



### Studi dal territorio

#### **EPIDEMIOLOGIA DEI SERVIZI SANITARI: DALLE AGENZIE PER I SERVIZI SANITARI REGIONALI ALLE AGENZIE REGIONALI SANITARIE**

**Sabrina Ferri e Armando Muzzi**

*Dipartimento di Sanità Pubblica,*

*Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva,  
Università degli Studi "Tor Vergata", Roma*

L'Italia ha una lunga tradizione nell'ambito dell'epidemiologia analitica e ha prodotto contributi significativi in vari campi, tra cui le malattie croniche e la medicina del lavoro. L'interesse delle istituzioni sanitarie per l'epidemiologia dei servizi, che si va ad affiancare all'epidemiologia classica, basata sull'analisi dello stato di salute nella popolazione mediante lo studio dei fattori di rischio e l'incidenza delle malattie (1), è comunque in costante crescita. L'epidemiologia dei servizi, la cui denominazione sintetizza l'applicazione di metodi epidemiologici non solo quantitativi ma anche qualitativi, studia il funzionamento dei sistemi e dei servizi sanitari. La finalità costante rimane il miglioramento dello stato di salute nella popolazione, che si cerca di ottenere mediante l'erogazione di servizi sanitari di qualità, intesa nel suo significato più ampio.

Un chiaro segnale di questi cambiamenti è rappresentato dall'istituzione dell'Agenzia per i servizi sanitari regionali (ASSR) e dall'istituzione nelle varie regioni italiane di Agenzie regionali sanitarie (ARS). Tale processo di innovazione è confermato, inoltre, dalla trasformazione e/o integrazione di alcuni Osservatori epidemiologici regionali (OER), del Sistema epidemiologico regionale (regione Veneto, SER), del Servizio sovrazonale d'epidemiologia (regione Piemonte, SSE) in ARS.

Queste trasformazioni non sono solo semantiche, ma indicano un cambiamento di funzioni e di attività, spesso aggiuntive a quelle storicamente svolte. Per analizzare questa fase di transizione, sono state quindi prese in considerazione le funzioni svolte da questi organismi (ASSR, ARS, OER, SER, SSE) in modo da documentare un vero e proprio cambiamento culturale dell'epidemiologia, stimolato non solo da interessi scientifici, ma anche dalla necessità di dare risposte a problemi inerenti il buon funzionamento del sistema sanitario.

Per analizzare le funzioni svolte dalle ASSR, ARS, OER, SER, SSE è stata raccolta la normativa di riferimento grazie alla consultazione del sito Internet: [camera.mac.ancitel.it](http://camera.mac.ancitel.it); tale consultazione è stata integrata da una ricerca bibliografica e legislativa sulla materia e, ove necessario, da interviste dirette con funzionari regionali. Le regioni prese in esame sono le nove che hanno istituito le ARS: Campania, Emilia-Romagna, Friuli-Venezia Giulia, Lazio, Marche, Piemonte, Puglia, Toscana e Veneto. Tale scelta è stata dettata dalla necessità di poter confrontare le funzioni delle suddette Agenzie con quelle dei rispettivi OER, punto cardine di questa indagine.

Dopo aver effettuato l'analisi delle funzioni svolte sia dagli OER sia dalle ARS, si è proceduto a classificare tali funzioni in quelle più tipiche dell'epidemiologia classica e in quelle dell'epidemiologia dei servizi sanitari sulla base delle seguenti definizioni:

- l'epidemiologia classica è quella branca dell'igiene che studia la frequenza e la distribuzione delle malattie nelle popolazioni, le loro cause e i fattori a esse associati, con il fine di attuarne il controllo (2);
- l'epidemiologia dei servizi sanitari è "un campo di indagine multidisciplinare, sia di base che applicata, che riguarda l'uso, i costi, la qualità, l'accessibilità, l'erogazione, l'organizzazione, il funzionamento ed i risultati dei servizi di assistenza sanitaria, per aumentare le conoscenze e la comprensione della struttura, dei processi e degli effetti dei servizi sanitari sulla salute degli individui e della popolazione" (3).

Nella Tabella sono riportate le funzioni, sia epidemiologiche di tipo classico che di epidemiologia dei servizi sanitari, svolte dagli OER e dalle ARS per tutte le regioni considerate. Solo le regioni Piemonte, Veneto e Toscana hanno attribuito agli SSE, SER e OER anche funzioni di epidemiologia dei servizi sanitari; tali regioni, infatti, hanno organizzato i suddetti organismi più di recente, rispettivamente nel 1998, 1999 e 2000. Da notare che la regione Friuli-Venezia Giulia, pur avendo istituito l'OER nel 1986, aveva a esso attribuito alcune funzioni classificabili nell'epidemiologia dei servizi sanitari.

Nella Tabella si può, inoltre, notare come le ARS delle regioni Friuli-Venezia Giulia e Lazio svolgano funzioni anche di epidemiologia classica, in quanto gli OER sono stati soppressi, mentre nelle regioni Campania, Emilia-Romagna, Toscana e Puglia, dove coesistono OER e ARS, le due tipologie di funzioni sono state tenute ben distinte.

**Tabella** - Funzioni epidemiologiche svolte dagli OER (O) e dalle ARS (A)

Funzioni	Campania	Emilia-Romagna	Friuli-Venezia Giulia	Lazio	Marche	Piemonte	Puglia	Toscana	Veneto
<i>Epidemiologia classica</i>									
Studio dei fattori di rischio e delle malattie	O	O	OA	OA	O	OA	O	O	O
Studio della distribuzione delle malattie	O	O	OA	OA	O	OA	O	O	O
<i>Epidemiologia dei servizi sanitari</i>									
Coordinamento dei modi e dei tempi della prevenzione				OA	O	A	OA	OA	
Elaborazione delle informazioni rilevate e trasmesse dai diversi livelli del sistema informativo	O	O	OA	OA	O	OA		O	O
Coordinamento della relazione sullo stato di salute della popolazione a livello regionale			OA	OA					
Elaborazione di standard e di metodologie funzionali ai criteri di finanziamento delle AS <sup>a</sup> e AO <sup>b</sup>	A	A	A		A		A		A
Indirizzo tecnico, supporto e coordinamento nei confronti delle AS <sup>a</sup> e AO <sup>b</sup>	A	A	A		A		A		A
Analisi dei presidi e dei servizi sanitari sotto il profilo organizzativo	A	A	OA	A		A		OA	OA
Costruzione di un quadro di indicatori sanitari e sociali			O					A	
Analisi dei bisogni e della domanda relativa ai servizi sanitari	A				A	A	A	OA	
Controllo e valutazione della qualità delle prestazioni	A	A	A	A	A	OA		OA	OA
Analisi dell'impatto economico conseguente alla realizzazione degli obiettivi regionali				A		A		A	A
Collaborazione della predisposizione dei programmi regionali per l'ECM <sup>c</sup>							A		
Individuazione dei requisiti per l'accreditamento	A	A	A	A	A		A	OA	A

(a) Azienda sanitaria; (b) Azienda ospedaliera; (c) Educazione continua in medicina

Da quanto esposto, appare confermata l'ipotesi iniziale dell'importanza assunta dall'epidemiologia dei servizi sanitari nel sistema sanitario, dimostrata dalle trasformazioni e integrazioni degli OER, SER, SSE con le ARS. Queste Agenzie si sono sviluppate per fornire un supporto metodologico e conoscitivo sia alle Aziende sanitarie che agli organi politici regionali affinché le loro decisioni, sia operative che di governo, siano sempre più *evidence-based* (4).

Senza abbandonare l'epidemiologia classica che, essendo prospettica, è più utilizzata per fini programmatori, l'epidemiologia dei servizi sanitari rappresenta un valore aggiunto, per fini fondamentalmente valutativi, grazie al carattere più retrospettivo.

I cambiamenti istituzionali del Servizio Sanitario Nazionale potranno essere compiutamente realizzati a condizione che si disponga di personale specializzato nella ricerca sui servizi sanitari (epidemiologi professionisti) e che le Agenzie citate possano superare gli ostacoli che si frappongono a un efficace funzionamento.

#### **Il commento**

Donato Greco

Laboratorio di Epidemiologia e Biostatistica, ISS

*Con il riconoscimento dell'epidemiologia tra le professioni del Servizio Sanitario Regionale è stata raggiunta un'ulteriore tappa per l'affermazione di questa disciplina nell'ambito del Servizio Sanitario*

Nazionale. Già da tempo, la maggior parte dei servizi sanitari a livello locale e regionale aveva intuito l'importanza del metodo epidemiologico e in numerose realtà esistono strutture organizzate in funzione epidemiologica.

Il lavoro di Ferri e Muzzi offre un tassello nuovo alla conoscenza della rete epidemiologica italiana, andando a indagare la pratica dell'epidemiologia nelle Agenzie sanitarie di nove regioni: un lavoro descrittivo, metodologicamente corretto, con una raccolta attiva di informazioni da parte degli stessi Autori. La Tabella che ne risulta dà un quadro ottimista della pratica epidemiologica in queste Agenzie.

Uno studio pregevole, certamente limitato nel numero di regioni e nel fatto che sono state considerate solo le regioni che hanno istituito ex novo le ARS. In altre regioni, infatti, esistono osservatori epidemiologici regionali direttamente inseriti nell'assistenza sanitaria (Sicilia, Calabria, Basilicata, Campania, Umbria) o attivi e appaltati a istituti esterni (Liguria, Puglia), mentre in alcune regioni ancora non si configura una struttura dedicata (Sardegna, Abruzzo, Molise).

#### Riferimenti bibliografici

1. Fara GM. La programmazione sanitaria nazionale e regionale ed il ruolo dell'USL. Aspetti epidemiologici e sanitari, l'USL come azienda: processi programmatori e gestionali. SIPIS 1987; 21-2.
2. Weed DL. Theory and practice in epidemiology. Ann NY Acad Sciences 2001; 954: 52-62.
3. Field MJ, Tranquada RE, Feasley JF (eds). Health services research: work force and educational issues. National Academy Press: Washington; 1995.
4. Di Stanislao F, Marcobelli A, Gardini A, et al. L'Agenzia regionale sanitaria: strumento di innovazione del sistema sanitario. Tendenze nuove 2000; gen/feb: 55-8.

## ABITUDINI ALCOLICHE NEI FUTURI OPERATORI SANITARI

**Margherita Canevari, Valentina Teglio,  
Aniello D'Alessandro e Giuseppe S. Badolati**

*Dipartimento di Scienze della Salute,  
Sezione di Igiene e Medicina Preventiva,  
Università degli Studi di Genova*

L'abitudine all'alcol, con i noti aspetti socio-culturali, è estremamente diffusa (1) e intimamente legata alla nostra cultura. Nei casi in cui tale abitudine diventa abuso rappresenta una delle più comuni tossicodipendenze non adeguatamente percepita come tale né dalla società, né dallo Stato. La percezione che si ha comunemente dell'alcol, tranne nei casi di abuso, non è negativa e spesso il consumo moderato è associato a uno stato di buona salute (2).

Nella provincia di Genova è stata avviata un'indagine epidemiologica che mira a raccogliere dati relativi al consumo di alcolici in soggetti destinati alla professione sanitaria. Gli obiettivi dell'indagine, che ha preso l'avvio nel novembre 2001, erano:

- descrivere il pattern e la quantità di alcol assunta;
- valutare il livello conoscitivo in merito all'alcolismo e in particolare la nocività e i mezzi di supporto disponibili, sia dal punto di vista psicologico che farmacologico, per consentire ai pazienti affetti da tale dipendenza di disintossicarsi (3);
- fare emergere la consapevolezza di essere operatori di educazione alla salute e di rilevare se tale condizione influisca e condizioni il comportamento dei futuri operatori sanitari quando si troveranno a rivestire tale ruolo.

Sono stati selezionati tre intervistatori che hanno somministrato a 149 studenti di Medicina, a 50 studenti di Odontoiatria, a 52 medici specializzandi in Igiene e a 73 medici specializzandi in altre discipline questionari messi a punto per tale indagine. Gli specializzandi di Igiene sono stati selezionati nella loro totalità (100%), e un campione random del 25% degli studenti di Odontoiatria, del 3°, 4° e 6° anno del corso di Medicina e degli specializzandi delle altre discipline.

Il questionario somministrato, strutturato a risposte chiuse, era composto da una prima parte destinata alla raccolta dei dati riguardanti la durata e l'entità delle abitudini alcoliche e da una seconda parte volta a considerare la consapevolezza di essere operatori di educazione alla salute.

I questionari sono stati compilati dalla totalità dei soggetti contattati. Il campione è risultato omogeneo per età (media 25 anni) e in prevalenza di sesso femminile (56,7%). Attraverso l'analisi dei dati si è rilevato che l'83% del campione consumava bevande alcoliche; di questi, il 58,4% assumeva alcolici saltuariamente, il 7,2% beveva quotidianamente e il 34,4% soltanto durante la fine settimana. Per quanto concerne le dosi abitualmente ingerite, si è visto che la maggior parte del campione (58,4%) ne assumeva meno di 200 ml, il 26,4% tra 200 e 400 ml e il 15,2% più di 400 ml.

La maggioranza degli intervistati (64%) beveva superalcolici: il 2% quotidianamente, il 28% solo nella fine settimana e il 70% occasionalmente. Le quantità assunte erano comunque modeste ( $\leq 50$  ml) nel 55,2% del campione, elevate ( $\geq 200$  ml) nell'11,5% e medio-alte nel 33,3% ( $> 50$  e  $< 200$  ml). È stata osservata una relazione inversa tra frequenza ed entità di assunzione: i soggetti che superavano i 200 ml al giorno erano per la maggior parte bevitori della fine settimana. Non sono state rilevate differenze significative tra i due sessi, né per quanto concerne la frequenza, né per quanto riguarda l'entità di assunzione.

Alla domanda relativa agli ausili farmacologici e psicologici finalizzati alla cessazione di tale abitudine, è risultato che soltanto il 35% ne conosceva l'esistenza. Un

altro quesito di grande interesse riguardava il valore attribuito all'educazione sanitaria, nonché alla percezione di essere educatori alla salute istituzionali anche se involontari: il 94% ne ha riconosciuto l'importanza e circa la metà era favorevole a essere coinvolta in interventi. La consapevolezza di essere modelli educativi privilegiati è apparsa nel complesso non sufficiente.

Nonostante le riserve che accompagnano questo tipo di indagini, relative alla veridicità e all'affidabilità delle risposte, stante anche il fatto che i questionari sono stati accettati dalla totalità degli intervistati, lo studio effettuato ha permesso di acquisire dati all'interno di una popolazione di soggetti che dovrebbe essere particolarmente sensibile al problema alcol. Il lavoro svolto ha evidenziato futuri operatori sanitari con abitudini alcoliche ancora eccessive, dato che sostanzialmente riflette il quadro nazionale e regionale, aggravate da un livello conoscitivo molto scarso (4). Risulta quindi necessario un intervento di educazione sanitaria che aumenti la consapevolezza dei futuri operatori sanitari verso tali problematiche.

#### **Il commento**

Emanuele Scafato  
Laboratorio di Epidemiologia e Biostatistica, ISS

*L'indagine condotta a Genova offre una preziosa occasione per formulare alcune importanti considerazioni sull'elevata diffusione di comportamenti "a rischio" (il bere nel caso specifico) in un target di popolazione (gli operatori sanitari) che, secondo logica, dovrebbe avvantaggiarsi delle maggiori conoscenze per assicurarsi e assicurare un'adeguata gestione delle strategie e delle risorse preventive individuali. È noto che il potenziale rischio connesso al consumo/abuso di bevande alcoliche è variabile in funzione della distribuzione/concentrazione e della frequenza del consumo, del tipo di bevanda alcolica consumata in termini di tenore alcolico e delle quantità ingerite. Pur in assenza di tali dettagli, che dovrebbero comunque caratterizzare un'analisi adeguata dei dati, almeno la presentazione del dato aggregato maschi-femmine necessiterebbe una puntuale separazione; questo non solo per il noto rapporto di 1:2 classicamente registrato in Italia tra i "bevitori", ma anche e soprattutto per la maggiore vulnerabilità femminile all'alcol legata a un corredo enzimatico (ADH) qualitativamente e quantitativamente differente (livelli epatici doppi nei maschi rispetto alle donne). Ciò premesso, la prevalenza rilevata di consumatori/trici (83%) appare superiore a quella relativa ai dati registrati nei 18-24enni della Multiscopo ISTAT 2000 (77%) (5). Il rilievo di bassa frequenza quotidiana di assunzione di "alcolici" conferma l'abitudine recente delle giovani generazioni a rifuggire il consumo "familiare" tradizionale, tipicamente mediterraneo (moderato e contestuale ai pasti). La frequenza del 15,2% di individui che dichiara consumi quotidiani superiori ai 400 ml di alcolici (pre-*

*sumibilmente vino o birra) appare piuttosto preoccupante se paragonato al dato ISTAT (gruppo di pari età) che registra consumi eccedenti i 500 ml di vino o di birra nel 2% e nello 0,5% circa dei maschi e delle femmine, rispettivamente. Gli individui che hanno dichiarato di consumare superalcolici (64%) risultano più del doppio di quelli che sono stati rilevati dalla Multiscopo ISTAT (gruppo di pari età) e pari al 30% circa per i consumatori/trici di liquori e al 27% per quelli di amari. La non trascurabile frequenza di individui (11,5%) che ha dichiarato di consumare quantità superiore ai 200 ml al giorno di superalcolici (parliamo di 60 g di alcol e non ci sono elementi che consentano di escludere l'assunzione supplementare di altre bevande) e la prevalente modalità di concentrazione del consumo nella fine settimana pone tali individui come reali soggetti "a rischio" per patologie e problemi alcol-correlati. Il riscontro di un 50% di intervistati che si dichiara favorevole a essere coinvolto in interventi di educazione sanitaria potrebbe qualificarsi quale interesse personale espresso e riferito in qualità di destinatario piuttosto che di futuro operatore. In realtà i risultati dell'indagine rappresentano, purtroppo, il triste dito nella piaga della carenza cronica di formazione specifica "alcolologica" nel corso degli studi universitari. L'art. 5 della legge quadro 125/2001 indica esplicitamente la possibilità di introdurre modifiche agli ordinamenti didattici dei corsi di diploma universitari sanitari e di quelli a indirizzo sociale e psicologico nonché del corso di laurea in Medicina e chirurgia allo scopo di assicurare l'apprendimento dell'alcolologia. A più di un anno dalla ratifica della nuova legge non sembrerebbe che l'appello sia stato raccolto.*

#### **Riferimenti bibliografici**

1. Badolati GS, Vannucci A, Cartelli G, et al. Indagine epidemiologica sulla consuetudine alcolica in Liguria. Università di Genova; 1992.
2. Cottino A. L'ingannevole sponda. L'alcol fra tradizione e trasgressione. Roma: La Nuova Italia Scientifica; 1991.
3. Patussi V, Palvani S, Engelman K, et al. Public services and the selfhelp movement for alcohol related problems in Italy: preliminary date. 23rd Annual Alcohol Epidemiology Symposium. Reykjavik. May 31-June 5, 1997.
4. Scafato E, Cicogna F. I consumi alcolici in Italia e in Europa e l'intervento previsto dal Piano Sanitario Nazionale 1998-2000 nel quadro dell'obiettivo n. 17 del progetto OMS "Health for all". Boll Farmacodipendenze e Alcolismo 1998; 21(suppl. 1): 11-20.
5. [www.istat.it](http://www.istat.it)

Comitato editoriale BEN

**Donato Greco, Nancy Binkin, Paolo D'Argenio,  
Paola De Castro, Carla Faralli, Marina Maggini,  
Stefania Salmaso**

Full English version is available at: [www.ben.iss.it](http://www.ben.iss.it)  
e-Mail: [ben@iss.it](mailto:ben@iss.it)