



STUDI DAL TERRITORIO

I PATTI DEI MEDICI DI MEDICINA GENERALE E L'ATTIVITÀ DI PREVENZIONE NELLA REGIONE VENETO NEL 2006

Cristina Ghiotto¹, Renato Rubin¹, Giulio Rigoni², Antonio Ferro³ e Mario Saugo²

¹Cabina di Regia per il Governo dell'Accordo Collettivo Regionale con la Medicina Generale

²Servizio Epidemiologico Aziendale, ULSS 4, Thiene (Vicenza)

³Direzione Regionale per la Prevenzione, ULSS 4, Thiene (Vicenza)

Il Medico di Medicina Generale (MMG) è un partner potenzialmente prezioso ma attualmente poco utilizzato per la realizzazione di interventi preventivi di provata efficacia (Evidence-Based Prevention, EBP) (1), recepiti all'interno del Piano Nazionale di Prevenzione (PNP) 2005-07 (2). In occasione della realizzazione dello Studio PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia) si è quindi voluto verificare quali attività di prevenzione e promozione per la salute sono attualmente messe in capo agli MMG all'interno della negoziazione dei Patti aziendali (strumenti di contrattazione dell'Accordo Collettivo Nazionale con la Medicina Generale) delle 21 ULSS del Veneto. Si è inoltre indagato l'atteggiamento fin qui assunto dai responsabili dei Dipartimenti di Prevenzione del Veneto nei confronti del Patto aziendale con gli MMG.

Per acquisire queste informazioni è stata applicata un'analisi qualitativa ai Patti aziendali con gli MMG vigenti nell'esercizio 2006; tali documenti cartacei sono stati resi disponibili presso la Cabina di Regia per il governo dell'Accordo Collettivo Regionale con la Medicina Generale. Utilizzando una griglia comune, i Patti sono stati vagliati allo scopo di individuare le attività di prevenzione poste in carico agli MMG (con particolare riguardo alle azioni previste

nel PNP 2005-07), nonché il relativo sistema di monitoraggio e di incentivazione.

A completamento, sono state effettuate delle interviste dirette, attraverso una telefonata preannunciata da una e-mail, e ripetuta in caso di non risposta, ai direttori dei Dipartimenti di Prevenzione attraverso un breve questionario semi-strutturato, per verificare il loro livello di coinvolgimento nella definizione e negoziazione del Patto.

Sono stati identificati e analizzati tutti e 21 i Patti aziendali con gli MMG vigenti nel 2006 nella regione Veneto. Undici (52%) direttori dei Dipartimenti di Prevenzione hanno risposto alla prima telefonata e cinque (24%) alla seconda, mentre cinque (24%) non hanno partecipato all'intervista.

La quasi totalità dei Patti esaminati (20 su 21) prevede in maniera esplicita un qualche riferimento al tema della prevenzione; tuttavia soltanto uno fa specifico riferimento all'EBP e al PNP. Le attività richieste agli MMG sono riconducibili a 4 ambiti principali:

1) Campagna vaccinale antinfluenzale - rappresenta l'ambito più frequente di coinvolgimento degli MMG (18 aziende su 21), che si articola in tre modelli distinti di gestione: delega completa all'MMG (retribuito per prestazione); conduzione integrata

della campagna vaccinale (l'attività viene svolta presso le sedi distrettuali utilizzando il personale delle Aziende ed erogando un gettone di presenza all'MMG che partecipa alle varie sedute); gestione mista (vaccinazione degli ultra 65enni in Distretto da parte del personale delle Aziende, vaccinazione delle categorie a rischio da parte degli MMG). In 15 Aziende viene fissato come obiettivo una soglia di copertura riferita genericamente agli ultra 65enni (>70%), il cui raggiungimento è incentivato in maniera diversificata; una adeguata reportistica di monitoraggio è prevista in 4 Aziende. Solamente 6 Patti prevedono il coinvolgimento degli MMG nella vaccinazione antipneumococcica nell'anziano e nelle categorie a rischio.

2) Screening oncologici - sono 15/21 le Aziende che prevedono la partecipazione degli MMG alla realizzazione degli screening oncologici della mammella (10 ULSS), della cervice uterina (9 ULSS) e del colon (8 ULSS). Le attività degli MMG sono finalizzate in linea generale ad aumentare il tasso di adesione dell'utenza e contemplano la promozione dei programmi di screening, l'informazione, la sensibilizzazione dell'utenza ed in alcuni casi il controllo e la "pulizia" ►

degli elenchi nominativi della popolazione eleggibile. L'obiettivo di partecipazione viene definito in maniera quantitativa (tasso di copertura) solo in 4 casi. Un Patto prevede l'esecuzione di uno screening con Prostate-Specific Antigen del cancro della prostata ed un altro lo screening del melanoma cutaneo.

- 3) Valutazione del rischio cardiovascolare - l'applicazione della carta (o punteggio) per il calcolo del rischio cardiovascolare è prevista in 4/21 Aziende ed è riferita nei pazienti in terapia antipertensiva (1 ULSS) o ipocolesterolemizzante (4 ULSS), con riferimento agli obiettivi di governo della spesa farmaceutica ed all'applicazione della nota 13 dell'AIFA (Agenzia Italiana del Farmaco), relativa alla prescrizione delle statine.
- 4) Stili di vita corretti - trovano riferimento in 4/21 Patti e riguardano lo screening ed il counselling breve per il tabagismo (1 ULSS), la promozione dell'attività fisica (2 ULSS), la promozione di stili alimentari corretti (1 ULSS), la promozione di stili di vita sani (1 ULSS). Le attività richieste agli MMG riguardano genericamente la distribuzione di materiale informativo, mentre in un caso è delineato un preciso modello di intervento (counseling breve). Non è mai previsto un sistema di monitoraggio, mentre in due casi è prevista una specifica forma di incentivazione.

Sulla base del parere reso dai rispondenti all'intervista telefonica, i Dipartimenti di Prevenzione sentono di giocare un ruolo alquanto marginale nella definizione del Patto aziendale con la Medicina Generalista (5/16 Aziende) ed il coinvolgimento è esperito sostanzialmente nella definizione dei tassi di copertura per la vaccinazione antinfluenzale. Soltanto in 1/21 Aziende c'è stata una partecipazione diretta alla fase di negoziazione, ma i Dipartimenti di Prevenzione auspicano largamente (9/16) una maggiore integrazione ed un maggiore coinvolgimento.

Un'ormai ampia letteratura sugli interventi di counselling breve (3-6) e sugli interventi di comunità (7) testimonia del possibile impatto di una collaborazione stretta tra MMG

e servizi di prevenzione. Questa valenza preventiva ha anche in Italia una profonda radice storica nell'opera dei medici condotti, protagonisti delle più importanti campagne di vaccinazione nel nostro Paese in epoca pre-riforma.

I risultati di questo studio evidenziano tuttavia come le iniziative di prevenzione incentivate all'interno dei Patti non sempre si basano sui principi dell'EBP. Raramente, ad esempio, l'MMG è esplicitamente coinvolto nella promozione e nell'effettuazione della vaccinazione antipneumococcica tra gli anziani e le categorie a rischio, che pure è oggetto di una specifica campagna regionale, in associazione alla vaccinazione antinfluenzale. Viceversa, sono promossi con la partecipazione attiva degli MMG screening come quello per il cancro della prostata o per il melanoma - pratiche perlomeno dubbie sotto il profilo delle evidenze di prevenzione. Le attività di prevenzione cardiovascolare previste nei Patti aziendali denotano da un lato la specifica modalità con cui la valutazione del rischio cardiovascolare è giunta all'attenzione degli MMG italiani (attraverso una nota della Commissione Unica sul Farmaco per il governo della spesa farmaceutica anziché all'interno di Linee Guida Cardiologiche Nazionali per l'inquadramento dei pazienti), mentre i rari interventi di promozione di stili di vita corretti non vengono generalmente declinati in azioni e compiti precisi degli MMG, raccordati agli interventi promossi dal Dipartimento di Prevenzione aziendale.

Si pone pertanto la necessità di assegnare esplicitamente al Dipartimento di Prevenzione un ruolo aziendale attivo in fase di individuazione delle attività, degli obiettivi e degli indicatori dell'attività di prevenzione e di formalizzazione delle modalità incentivanti previste nei Patti con la Medicina Generale.

L'incentivazione prevista per gli MMG risulta per lo più definita a prestazione (ad esempio, effettuazione della vaccinazione antinfluenzale) ed è codificata in termini di notula cartacea (fee for service). Per confronto, si richiama come l'attuale contratto (8) dei medici generalisti inglesi preveda specifici punteggi graduabili anche per le attività preventive svolte sul singolo individuo e registrate dall'MMG

nel proprio software ambulatoriale (ad esempio, copertura con vaccinazione antinfluenzale dei pazienti con diabete, cardiopatia ischemica, BPCO, asma; tenuta di una registrazione individuale sullo screening citologico; registrazione dello stato di fumatore e counselling antifumo).

Questo studio presenta alcuni limiti. Il materiale cartaceo sui Patti aziendali prodotto dai servizi amministrativi delle Aziende è redatto con il linguaggio della contrattualistica amministrativa. Obiettivi, target ed azioni degli interventi di sanità pubblica rispetto a cui gli MMG sono coinvolti e incentivati non sono sempre esplicitati chiaramente; questo rappresenta allo stesso tempo un limite ed un gap da colmare. Oltre a questo, l'intervista telefonica rivolta ai Dipartimenti di Prevenzione ha trovato alcuni limiti di partecipazione (76%).

Lo studio PASSI ha recentemente creato le condizioni utili per "leggere" il coinvolgimento in fatto di prevenzione degli MMG a livello aziendale e regionale. Il nostro studio ha rilevato che virtualmente tutti i Patti per la salute esprimono linee di indirizzo di carattere preventivo anche se solo raramente incentrati sui principi della EBP. In tal senso, la partecipazione degli MMG, partners a forte potenzialità nella prevenzione, non sempre risulta orientata verso interventi basati su prove di efficacia. Questo fatto si può parzialmente spiegare con la partecipazione marginale dei Dipartimenti di Prevenzione alla preparazione dei Patti. I Patti sono strumenti essenziali per rendere operativa ed efficace la prevenzione, attraverso il coinvolgimento degli MMG, e devono in futuro arrivare a concretizzare una più stretta integrazione tra i Servizi di Prevenzione e quelli di cura primaria sia a livello regionale che aziendale. I successivi incontri del Collegio dei Direttori dei Dipartimenti di Prevenzione hanno tuttavia avviato di fatto un processo di discussione e apprendimento tra pari, che potrebbero concretizzare in breve termine una strategia comune per la preparazione di Patti aziendali in linea con l'approccio della EBP. ■

Ringraziamenti: si ringraziano per la collaborazione i coordinatori regionali (Silvia Milani, Mauro Ramigni) per il Veneto dello Studio PASSI e il Presidente del Collegio dei Direttori dei Dipartimenti di Prevenzione (Massimo Valsecchi).

Riferimenti bibliografici

1. Evidence-Based Prevention in Italia (<http://www.epicentro.iss.it/ebp/news.asp>).
2. Piano Nazionale Prevenzione 2005-7 (http://www.epicentro.iss.it/focus/piano_prevenzione/indice_prevenzione.asp).
3. Silagy C, Stead LF. Physician advice for smoking cessation. In: The Cochrane Library, Issue 3, 2001. Oxford: Update Software. Search date 2000; primary sources Cochrane Tobacco Addiction Group trials register and the Cochrane Controlled Trials Register.
4. Fleming MF, Manwell LB, Barry KL, *et al.* Brief physician advice for alcohol problems in older adults. A randomized controlled community-based trial. *Journal of family practice* 1999;48(5):378-84.
5. Hillsdon M, Thorogood M. A systematic review of physical activity promotion strategies. *Br J Sports Med* 1996;30:84-9.
6. Tang JL, Armitage JM, Lancaster T, *et al.* Systematic review of dietary intervention trials to lower blood total cholesterol in free living subjects. *BMJ* 1998;316:1213-20.
7. Guide to Community Preventive Services - versione italiana (<http://www.epicentro.iss.it/1/ebp/pdf/capitolo3.pdf>).
8. UK General Practitioners Contract Quality Indicators (<http://www.dh.gov.uk/assetRoot/04/07/86/59/04078659.pdf>).

INDAGINE SUL CONSUMO DI ALCOL, VINO, ALCOLICI E SUPERALCOLICI IN UN GRUPPO DI ADOLESCENTI PIACENTINI

Giorgio Calabrese, Filippo Rossi e Monica Maj

Istituto di Scienze degli Alimenti e della Nutrizione, Facoltà di Agraria, Università Cattolica del Sacro Cuore, Piacenza

Secondo il Regional Office for Europe dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), 1 morto su 4 nella fascia d'età 15-29 anni è dovuto all'alcol, per un totale di 63.000 morti in tutta la regione europea (1). Oltre agli effetti avversi sulla salute e il comportamento ben noti, l'alcol ha anche conseguenze sociali sulla vita di altre persone.

Sebbene l'OMS consideri l'Italia tra i Paesi con i profili di consumi alcolici meno rischiosi (1), pur tuttavia desta preoccupazione il cambiamento dei comportamenti tra gli adolescenti. Nel 2005, infatti, un'indagine Multiscopo dell'ISTAT ha rilevato che la diffusione del consumo di alcol mostra un trend sostanzialmente stabile negli ultimi 8 anni, ma che ci sono stati incrementi significativi tra i giovani, in particolare tra le donne (2).

I dati ISTAT mostrano che il 20% dei ragazzi di 11-15 anni ha dichiarato di avere bevuto almeno una volta negli ultimi 12 mesi (22% tra i maschi e 17% tra le femmine). Tra i ragazzi di 16-17 anni i tassi sono molto più alti; il 50% ha consumato alcolici (59% dei ragazzi e 42% delle ragazze).

Di maggiore preoccupazione nel gruppo di età degli adolescenti è il fenomeno del *binge drinking* (6 o più bevute in una singola occasione): durante l'anno precedente, il 5% dei ragazzi di 11-18 anni ha riferito di aver avuto almeno un episodio

di *binge drinking*. I tassi erano particolarmente alti tra gli adolescenti più grandi e di sesso maschile (3-5), raggiungendo il 21% tra i maschi di 18 anni. La maggior parte dei *binge drinking* sembra avvenire il sabato sera nelle discoteche e nei pub (4).

Scopo del presente studio è stato quello di indagare la frequenza del consumo di vino e bevande alcoliche in un gruppo di studenti di età compresa fra i 15 e 19 anni nella ASL di Piacenza con lo scopo di pianificare meglio interventi locali. Il campione comprendeva 219 studenti (107 maschi e 112 femmine) ed è stato reclutato tra gli studenti partecipanti ad un convegno svoltosi presso l'Università Cattolica del Sacro Cuore di Piacenza. Tutti gli studenti hanno firmato il consenso e nel caso di minorenni la liberatoria è stata firmata dai genitori.

Per valutare il consumo di alcolici, superalcolici e vino è stato somministrato un questionario nel quale si chiedeva la frequenza del consumo di vino, alcolici e superalcolici, l'età in cui hanno incominciato a bere, il motivo, il luogo e il giorno di assunzione.

In totale, sul nostro campione di intervistati, il 76% ha dichiarato di consumare vino e il 77% alcolici e/o superalcolici. Dai risultati è emerso che i maschi e le femmine hanno un profilo di consumo alcolico diverso. Nella popolazione maschile studiata l'82% degli intervistati ha riportato di

aver bevuto vino e il 79% alcolici e/o superalcolici in almeno una occasione nell'ultimo anno; tra le ragazze, i valori corrispondenti sono stati il 69% sia per il vino che per gli alcolici e superalcolici (Tabella). L'età media in cui i ragazzi hanno cominciato ad assumere vino è stata di 14,7 anni, mentre per gli alcolici e superalcolici di 16,2 anni. Tra le ragazze, l'età media di assunzione di vino è stata di 12,2 anni e di 14,5 anni per il consumo di alcolici e superalcolici.

La frequenza del consumo è diversa per i due tipi di bevanda alcolica, cioè vino e alcolici e/o superalcolici (Tabella); le differenze per sesso sono state osservate solo per il consumo del vino. Tra i ragazzi, il 30% ha dichiarato di bere vino ogni giorno, mentre il 38% solo nel fine settimana e il 24% solo in occasioni speciali; i valori corrispondenti per le ragazze sono stati il 15%, il 26%, e il 56%, rispettivamente. Per quanto riguarda alcolici e superalcolici, vengono maggiormente consumati per tutti e due i sessi durante i fine settimana (63% dei ragazzi e 58% delle ragazze).

Il luogo dove generalmente si consuma alcol differisce per tipo di bevanda alcolica, ma in questo caso i valori sono stati simili per ragazzi e ragazze. Di solito hanno dichiarato di bere vino in casa il 54% dei maschi e il 55% delle femmine. I posti più comuni di consumo per alcolici e superalcolici, inve- ▶

Tabella - Percentuali di giovani che consumano vino o alcolici ripartiti per luogo, frequenza e motivo di consumo

	Maschi		Femmine		Totale	
	n.	%	n.	%	n.	%
Bevono vino	88	82,2	78	69,6	166	75,8
Frequenza*						
ogni giorno	26	29,5	12	15,4	38	22,9
ogni 2 giorni	8	9,1	2	2,6	10	6,0
solo nel fine settimana	33	37,5	20	25,6	53	31,9
solo in occasioni speciali	21	23,9	44	56,4	65	39,2
Luogo di consumo						
mura domestiche	48	54,5	43	55,1	91	54,8
bar	14	15,9	10	12,8	24	14,5
discoteca	2	2,3	4	5,1	6	3,6
ristorante	24	27,3	21	26,9	45	27,1
Motivo						
mi piace	80	90,9	58	74,4	138	83,1
è tradizione	6	6,8	5	6,4	11	6,6
lo fanno tutti	1	1,1	5	6,4	6	3,6
altro	1	1,1	10	12,8	16	8,9
Bevono alcolici e superalcolici	85	79,4	78	69,6	163	74,4
Frequenza*						
ogni giorno	5	5,9	4	5,1	9	5,5
ogni 2 giorni	15	17,6	4	5,1	19	11,7
solo nel fine settimana	54	63,5	45	57,7	99	60,7
solo in occasioni speciali	11	12,9	25	32,1	36	22,1
Luogo di consumo						
mura domestiche	10	11,8	9	11,5	19	11,7
bar	59	69,4	50	64,1	109	66,9
discoteca	11	12,9	15	19,2	26	16,0
ristorante	5	5,9	4	5,1	9	5,5
Motivo						
mi piace	83	97,6	74	94,9	157	96,3
lo fanno tutti	2	2,4	2	2,6	4	2,5
è tradizione	0	0,0	0	0,0	0	0,0
altro	0	0	2	2,6	2	1,2

(*) Fra quelli che consumano questo tipo di alcol

ce, sono il bar (69% dei maschi e 64% delle femmine) e la discoteca (13% dei maschi e 19% delle femmine).

Le motivazioni del bere sono diverse per tipo di bevanda e sesso (Tabella). Tra i ragazzi, il 91% che beve vino lo assume perché gli piace; tra le ragazze, invece, solo il 74% delle consumatrici di vino lo fa per questo motivo. Perché piace è stato il motivo più importante per il consumo di alcolici e superalcolici, sia per i ragazzi (98%) che per le ragazze (95%).

Questo studio presenta diversi limiti. Il lavoro è stato svolto su un campione di discreta numerosità ma non è scontato che sia rappresentativo dell'intera popolazione studentesca piacentina; inoltre, essendo stato reclutato nelle scuole, non poteva comprendere

quella fetta di giovani che avevano già abbandonato gli studi. Non sono state poste domande in modo specifico sul binge drinking, un fenomeno importante in questo gruppo di età, sebbene sulla base dei dati si possa dedurre che molto probabilmente tale fenomeno si verifichi, vista l'alta percentuale di adolescenti che bevendo solo nel fine settimana e al bar o in discoteca, più facilmente può lasciarsi andare ad atteggiamenti compulsivi.

Ciò nonostante, questi dati dimostrano profili simili a quelli nazionali dell'Osservatorio permanente su giovani e alcol Doxa-World Drink Trends e dell'Indagine Multiscopo ISTAT (2-5). Si tratta di un quadro preoccupante per la precocità del consumo di alcol e perché l'assunzione di alcolici ed in

particolare di superalcolici, avvenendo al di fuori dell'ambito familiare, è meno controllabile e può più facilmente sfociare in situazioni di alcolemia elevata che pongono rischi diretti e indiretti. Lo studio conferma come la stragrande maggioranza degli studenti consumi vino o bevande alcoliche, nel caso della popolazione maschile è la quasi totalità a consumare alcol. L'età media del primo contatto con l'alcol è bassa. È verosimile che il consumo di bevande ad alta gradazione alcolica, effettuato assieme ai propri coetanei, venga invece spinto all'eccesso da dinamiche di gruppo.

I risultati confermano l'importanza di programmi di educazione sanitaria rivolte agli studenti per accrescere la consapevolezza dei rischi legati al consumo di alcolici. ■

Riferimenti bibliografici

1. World Health Organization, Regional Office for Europe. Alcohol policy in the WHO European Region: current status and the way forward. Fact sheet EURO/10/05 (<http://www.euro.who.int/document/mediacentre/fs1005e.pdf>).
2. ISTAT. L'uso e l'abuso di alcol in Italia. Anno 2005 (http://www.istat.it/salastampa/comunicati/non_calendario/20060420_00/testointegrale.pdf).
3. Sabbadini LL. Abuso di alcol e binge drinking in Italia dalle indagini Istat. Alcohol Prevention Day 2007, Roma 12 aprile 2007 (<http://www.epicentro.iss.it/temi/alcol/day/apd07-Sabbadini.pdf>).
4. Scafato E, Ghirini S, Russo R. Alcol: consumi e abusi, percezioni Alcol: consumi e abusi, percezioni e tendenze del bere in Italia. Alcohol Prevention Day, Roma 12 aprile 2007 (<http://www.epicentro.iss.it/temi/alcol/day/apd07-Scafato.pdf>).
5. Scafato E, Ghirini S, Galluzzo L, et al. L'alcol e i giovani: un'analisi dei fattori determinanti dell'abuso. (http://www.epicentro.iss.it/temi/alcol/pdf/Apd07-alcol_giovani.pdf).

Comitato editoriale BEN

Nancy Binkin, Paola De Castro,
Carla Faralli, Marina Maggini,
Stefania Salmaso
e-mail: ben@iss.it