



# Inserto BEN

## Bollettino Epidemiologico Nazionale

### ORIENTAMENTI, CONSIDERAZIONI E PROPOSTE DELLE AZIENDE SANITARIE DELLA SARDEGNA SUI CENTRI EPIDEMIOLOGICI AZIENDALI (CEA)

Cinzia Aresu\*<sup>1</sup>, Diego Cabitza\*<sup>2</sup>, Francesco Macis\*<sup>3</sup>, Angelo Mura\*<sup>4</sup>, Graziella Bonaria Salis\*<sup>5</sup>, Antonino Paolucci\*<sup>6</sup>,  
Monica Pedron\*<sup>1</sup>, Maria Rita Pinna\*<sup>5</sup>, Sabrina Porcheddu\*<sup>7</sup> e Rosanna Porcu\*<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Azienda Ospedaliero Universitaria di Cagliari, <sup>2</sup>ASL 4 Lanusei (OG), <sup>3</sup>Assessorato Igiene, Sanità e Assistenza Sociale, Regione Autonoma della Sardegna, Cagliari  
<sup>4</sup>ASL 6 Sanluri (VS), <sup>5</sup>ASL 3 Nuoro, <sup>6</sup>ASL 7 Carbonia (CI), <sup>7</sup>Azienda Ospedaliero Universitaria di Sassari

La Rete Epidemiologica della Sardegna (RES) trova il suo presupposto normativo nella LR 16/1991 "Istituzione dell'Osservatorio epidemiologico regionale", nella LR 10/2006 "Tutela della salute e riordino del servizio sanitario della Sardegna" e nel Piano Sanitario Regionale 2006-08.

In queste disposizioni sono individuate le competenze ascritte all'Osservatorio Epidemiologico Regionale (OER) ed alla rete dei Centri Epidemiologici Aziendali (CEA) nell'ambito dell'Agenzia Regionale della Sanità.

Secondo la normativa istitutiva della RES, ai CEA sono attribuite le azioni di raccolta, elaborazione e diffusione delle conoscenze sui bisogni di salute della popolazione e sui suoi fattori di rischio, identificazione delle priorità d'intervento, valutazione dell'equità nell'accesso dei cittadini ai servizi sanitari e socio-sanitari e valutazione di appropriatezza, efficacia ed efficienza dei servizi erogati.

Con la finalità di potenziare le conoscenze e le competenze epidemiologiche degli operatori sanitari della regione Sardegna, è stato attivato il Master di Epidemiologia applicata, organizzato dalla regione Sardegna, dalle Università di Cagliari e Sassari e dall'Istituto Superiore di Sanità, nel contesto del progetto "Struttura di interfaccia regionale con il Centro Nazionale per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie (CCM) del Ministero della Salute". Le attività del Master hanno previsto il disegno e la conduzione di ricerche-azione nel contesto lavorativo dei partecipanti al

Master. Le aree oggetto di studio hanno compreso la rilevazione delle opinioni degli *stakeholder* aziendali e regionali sul ruolo della RES e dei CEA, con la finalità di contribuire alla definizione delle caratteristiche organizzative/operative di tali centri, di facilitare l'istituzione e/o l'implementazione dei CEA in ogni azienda sanitaria e di contribuire a definire operativamente le modalità di interazione tra questi e l'OER. I CEA, singolarmente o in maniera integrata, dovrebbero supportare le funzioni di governo e gestione del servizio sanitario a livello regionale e locale (*governance* sanitaria *evidence-based*), e promuovere la cultura epidemiologica.

Lo studio qualitativo di opinioni, percezioni e raccomandazioni degli operatori aziendali e regionali ai vari livelli e nelle diverse categorie sui CEA è caratterizzato dall'utilizzo di un approccio analitico di tipo SWOT (strengths - punti di forza, weaknesses - punti di debolezza, opportunities - opportunità, threats - pericoli) e da interviste semi-strutturate individuali (1-5).

La selezione dei partecipanti allo studio è stata effettuata mediante campionamento selettivo di 158 operatori sanitari di nove aziende sanitarie e dell'Assessorato alla Sanità, appartenenti alla dirigenza medica delle aziende e agli uffici di staff, all'area della prevenzione, all'area territoriale (comprendente i Distretti e il Dipartimento di Salute Mentale), all'area ospedaliera e all'area tecnico-amministrativa.

Le tematiche oggetto di studio hanno riguardato le procedure operative da

gestire, le figure professionali necessarie allo svolgimento delle attività, la collocazione ottimale all'interno dell'organigramma aziendale e le modalità di interfaccia con le altre strutture aziendali, la regione e gli enti locali.

Le informazioni raccolte tramite le SWOT sono state sintetizzate aggregando in un primo momento i punti di forza, i punti di debolezza, le opportunità e i pericoli di ogni SWOT, successivamente, dopo una codifica del testo, i concetti comuni sono stati categorizzati in unità di informazione e sono state valorizzate anche le idee meno rappresentate dai partecipanti. Per l'analisi delle interviste si è provveduto in maniera analoga, categorizzando in unità di informazione i vari contributi, mettendo in risalto quelli più comuni e valorizzando anche quelli meno rappresentati.

La rilevazione dei dati dello studio è avvenuta in due momenti:

- nel mese di giugno 2010 sono state effettuate delle riunioni in cui è stata applicata la metodica SWOT in 9 aziende sanitarie sul tema "Istituzione del CEA nell'azienda" e in regione sul tema "La rete epidemiologica regionale", coinvolgendo 113 figure professionali/dirigenziali ritenute significative per l'obiettivo prefissato; di questi, 21 appartenevano alla dirigenza medica delle aziende e al personale sanitario degli uffici di staff, 52 all'area della prevenzione, 9 all'area territoriale (comprendente i Distretti e il Dipartimento di Salute Mentale), 23 all'area ospedaliera e 8 all'area tecnico-amministrativa. ▶

(\*) Gruppo di lavoro CEA della comunità di pratica per la rete epidemiologica regionale sarda.

Tabella - Sintesi dei risultati dell'analisi SWOT<sup>a</sup>

Punti di forza	Punti di debolezza
<ul style="list-style-type: none"> <li>● L'unificazione di banche dati dei diversi servizi consente la disponibilità e l'utilizzo dei flussi informativi non solo a fini amministrativi, ma anche di programmazione</li> <li>● Valutazione dell'efficacia e dell'efficienza degli interventi sanitari</li> <li>● Realizzazione di un sistema intermedio che rafforzi i rapporti tra realtà aziendale, regionale e nazionale, elabori i dati raccolti e garantisca il ritorno dell'informazione ai servizi</li> <li>● Disponibilità di professionisti formati e motivati</li> <li>● Favorisce negli operatori lo sviluppo della mentalità dell'utilità della raccolta e dell'elaborazione dei dati (sia per motivi di ricerca che assistenziali)</li> <li>● Elaborazione del profilo di salute della popolazione nell'ambito territoriale di competenza</li> <li>● Azienda di media dimensione con buon livello di informatizzazione</li> <li>● Possibilità di collaborazione tra le diverse unità operative</li> <li>● Gestione tempestiva delle emergenze sanitarie epidemiche</li> <li>● Condivisione di metodi, strumenti e informazioni</li> <li>● Contributo per il completamento dei registri di patologia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Carenza di personale dedicato e adeguatamente formato a livello aziendale</li> <li>● Scarsa qualità del dato interno o proveniente dall'esterno</li> <li>● Inadeguatezza dei sistemi informativi</li> <li>● Carenza di risorse</li> <li>● Atteggiamento di resistenza al cambiamento e scarsa cultura epidemiologica</li> <li>● Mancanza di identificazione di un nomenclatore delle attività per singola struttura</li> <li>● I dati possono essere non utilizzati o utilizzati in modo scorretto per difficoltà di interpretazione dei dati</li> <li>● Carenza di comunicazione tra i servizi in ambito aziendale</li> <li>● Gestione non adeguata dello strumento (CEA)<sup>b</sup> per l'elaborazione dei dati</li> <li>● Scarso coinvolgimento, motivazione e sensibilizzazione degli operatori sul tema</li> <li>● Mancanza di partecipazione e condivisione dei dati da parte di tutte le strutture</li> <li>● Scarso riconoscimento del ruolo del CEA<sup>b</sup> all'interno dell'azienda</li> <li>● Rischio di competitività e sovrapposizione tra strutture già esistenti</li> <li>● Non considerare il CEA<sup>b</sup> come un organismo tecnico indipendente da esigenze autoreferenziali</li> </ul>
Opportunità	Pericoli
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Programmazione basata sull'evidenza</li> <li>● Costituzione della rete regionale</li> <li>● Strumento utile per la raccolta di dati reali sulla diffusione delle malattie infettive e cronico-degenerative e costruzione di sistemi informativi <i>ad hoc</i></li> <li>● Possibilità di valutare qualità, efficienza, efficacia dei servizi sanitari</li> <li>● Riconoscimento istituzionale</li> <li>● Miglioramento delle performance del sistema informativo aziendale e regionale</li> <li>● Costituzione di un qualificato e motivato team di lavoro con compiti di programmazione e coordinamento delle attività ben definiti</li> <li>● Programmazione integrata con altri portatori di interesse</li> <li>● Pianificazione e realizzazione di eventi formativi per operatori, mirati ad acquisire le competenze</li> <li>● Informare la comunità su stili di vita salutari</li> <li>● Creazione di un centro di riferimento strutturato nel tempo, in raccordo con comunità scientifiche (università e altri enti), capace di dare continuità al lavoro di ricerca e di produzione dei dati</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Guida politica non consapevole dell'importanza dei CEA<sup>b</sup></li> <li>● Strumentalizzazione dei dati e/o resistenza alla loro pubblicazione</li> <li>● Attivazione CEA<sup>b</sup> aziendali non contestuali all'attivazione della rete epidemiologica</li> <li>● Mancata integrazione con il Progetto SISaR<sup>c</sup></li> <li>● Richiesta non razionalizzata dei dati e pratiche troppo complicate per la raccolta</li> <li>● Mancanza di una comunicazione fra enti e istituzioni</li> <li>● Mancanza di regia da parte della RAS<sup>d</sup></li> <li>● Mancato funzionamento rete regionale</li> <li>● Instabilità direzionale</li> <li>● Mancanza di risorse</li> </ul>
Raccomandazioni	
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Assegnare al CEA<sup>b</sup> personale multidisciplinare, qualificato, dedicato e motivato</li> <li>● Promuovere la comunicazione orizzontale e verticale tra i diversi livelli dell'azienda, al fine di favorire la conoscenza reciproca di ruoli e attività fruibili (CEA)<sup>b</sup></li> <li>● Favorire la collaborazione tra autorità sanitarie, autorità locali ed altre istituzioni o altre figure che possono avere un impatto sulla salute</li> <li>● Garantire un mandato forte a livello regionale (esterno) e aziendale (interno)</li> <li>● Sviluppare un progetto credibile, fattibile (logistica, risorse umane e tecnologiche, competenze) e duraturo nel tempo</li> <li>● Completare l'interfacciamento dei sistemi informativi in uso e implementare i moduli non ancora acquisiti</li> <li>● Pubblicare annualmente una relazione sullo stato di salute delle popolazioni locali</li> <li>● Definire con precisione gli ambiti di competenza</li> <li>● Garantire la piena indipendenza tecnica del CEA<sup>b</sup></li> </ul>	

(a) SWOT: Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats; (b) CEA: Centri Epidemiologici Aziendali; (c) SISaR: Sistema Informativo Sanitario Regionale; (d) RAS: Regione Autonoma della Sardegna

● nei mesi di settembre-ottobre 2010, sono state effettuate interviste individuali, in modalità faccia a faccia o telefonica, nelle 9 aziende sanitarie, coinvolgendo 45 operatori che non avevano partecipato alle SWOT. Di questi, 11 appartenevano alla dirigenza medica delle aziende e al personale sanitario degli uffici di staff, 16 all'area della prevenzione, 8 all'area territoriale (comprensive i Distretti e il Dipartimento di Salute Mentale), 6 all'area ospedaliera e 4 all'area tecnico-amministrativa. Le interviste semi-strutturate non sono state portate avanti secondo la ripartizione SWOT e i quesiti proposti si sono concentrati sulle funzioni da assegnare ai CEA, e sulle interazioni tra questi, il resto dell'azienda e la cittadinanza.

La Tabella sintetizza l'analisi SWOT; i punti sono ordinati con frequenza decrescente in base ai contributi delle 9 aziende sanitarie e della Regione Autonoma della Sardegna.

Gli orientamenti, le considerazioni e le proposte prevalenti emerse dallo studio sono stati raggruppati in 3 tematiche principali, riconducibili alle funzioni che dovrebbero avere i CEA all'interno dell'azienda: supporto alla *governance*, strumento di monitoraggio e promozione della salute nel territorio, supporto scientifico interno all'azienda. Un'ulteriore tematica ha riguardato le risorse, la composizione e la struttura organizzativa all'interno dell'azienda.

Dalla maggior parte degli *stakeholder* è riconosciuta al CEA una funzione centrale nell'osservazione epidemiologica finalizzata al supporto decisionale e alla *governance*, mediante la confluenza dei dati provenienti dai sistemi informativi aziendali, l'istituzione di nuovi flussi, la condivisione di metodi e strumenti di raccolta, l'elaborazione delle informazioni e la diffusione dei risultati.

È emerso, inoltre, che i *decision maker*, in un'ottica di *governance* aziendale, incontrano evidenti difficoltà ad analizzare i flussi provenienti dalle banche dati, in quanto frammentati e inadeguati per scarsa accuratezza, poco diffusi all'interno dell'azienda e quindi non fruibili.

Dallo studio emerge che l'istituzione dei CEA favorirebbe lo sviluppo ed il coordinamento dei vari sistemi di sorveglianza, il monitoraggio e la mappatura dei fattori di

rischio della popolazione, contribuendo a definire la domanda di salute, adeguando le azioni alle reali richieste, concorrendo a valutare l'efficacia e l'appropriatezza degli interventi effettuati.

Tra le altre funzioni, sono attribuite ai CEA l'attività di promozione della salute nel territorio, la definizione e la pubblicazione del profilo di salute delle popolazioni locali.

In base ai risultati, il CEA rappresenterebbe il punto di riferimento aziendale per la ricerca scientifica e la produzione di evidenze, con conseguente miglioramento della performance del sistema informativo aziendale e regionale, con un impatto positivo sulla gestione dell'informazione e della comunicazione tra operatori sanitari e tra questi e gli utenti. È stata sottolineata, pertanto, la necessità di promuovere una cultura epidemiologica in tutti gli operatori di sanità pubblica.

Relativamente all'organigramma aziendale, la maggior parte degli intervistati colloca il CEA nell'ambito della Direzione Generale, altri, come struttura semplice o complessa in seno al Dipartimento di Prevenzione. Dallo studio emerge il riconoscimento del CEA fra le strutture complesse aziendali, pertanto dotato di autonomia decisionale e organizzativa.

In generale, emerge che l'équipe multidisciplinare costituente il CEA dovrebbe essere composta da medici epidemiologi, veterinari, biologi, assistenti sanitari, statistici, informatici, economisti ed amministrativi, in possesso di competenze epidemiologico-statistiche per l'utilizzo di strumenti di raccolta, validazione, analisi, studio e gestione epidemiologica di dati quantitativi e qualitativi.

È opinione comune che il CEA non dovrebbe sostituire le strutture esistenti. Le stesse manterrebbero la titolarità e la specificità delle proprie funzioni, continuando a fornire i propri *output* informativi. Il CEA dovrebbe fornire la visione d'insieme derivante dalla sintesi degli interessi/bisogni, al fine di suggerire raccomandazioni per l'azione. Emerge, inoltre, che i CEA dovrebbero concorrere alla mission aziendale, ovvero dare risposte ai bisogni di salute della popolazione.

L'indagine mette in luce un panorama organizzativo aziendale caratterizzato da uno scarso utilizzo dei dati raccolti.

Il CEA, pertanto, appare una struttura chiave in quanto possibile strumento per l'analisi epidemiologica, per lo studio dei bisogni della popolazione e per la promozione della salute.

In altre regioni italiane e in alcuni Paesi del mondo, dotati di sistemi sanitari avanzati ed efficienti, l'organizzazione della funzione di osservazione e azione epidemiologica è considerata una priorità fondamentale (6). Pertanto, alla luce di quanto evidenziato e riscontrato, l'istituzione dei CEA e della RES appare oggi un passo imprescindibile per il miglioramento della qualità e dell'efficacia dell'intero sistema sanitario regionale.

Stante quanto emerso dall'indagine, si auspica che la regione Sardegna si attivi per istituire operativamente i CEA tramite atti diversi, ad esempio con delibera di giunta e aggiornamento di linee di indirizzo per gli atti aziendali, definendone la collocazione nell'organigramma aziendale e precisando competenze e modi di interazione con il resto dell'azienda e la regione. Risulterebbe, infine, opportuna una particolare attenzione nella composizione multidisciplinare dei team. ■

#### Riferimenti bibliografici

1. Piffer S. Il ruolo degli osservatori epidemiologici regionali e aziendali nel monitoraggio dello stato di salute. In: *Atti del Convegno. Gli incidenti stradali: dall'epidemiologia all'intervento* (Documenti per la salute 1). Provincia Autonoma di Trento; 1999. p. 17-24.
2. Ippolito A. Il ruolo degli strumenti di comunicazione nelle aziende sanitarie. In: *La comunicazione nell'economia d'azienda: processi, strumenti, tecnologie*. Torino: G. Giappichelli Editore; 2000.
3. Cipriani F, Bravo S. Lo stato di salute a Prato ([www.alberodellasalute.org/relazione.asp?id=28](http://www.alberodellasalute.org/relazione.asp?id=28)).
4. Società della salute dell'area pratese. Profilo di salute. Aggiornamento 2010 ([http://allegati.po-net.prato.it/dl/20110616114721232/profilo\\_2010.pdf](http://allegati.po-net.prato.it/dl/20110616114721232/profilo_2010.pdf)).
5. Società della salute dell'area pratese. Verso l'immagine di salute... ([www.sds.prato.it/?act=f&fid=882](http://www.sds.prato.it/?act=f&fid=882)).
6. Thacker SB. Epidemiology and public health at CDC. *MMWR* 2006;55(Suppl. 2):3-4.

## NOTA EDITORIALE

Alberto Perra

Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma

In Sardegna, come in altre regioni che hanno espresso la necessità di valorizzare ulteriormente l'informazione epidemiologica, si stanno creando le condizioni per mettere in funzione una rete epidemiologica regionale efficiente, basata sul funzionamento dei Centri Epidemiologici Aziendali (CEA) o Osservatori Epidemiologici Aziendali, strutture situate in seno al Dipartimento di Prevenzione o alla Direzione delle varie aziende sanitarie.

L'iniziativa dei colleghi della Sardegna è molto interessante e originale, in quanto, attraverso l'analisi SWOT, sono state raccolte conoscenze e aspettative, rispetto alla funzione dell'osservazione epidemiologica, a livello delle aziende sanitarie. Diversi elementi rendono quanto mai attuale e necessaria la messa a regime di tale rete epidemiologica. Recentemente, ad esempio, il Piano Regionale di Prevenzione (PRP) 2010-12, simile nella struttura a quello delle altre regioni, ha previsto una prima parte descrittiva (il cosiddetto quadro strategico) in cui, per scegliere con criteri di priorità gli interventi e i progetti, deve essere delineata in maniera sintetica ed efficace la situazione sanitaria della regione. I colleghi epidemiologi delle aziende sanitarie hanno lavorato attivamente per produrre le informazioni necessarie per il quadro strategico del PRP. Non solo, ma in tale quadro è previsto che si misurino degli indicatori prevalentemente di processo, da costruire con informazioni provenienti dai sistemi di sorveglianza di popolazione, attività nelle quali gli epidemiologi aziendali giocano un ruolo essenziale.

Dallo studio dei colleghi sardi si evidenzia ancora fortemente diffusa fra gli operatori, sia dirigenti regionali che delle ASL, l'idea che i CEA abbiano un ruolo relativamente passivo rispetto ai fenomeni che riguardano la malattia e la salute di una popolazione. Un esempio eloquente è costituito dal numero dei flussi di dati correnti (circa 50) che, seppure di varia importanza per la programmazione sanitaria, sono insufficientemente reperibili. Molti di

questi flussi sono scarsamente utilizzati e accessibili, in particolare a livello delle ASL. Al contrario, in altre nazioni (1-3) la funzione epidemiologica delle aziende sanitarie è fortemente orientata non solo alla raccolta e all'interpretazione dei dati disponibili, ma anche all'analisi dei bisogni, alla valutazione iniziale dei problemi, alla sorveglianza epidemiologica, alla pianificazione, al monitoraggio e alla valutazione degli interventi. In Sardegna, come nel resto del nostro Paese, nonostante la diffusa tendenza a utilizzare le competenze epidemiologiche ai fini della gestione e della qualità dei servizi in seno alla Direzione Generale delle aziende sanitarie, si osservano, seppur a macchia di leopardo, diverse esperienze in cui gli epidemiologi mettono in campo competenze in fatto di comunicazione, culturali, di promozione di leadership, ma soprattutto di gestione della sanità basata sulla conoscenza. Su questa area di competenza, particolare importanza riveste la ricerca e messa a disposizione della *evidence*. È opinione universalmente condivisa che la competenza necessaria per trovare l'informazione di qualità (o *evidence*) con cui supportare azioni o interventi previsti a livello locale o regionale debba far parte del bagaglio metodologico dell'epidemiologo. Di pari importanza nella gestione della sanità basata sulla conoscenza è la competenza, da molti evocata, che gli epidemiologi delle aziende dovrebbero avere in termini di informazione e formazione di personale dei servizi, allo scopo di mettere a disposizione o, almeno di promuovere, la conoscenza di metodi e tecniche necessaria a produrre interventi di qualità.

Un quadro complessivo delle competenze (*core competencies*) degli epidemiologi aziendali e regionali propone un ruolo essenziale della funzione epidemiologica, oltre a quello interno alle attività dei CEA e a quello trasversale di supporto e promozione degli altri servizi dell'azienda sanitaria.

Tale ruolo, tanto nuovo quanto essenziale al fine di ottenere migliori risultati in termini di efficienza ed efficacia dell'azione sanitaria, si può

sintetizzare in "studio e proposta di strategie (*policy*)". Si tratta della capacità di elaborare e costruire, attraverso la ricerca, una *evidence* a supporto delle strategie necessarie al cambiamento del sistema sanitario, aziendale o regionale, e in ultima analisi per migliorare il livello di salute della popolazione. Ad esempio, molti degli interventi sanitari attualmente si confrontano con il limite della "partecipazione dei beneficiari" che, non usufruendo dei servizi messi a disposizione, non contribuiscono a produrre il beneficio che i diversi servizi di salute si prefiggono come obiettivi. La messa a punto di modelli esplicativi da parte dei professionisti cui è affidata la funzione epidemiologica, basati sulle osservazioni e sui dati raccolti, può permettere la messa in atto di azioni e strategie correttive basate sulla *evidence*. Tale competenza favorirebbe molti decisori che, in campo aziendale o regionale, non dispongono di sufficienti informazioni di qualità per la programmazione. ■

### Riferimenti

1. Competencies for applied epidemiologists in governmental public health Agencies (AECs). CDCs, 2008 ([www.cdc.gov/appliedepicompetencies/](http://www.cdc.gov/appliedepicompetencies/)).
2. Core competencies for public health in Ontario. Department of Public Health Sciences, University of Toronto, 2005 ([www.corecompetencies.ca/index.html](http://www.corecompetencies.ca/index.html)).
3. Core competencies for public health epidemiologists working in the area of communicable disease surveillance and response, in the European Union. ECDC 2008 ([www.ecdc.europa.eu/](http://www.ecdc.europa.eu/)).

#### Comitato editoriale BEN

Paola De Castro, Carla Faralli,  
Marina Maggini, Alberto Perra,  
Stefania Salmaso  
e-mail: [ben@iss.it](mailto:ben@iss.it)