dati sanitari ma anche a quelli sociodemografici
- Regolamentazione privacy
- Titolarità e co-titolarità delle banche dati
- Sviluppo di sistemi di sorveglianza orientati alla raccolta di dati qualitativi
- Banche dati prive di chiavi primarie per il linkage...



**La strada che porta alla conoscenza è una  
strada che passa per dei buoni incontri  
(Baruch Spinoza)**

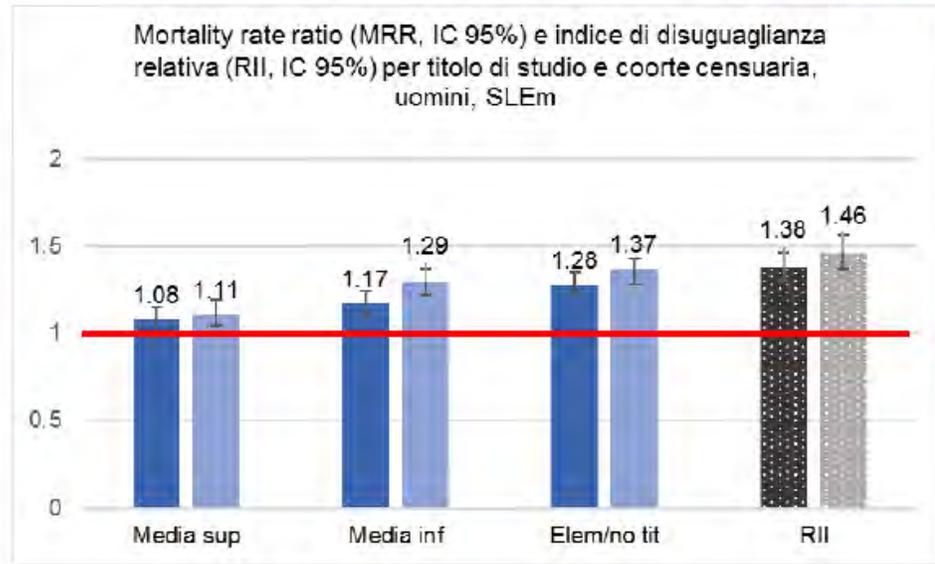
**Grazie**

Slides extra

# Rischio Relativo di mortalità, Studio Longitudinale Emiliano (SLEm).

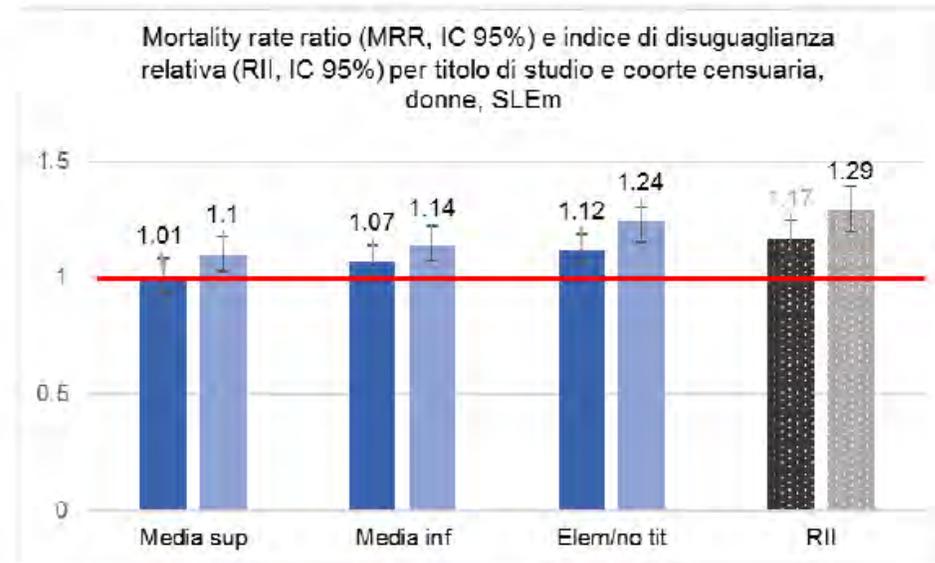
Età 30-99 anni

2001-2006 / 2011-2016



Casi attribuibili (uomini): da 2.356,5 nel 2001 a 1.659,9 nel 2011

Casi attribuibili (donne): da 4.901,3 nel 2001 a 1.373,7 nel 2011



# Rischio Relativo di mortalità, per cause. Età 30-69 anni, uomini, Bologna (da SLEm) 2001-2013

## CAUSE ALCOL CORRELATE

## FUMO CORRELATE

