

# IL PROFILO DI SALUTE

---

*Giuseppe Costa*

**AIE Catania**

**Oct 27, 2019**

# Profilo/referto epidemiologico???

- L'esegesi del «verbo» del nostro legislatore
- Cosa abbiamo imparato dalla esperienza
- Le implicazioni per l'agenda della epidemiologia italiana

# Profilo/referto epidemiologico???

- L'esegesi del «verbo» del nostro legislatore
- Cosa abbiamo imparato dalla esperienza
- Le implicazioni per l'agenda della epidemiologia italiana

# NORME PER RENDERE ESIGIBILE EPIDEMIOLOGIA IN SSN (SEMPRE A INVARIANZA FINANZIARIA)

- DPCM Registri e sorveglianze 2017  
ESIGIBILITA' DATI  
E INFRASTRUTTURA
- Decreto LEA 2017  
ESIGIBILITA' CONOSCENZA  
DA ANALISI DATI
- Legge Rete Registri Tumori e Referto  
epidemiologico 2019  
ESIGIBILITA' DATI  
E INFRASTRUTTURA  
• Rete Registri tumori  
... REGOLAMENTO?
- Referto epidemiologico  
ESIGIBILITA' CONOSCENZA  
DA ANALISI DATI  
...DECRETO?

# DECRETO LEA 2017

## 7) Prevenzione collettiva

PREMESSA L'informazione epidemiologica, anche quando non espressamente citata tra le componenti del programma, dovrà comunque guidare le aziende sanitarie nella pianificazione, attuazione e valutazione dei programmi e nella verifica del raggiungimento degli obiettivi di salute.

### **AREA DI INTERVENTO F (malattie croniche)**

#### **sotto il programma/attività Cooperazione...Guadagnare salute**

- **Profilo di salute** della comunità: disponibilità e utilizzo delle informazioni tratte dai sistemi di sorveglianza correnti (malattie infettive, malattie croniche e incidenti, stili di vita, percezione dello stato di salute, ricorso ai servizi sanitari), da rilevazioni che coinvolgono la comunità, al fine di: a) analizzare i bisogni della popolazione b) individuare i rischi della popolazione e dell'ambiente c) valutare l'impatto sulla salute di interventi sanitari, ambientali e sociali
- **Relazioni sullo stato di salute** della comunità e sui problemi di salute prioritari
- Informazione e comunicazione alle istituzioni, ai cittadini e agli operatori sanitari

# LEGGE SU REFERTO EPIDEMIOLOGICO 2019 (COMPITI DI DECRETO APPLICATIVO)

- Formato utile per il controllo sanitario della popolazione
  - Dato aggregato
  - Su variazioni temporali e geografiche
  - Di occorrenza eventi (da mortalità, ricoveri e cartelle cliniche?)
  - Per identificare criticità...
- Identifica soggetti preposti a
  - Raccolta, analisi e aggiornamento dati
  - Pubblicazione annuale in siti di SSR (occorrenza malattie che spiegano di più mortalità)

# POSSIBILE FARE UN PO' DI ORDINE?

- **RIACCIUFFARE IL VERO RATIONALE**: rendere esigibile il diritto di accesso alle informazioni (vedi Freedom of Information Act **FoIA**) in un contesto di politiche di salute cooperative (vedi Decreto LEA-nuovo PNP)
- **INQUIETANTE DERIVA TERMINOLOGICA (CONCETTUALE?)**: «nel linguaggio giuridico, il referto è la comunicazione che chi esercita una professione sanitaria è tenuto a presentare all'autorità giudiziaria per quei casi in cui ha prestato la sua opera o assistenza a persone il cui stato patologico può essere conseguenza di un delitto per il quale si debba procedere d'ufficio e non solo dietro querela di parte come figure di reato» (Treccani).
- **UNA FINESTRA DI OPPORTUNITA'** per esigibilità
- **CRITICITA' DI RISORSE NECESSARIE** in condizioni di invarianza finanziaria: competenze e risorse per realizzare questi compiti?

# Profilo/referto epidemiologico???

- L'esegesi del «verbo» del nostro legislatore
- **Cosa abbiamo imparato dalla esperienza**
- Le implicazioni per l'agenda della epidemiologia italiana

# E' DESUMIBILE UN MODELLO IDEALE DI PROFILO/REFERTO EPIDEMIOLOGICO SEGUENDO L'ESPERIENZA DI EPIDEMIOLOGIA (ITALIANA)?

## TRE FORMATI COM-PRESENTI SUL CAMPO

- RELAZIONI/RAPPORTI SETTORIALI
- ATLANTI / DATA WAREHOUSE / CRUSCOTTI
- PIANI DI COMUNICAZIONE PERSONALIZZATA

## RELAZIONI/RAPPORTI: elaborati generalisti o specialistici

- Rendicontazione SETTORIALE di politiche agli organi politici o conferenze di servizi (IVG, gioco d'azzardo, dipendenze...)
- Documenti GENERALISTI di accompagnamento a programmazione regionale/locale (rischio di uso “cosmetico”)

# RELAZIONI/RAPPORTI: elaborati generalisti o specialistici

- Rendicontazione SETTORIALE di politiche agli organi politici o conferenze di servizi (IVG, gioco d'azzardo, dipendenze...)
- Documenti GENERALISTI di accompagnamento a programmazione regionale/locale (rischio di uso “cosmetico”)



Presidenza Italiana  
Consiglio EU 2014



*Ministero della Salute*

**Relazione sullo Stato  
Sanitario del Paese  
2012-2013**



## RELAZIONI/RAPPORTI: elaborati generalisti o specialistici

- Rendicontazione SETTORIALE di politiche agli organi politici o conferenze di servizi (IVG, gioco d'azzardo, dipendenze...)
- Documenti GENERALISTI di accompagnamento a programmazione regionale/locale (rischio di uso “cosmetico”)



# 10 NUMERI SUL GIOCO D'AZZARDO IN PIEMONTE

**5,1** miliardi

**Quanto giocano (d'azzardo) i piemontesi?**  
ci consente di inquadrare meglio il fenomeno

**1,5** milioni

**Quanti sono i giocatori piemontesi?** Risposta più complicata e occorre affidarsi a stime

**1.300**

**Quanti sono i giocatori in cura presso il Servizio Sanitario Regionale?** La piccolissima parte dei giocatori d'azzardo è in cura presso il Servizio Sanitario Regionale. Nel 2016 si parla di circa 1.300 persone in Piemonte, prevalentemente per dipendenze da gioco

**1,2** miliardi

**Quanto perdono i piemontesi nel gioco d'azzardo?** Circa 1,2 miliardi di giochi distribuiti su rete fisica, nell'anno di approvazione della legge regionale

**72%**

**In che misura pesa il gioco su apparecchi rispetto al gioco d'azzardo complessivo?** Le due norme considerate in questa nota intendono incidere sul gioco d'azzardo condotto su apparecchi

**-52%**

**In che misura si è ridotto il numero di apparecchi attivi nel 2018?** È stato cercato di misurare qual era l'entità del fenomeno ai tempi dell'approvazione della legge regionale e negli anni immediatamente precedenti. Ad oggi il numero di apparecchi è ridotto del 52%

**-232** milioni

**In che misura si è ridotto il volume di gioco dopo l'entrata in vigore del distanziometro?** Confrontando il primo semestre 2018, periodo di massima attività, con il primo semestre 2019, il volume di gioco è diminuito di 232 milioni di giochi

**-163** milioni

**In che misura si sono ridotte le perdite di gioco dopo l'entrata in vigore del distanziometro?** Naturalmente anche le perdite dei giocatori si sono ridotte. Le perdite relative al gioco condotto su apparecchi nel primo semestre 2019 sono diminuite di 163 milioni di euro

**15** milioni

**In che misura sono aumentate le perdite da gioco on line dopo l'entrata in vigore del distanziometro?** Uno dei possibili effetti indesiderati della riduzione del gioco su apparecchi è l'aumento del gioco on line. Nel primo semestre 2019 le perdite da gioco on line sono aumentate di 15 milioni di euro

**-8%**

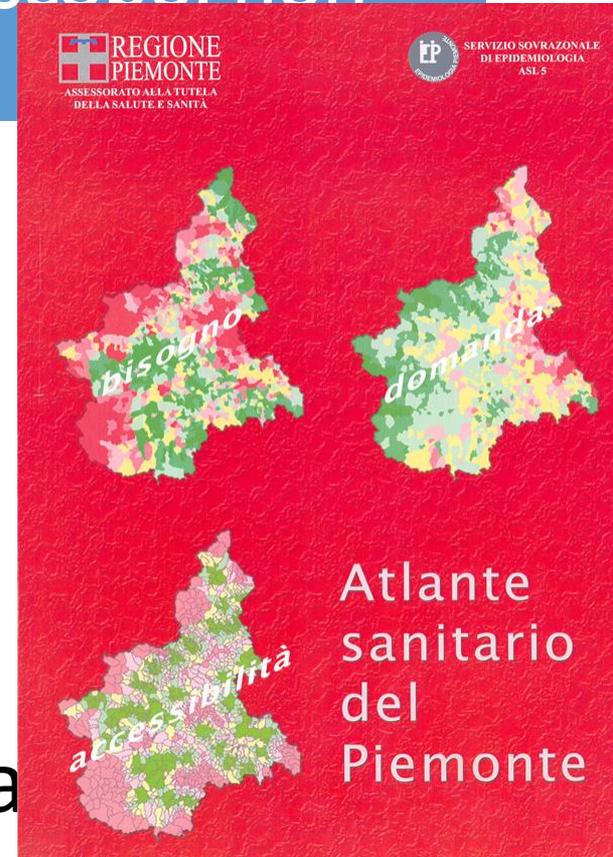
**In che misura le perdite da gioco si sono ridotte dopo le ordinanze comunali di limitazione degli orari?** Come abbiamo già ricordato, la legge regionale del Piemonte impone ai Comuni di disporre limitazioni temporali al gioco. Nei confronti tra semestri finiti il 30 giugno 2019 e finiti il 31 dicembre 2018, le perdite da gioco si sono ridotte dell'8%

## RELAZIONI/RAPPORTI: elaborati generalisti o specialistici

- Rendicontazione SETTORIALE di politiche agli organi politici o conferenze di servizi (IVG, gioco d'azzardo, dipendenze...)
- Documenti GENERALISTI di accompagnamento a programmazione regionale/locale (rischio di uso “cosmetico”)

# ATLANTI / DATA WAREHOUSE / CRUSCOTTI: comunicazione generalista, multiscopo, non mirata

- Aperti a consultazione di pluralità di utenti/stakeholder
- Flessibilità controllata (indicatori/geografia/tempo /covariate demografiche)
- Fonte di allarmi; rischi in assenza di adeguati meccanismi di governance (cfr in ambito ambientale)



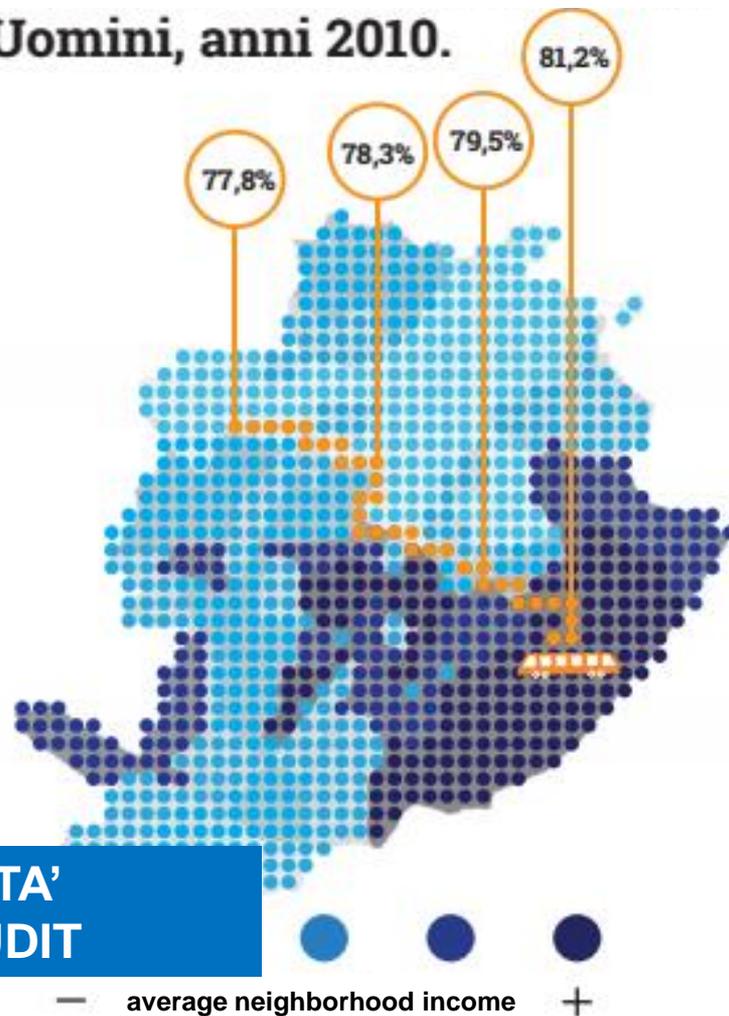
## COMUNICAZIONE «PERSONALIZZATA»

- Processi e strumenti di comunicazione intenzionale per intercettare percorsi decisionali o preformativi – di innovazione in specifici contesti che ne condividono lo scopo, esempi
  - Scelta di priorità in Piani Locali di Salute
  - Audit su allarmi di PNE (programmi di rete ex ricerca finalizzata)
  - Audit su allarmi di Garanzia LEA (accountability del Sistema di Garanzia)



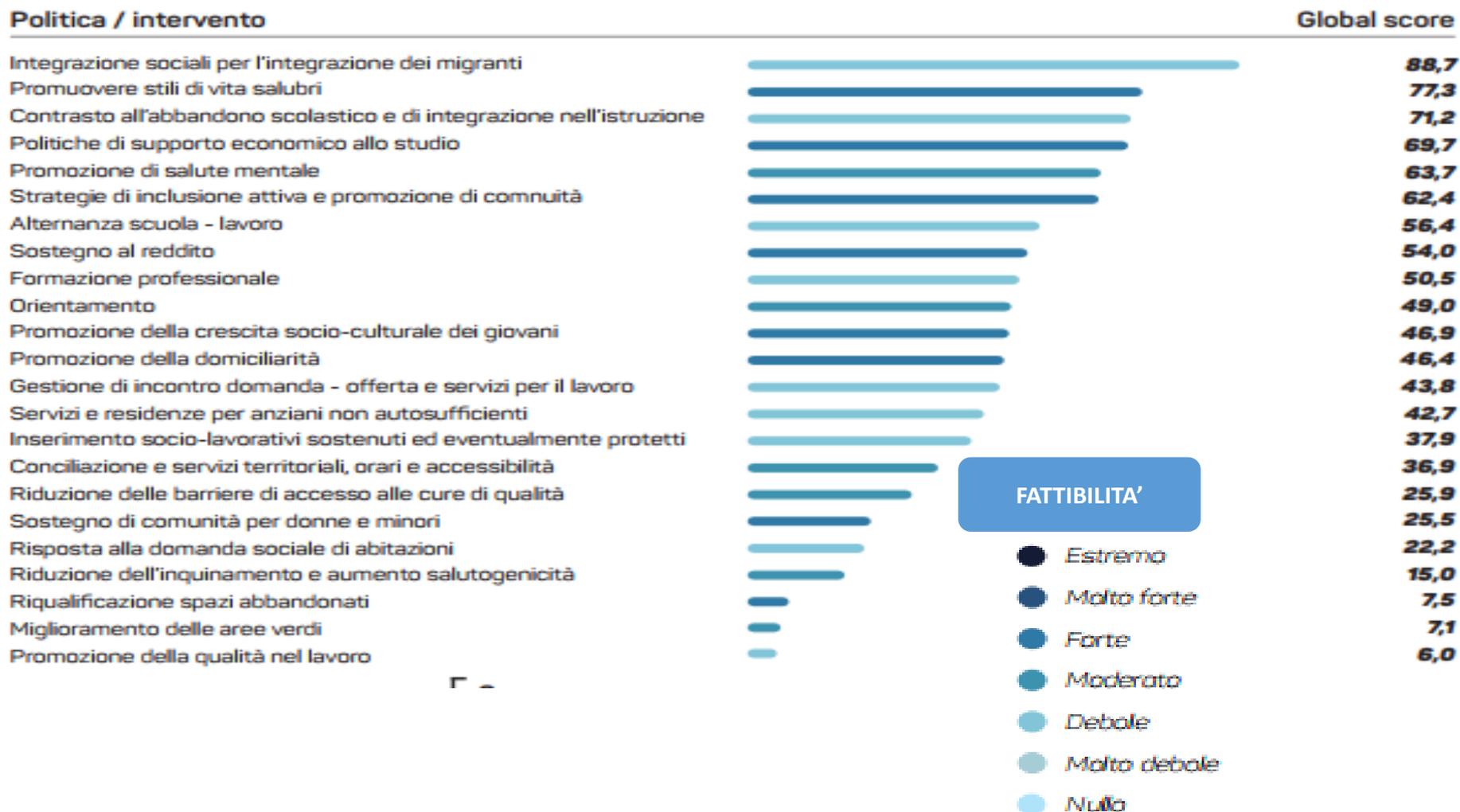
# Speranza di vita alla nascita tra gli uomini a Torino, anni 2010

Uomini, anni 2010.

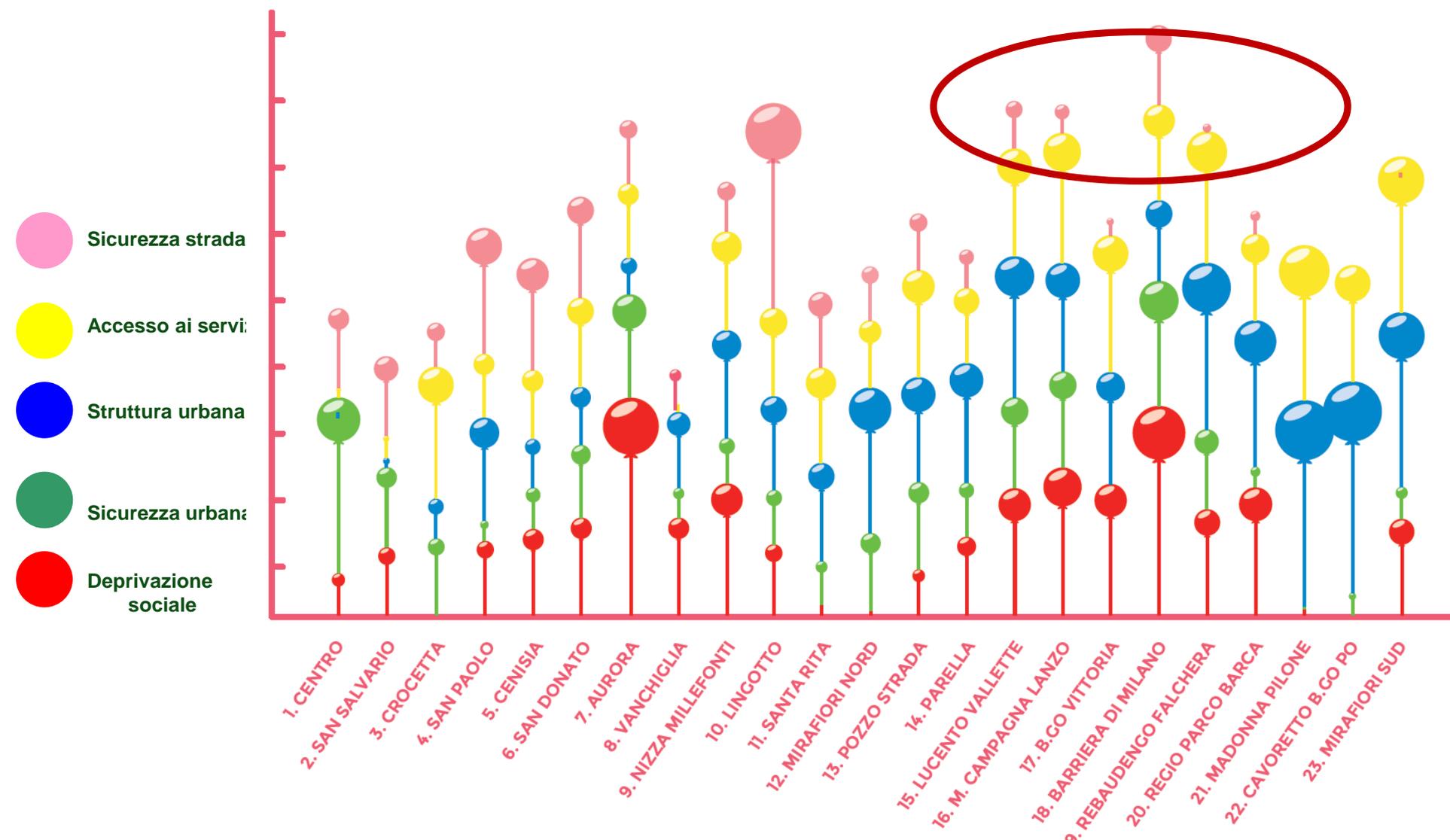


AL LIVELLO LOCALE LE LENTI DELL'EQUITA' INNESCANO CICLI DI HEALTH (EQUITY) AUDIT

# Graduatoria delle 23 politiche/azioni secondo l'efficacia attesa a Torino rispetto alla riduzione delle disuguaglianze di mortalità a Torino



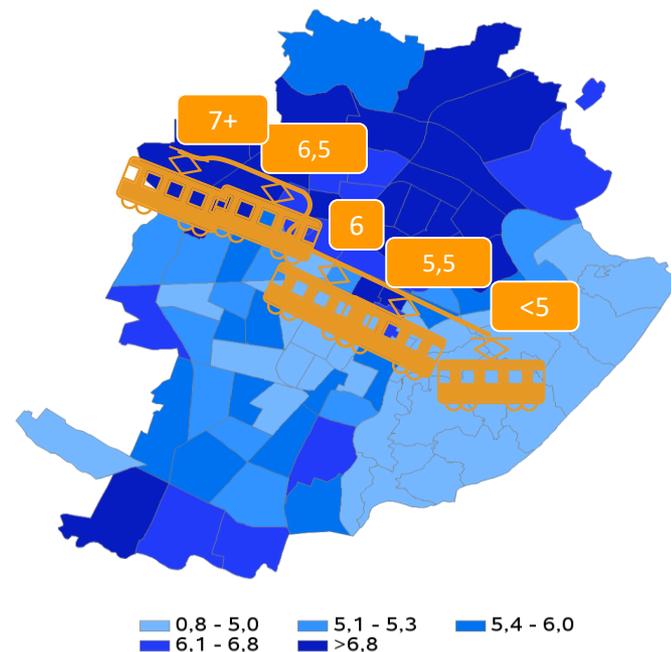
# Disuguaglianze tra i 23 quartieri nei principali assi delle disuguaglianze sociali



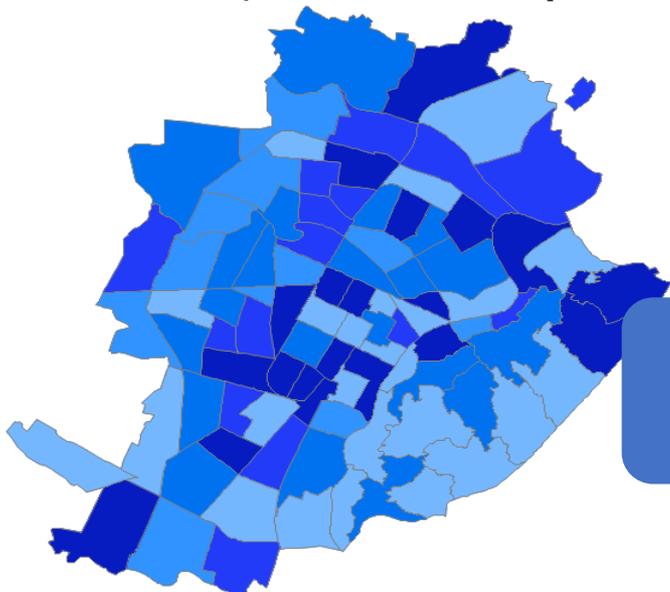
# Stakeholder e decisori fanno convergere investimenti intersettoriali su quartieri deprivati, usando la **finestra di opportunità del Piano Cronicità**: diabete come prototipo

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

**Prevalenza % di diabete noto nel 2017, standardizzata per età**



## Letalità % nei diabetici nel periodo 2016-2018, standardizzata per età

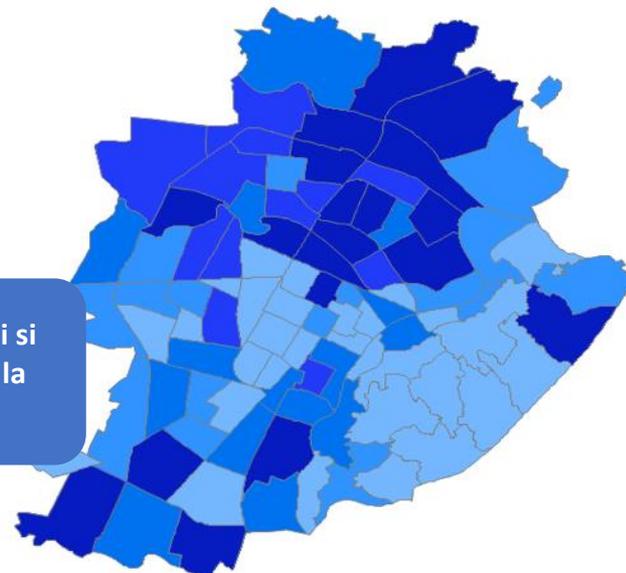


Disuguaglianze più in come ci si ammala che in come si cura la malattia

■ <= 4,5   
 ■ 4,6 - 4,9   
 ■ 4,9 - 5,2   
 ■ 5,3 - 5,8   
 ■ > 5,8

Livello di istruzione	
Alto	5,1
Medio	5,1
Basso	5,6

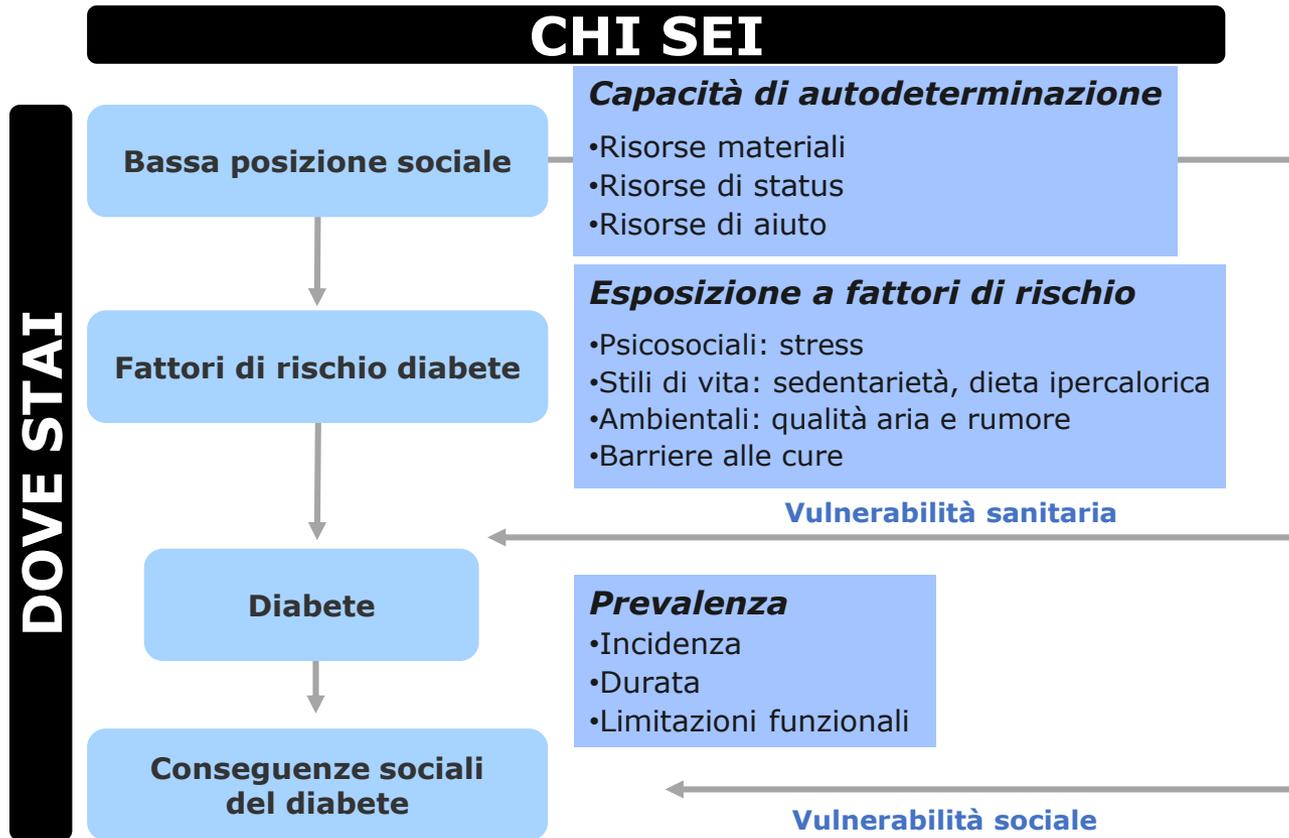
## Incidenza ‰ di diabete nel periodo 2016-2018, standardizzata per età



■ <9,5   
 ■ 9,5 - 10,3   
 ■ 10,3 - 10,9   
 ■ 11,0 - 12,2   
 ■ >= 12,3

Livello di istruzione	
Alto	8,8
Medio	11,9
Basso	15,6

# Come nascono disuguaglianze in come ci si ammala?



*Dove sta la responsabilità? (AGENDA DI CCD)*

## **I possibili partner**

### **Cabina di regia di piano locale cronicità**

distretto, MMG, specialisti, infermieri, farmacisti,  
cittadinanza attiva...

### **Istituzioni locali**

Comune, Edilizia Residenziale Pubblica, Scuola, Teatro  
sociale, animazione sociale

### **Donatori**

Fondazioni bancarie, finanza di impatto

### **Imprese di innovazione sociale**

(Torino Social Impact)

### **Organizzazioni di scopo su disuguaglianze**

#### **Forum Disuguaglianze**

(Caritas, UISP, Gruppo Abele, Lega Ambiente...)

### **Organizzazioni di scopo su alimentazione**

Atlante del cibo (Università, produzione, distribuzione,  
Banco alimentare...)

# Torino Social Impact

## una piattaforma per l'innovazione sociale

(Camera di Commercio e Compagnia San Paolo)

### 2.5 I partner TSI



Torino Social Impact è oggi un network informale di attori dell'area metropolitana, che si sono impegnati reciprocamente attraverso la sottoscrizione di un **Memorandum of Understanding**.

Associazione di Progettazione sociale M.Maggiara	FabLab Torino/Officine	Novajo - Massa Critica	SocialTech
Associazione Quinto Ampliamento	Finpiemonte Spa	Officine Brand	Starteed
Associazione Rete delle Case del Quartiere	Fondazione Contrada Torino Onlus	Open Incet	Stefania Farina
Centro Servizi Volontariato - Vol.To	Fondazione Cottino	Opera Barolo	Sumisura s.c.
Città Metropolitana Torino	Fondazione Fitzcarraldo	Ordine dei commercialisti ed Esperti contabili di Torino	Talent Garden
Club degli Investitori	I3P	Planet Idea srl	Toolbox
Codex sc	2i3T	Plug	Top-IX
Comitato imprenditorialità sociale	Impact Hub Torino	Politecnico di Torino	Torino Wireless
Comitato Torino Finanza	Izmade srl SB	Print Club Torino	Unicoop Piemonte
Compagnia di San Paolo	Legacoop Piemonte	CGIL, CISL, UIL	Unione Industriale - Gruppo Giovani imprenditori
Comune di Torino	Links	S-Nodi	Università degli Studi di Torino
Confcooperative Piemonte Nord	Mamazen srl	SOCIAL Community Theatre Centre/Unito	Urban Center
CSP - Innovazione nelle ICT Scarl	Nesta Italia	SocialFare	
	Nestor srl		

# Torino Social Impact



## Costruzione dell'ecosistema

### Rafforzare

### Sperimentare

### Ra

Infrastrutture comuni

Finanza d'impatto

Centro misurazione impatto

Tech 4 good

Impact City labs

Pay for Results

Procurement sociale

Catalizzare gli investimenti

Progetti cooperativi

Progetti moonshot

Scalabilità & Replicabilità

40

anni  
di salute  
a Torino

Spunti per leggere  
i bisogni e i risultati  
delle politiche

A cura di  
Giuseppe Costa, Morana Strocchia,  
Nicola Zangarini e Moreno Dusearia

# Profilo/referto epidemiologico???

- L'esegesi del «verbo» del nostro legislatore
- Cosa abbiamo imparato dalla esperienza
- Le implicazioni per l'agenda della epidemiologia italiana

**BENCHMARKING  
SPAZIO/TEMPO/SOCIALE**

osservato

occorrenza di un fenomeno

atteso

**MECCANISMI**

causa  
A

causa  
B

causa  
C

**SOLUZIONI EFFICACI IN TEORIA**

soluzione  
A

soluzione  
B

soluzione  
C

**SOLUZIONI EFFICACI IN PRATICA (FATTIBILITA')**

soluzione  
A

soluzione  
B

soluzione  
C

**BENEFICIO ATTESO**

+

+

## BENCHMARKING SPAZIO/TEMPO/SOCIALE

osservato	occorrenza di un fenomeno	atteso
-----------	---------------------------	--------

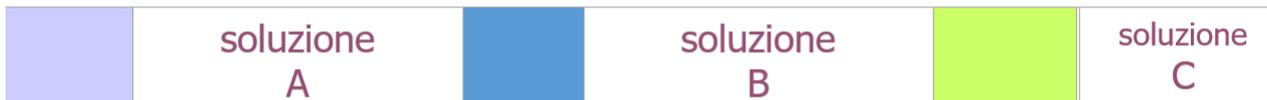
Segnale di allarme come proxy di un  
potenziale beneficio atteso

Che innesca ciclo di audit

### MECCANISMI



### SOLUZIONI EFFICACI IN TEORIA



### SOLUZIONI EFFICACI IN PRATICA (FATTIBILITA')



### BENEFICIO ATTESO



# Ruolo della epidemiologia nei processi decisionali



# Storia

# Esigibilità (nuove norme)

# Criticità

Atlanti/DWH/cruscotti

Debito informativo

Su misura di lettore

Comunicazione  
«personalizzata»

Elastico a domanda

Da silos/passivo a DWH a  
gettone, con storie, e  
covariate, ma dipende da  
meccanismi e strutture di  
governance

Impatto

Risposta a domanda  
certificativa (indicatori  
PNP, Garanzia LEA,...),  
performativa (PNE,  
PNC), o di governo  
partecipato di istituzioni  
ben disegnate e di  
comunità consapevoli

Condivisione  
indicatori e standard

# CONCLUSIONI

- Facendo finta di poter decidere qual è la risposta epidemiologica migliore al fabbisogno di conoscenza dello stakeholder in circostanze “ideali” di governance
- Si possono stabilire gli stili di comunicazione (profili di salute) che rispondono meglio a questo fabbisogno (ideale)
- Per poi tornare coi piedi per terra: come approfittare di questa normativa per rendere esigibile l'epidemiologia (ruolo, personale e risorse)?

**Chi sa se i tempi migliori  
sanno che  
l'epidemiologia italiana  
li sta aspettando**



**Disuguaglianze di salute**

Ridurre le disuguaglianze con azioni  
di contrasto sui determinanti sociali

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

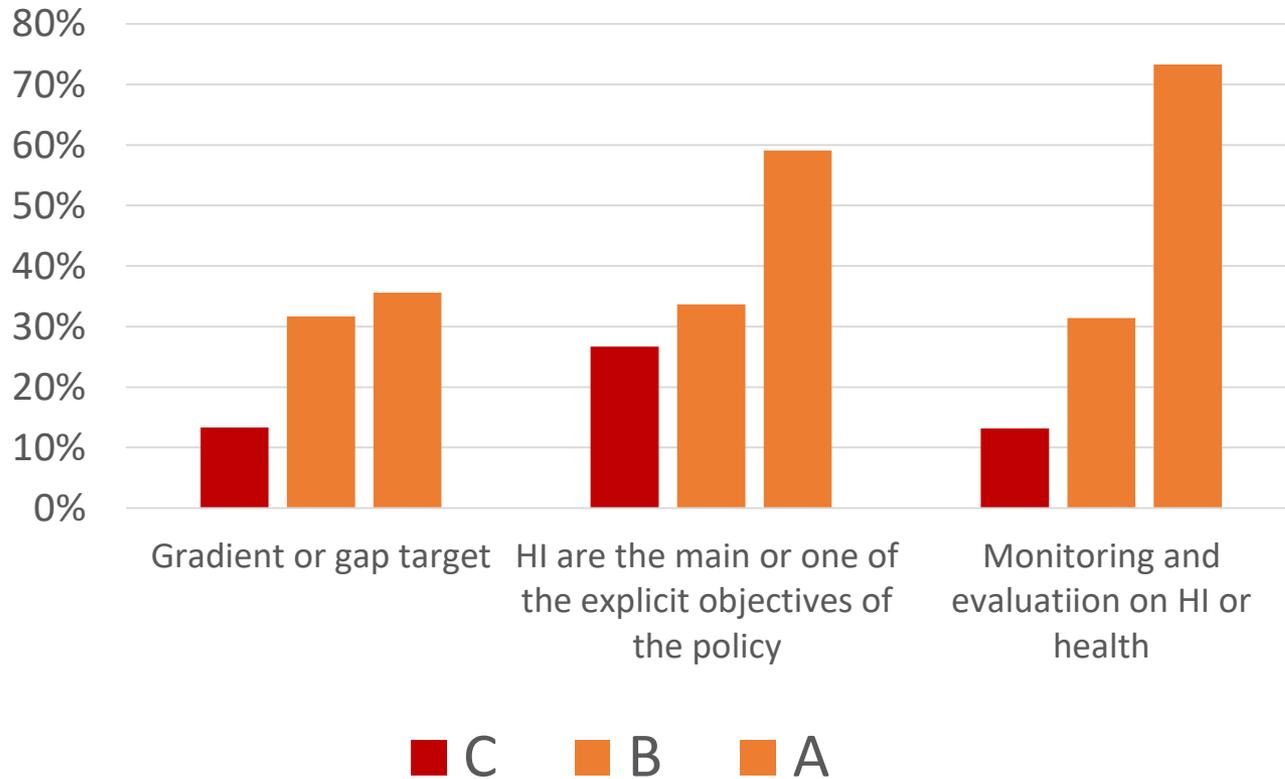
# Main characteristics of policies on SDH

A **temporal comparison** is difficult but:

1. **Cross sectoral work** has increased (51,4% to 65,6%) with an increase also in the average number of ministries involved
2. Increase also in the **variety of ministries** acting (for example policies acting on the contexts as transports, urban planning and environment from 24,2% to 34%)
3. **Dimensions of vulnerability** have increased (more than 2 from 34% to 50%)
4. Policies not **evaluated or monitored** or without equity assessments have decreased (from 52,2% to 40%)
5. Approaches on the **social gradient** seem to have increased (from 27% to 37%)
6. The same happens for policies directly aimed at tackling health inequalities

# Is there a relation among governance of HI and policies on SDH?

It seems to be associated with the advancement of policies....



The more the governance of HI is advanced the more policies and actions acting on the SDH are equity oriented