Il ruolo dei Team di assistenza primaria per il counselling antifumo nell'Azienda ULSS 7 Pedemontana della Regione Veneto; dati dalla sorveglianza PASSI, 2007-2017

Alessandra Dal Zotto[a], Clara Giacon[a], Regina Fontana[a], Fabrizia Polo[a], Franco Rigoni[b], Maria Caterina Bonotto[a], Emanuela Zandonà[c], Liviano Vianello[a], Mario Saugo[a]

[a]*Dipartimento di Prevenzione, Azienda ULSS 7 Pedemontana, Bassano del Grappa (VI)*
[b]*Medicina di Gruppo Integrata "Kos", Azienda ULSS 7 Pedemontana, Malo (VI)*
[c]*Direzione Sanitaria, Azienda ULSS 7 Pedemontana, Bassano del Grappa (VI)*

SUMMARY

The role of Primary Care Teams and smoking cessation counselling at AULSS (Local Health Unit) n. 7 in the Veneto Region; data from the PASSI (Italian behavioral risk factor surveillance system), 2007-2017

Introduction

According to the General Practice Contract of the Veneto Region, either a Primary Care Nurse (PCN) or a General Practitioner (GP) collect and register the smoking habits of their enlisted patients in their electronic records; recent proceedings have furtherly strenghtened these task from Primary Care Teams (in the following: "Teams"). The aim of this study is to evaluate how the participation in a local primary prevention program for cardiovascular diseases influences the smoking cessation counselling from Team's PCNs and GPs. The evaluation is based on the results of the telephone interviews to their enrollees, which have been collected by the PASSI (Italian behavioral risk factor surveillance system).

Materials and methods

At AULSS n° 7 the Teams conducted a primary prevention program for cardiovascular diseases (2009-2012), targeting 40-69 years old individuals of both genders. PASSI interviews from 2007 to 2017 were taken into account, linking each interviewed enrollee to his/her GPs and primary care practice type (Teams vs. other); only respondents seeing a health professional in the previous year were considered. An oversampling of interviews was carried out during the period of the program implementation. Finally, the interview items regarding smoking cessation counselling were considered and evaluated through univariate and multivariate analyses.

Results

Overall 3,872 interviews were collected, 1,028 (26.5%) among Teams' enrollees and 2,844 (73.5%) among enrollees of other types of medical practice. About half respondents referred of having been asked about their smoking status either by a medical doctor or a nurse: 48.0% (CI 95% 44.9%-51.1%) as for Teams and 43.1% (CI 95% 41.3%-45.0%) as for others. This question had been asked more frequently – after mutual adjustment – to smokers, patients with 1+ chronic diseases and Teams' enrollees after the program has started (OR 1.49 CI 95% 1.26-1.77) and less frequently to women, foreign residents, 50-69 years old and highly educated people. The smoking cessation advice followed a similar pattern.

Conclusions

The conduction of a primary prevention program for cardiovascular diseases encouraged the Teams Pratictioners and Nurses to be more proactive about smoking cessation counselling, which is more evident during the period of the program implementation. This experience overcomes the traditional perspective of controlling the health damages of tobacco use, encouraging a wider and more equitable approach of primary prevention.

Key words: antismoking counselling; general practitioner; primary care nurse

alessandra.dalzotto@aulss7.veneto.it

Introduzione

Il medico di medicina generale (MMG) riveste un ruolo cruciale nella promozione della salute e nella prevenzione delle patologie cronico-degenerative che sono in larga misura associate all'abitudine al fumo. Ogni accesso al proprio ambulatorio, infatti, rappresenta un'opportunità per identificare lo stato di abitudine al fumo, il grado di dipendenza dalla nicotina e lo stadio della motivazione al cambiamento dell'assistito.

Nella Regione Veneto sono stati costituiti dei Team, delle forme associative evolute delle cure primarie che prevedono l'integrazione tra MMG, medici specialisti, personale infermieristico e assistenti di studio; i Team costituiscono un setting privilegiato per gli interventi antifumo (1, 2).

L'Azienda ULSS 7 Pedemontana della Regione Veneto (circa 366.000 abitanti) è articolata in due Distretti di dimensioni analoghe. I primi Team di cure primarie attivati (sedi di Zugliano, Arsiero e Malo, afferenti al Distretto Alto Vicentino) hanno partecipato, da febbraio 2008 a dicembre 2012, a un programma di prevenzione cardiovascolare primaria su chiamata attiva rivolto alla popolazione di 40-69 anni. Il programma prevedeva una

valutazione degli stili di vita (alimentazione, abitudine al fumo, attività fisica), la rilevazione ambulatoriale di alcuni parametri (indice di massa corporea, pressione e glicemia) e l'effettuazione di un counselling breve.

Scopo del presente contributo è valutare quanto l'avvio del programma aziendale di prevenzione primaria cardiovascolare abbia influito sull'attività di counselling antifumo effettuata dai Team, rilevata tramite la sorveglianza PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia).

Materiali e metodi

Sono state estratte le interviste della sorveglianza PASSI (3) effettuate dal 2007 al 2017 nell'Azienda ULSS 7 Pedemontana nella popolazione di età compresa tra i 40 e i 69 anni, che ha riferito di essere stata dal medico nei 12 mesi precedenti. In fase di estrazione del campione è stato associato a ogni intervistato il proprio MMG, con la relativa forma associativa, distinguendo così gli assistiti dai Team dagli altri assistiti; sono stati successivamente eliminati i riferimenti anagrafici dell'intervistato e del medico.

Per gli anni 2009-2010 è stato effettuato un sovracampionamento della popolazione target residente nei Comuni in cui insistono i Team, con frequenza di campionamento sestuplicata. Dal momento che il numero di interviste PASSI è diminuito nel corso del tempo, gli anni di calendario sono stati aggregati in cinque periodi (2007-2008, 2009, 2010, 2011-2012, 2013-2017) in modo da assicurare, all'interno di ciascun periodo, una numerosità adeguata (range: 179-275) di interviste nella popolazione target (**Tabella 1**).

Sono state analizzate le risposte alle domande "negli ultimi 12 mesi un medico o un operatore sanitario le ha chiesto se lei è un fumatore?" (attenzione del medico/operatore sanitario all'abitudine tabagica dei propri assistiti) e "negli ultimi 12 mesi un medico o un operatore sanitario le ha suggerito di smettere di fumare?" (consiglio del medico/operatore sanitario di smettere di fumare, rivolto ai fumatori), che rappresentano i due outcome di interesse.

Sono state condotte analisi multivariate, attraverso modelli di regressione logistica, per stimare le associazioni fra i due outcome e l'essere assistiti dai Team, prima o dopo l'avvio del programma di prevenzione cardiovascolare o da forme organizzative diverse dai Team. Fra le covariate dei modelli ci sono le classi d'età dell'intervistato (40-49, 50-59, 60-69 anni), il genere (uomo/donna), il grado di istruzione (fino alla licenza media inferiore, diploma o laurea), la cittadinanza (italiana/straniera), la presenza di patologie croniche (0/1+) fra quelle indicate in PASSI (diabete, insufficienza renale, bronchite cronica, enfisema, insufficienza respiratoria, asma bronchiale, infarto del miocardio o altre malattie del cuore, tumori - compresi linfomi e leucemie - malattie croniche del fegato, cirrosi) e l'anno di calendario. È stato quindi utilizzato un modello di regressione logistica con un'analisi pre e post intervento che ha preso in considerazione tre gruppi: assistiti da altre forme associative (assistiti non Team), assistiti dai Team pre intervento, assistiti dai Team post avvio dell'intervento. Con un altro modello di regressione logistica sono state stimate le percentuali di intervistati che hanno riferito un'attenzione del medico/operatore sanitario all'abitudine tabagica nei cinque periodi sopra indicati, aggiustandole per le covariate sopra indicate. Le analisi sono state effettuate con il pacchetto statistico STATA 13.1.

Risultati

Sono state analizzate 3.872 interviste totali: 1.028 (26,5%) si riferiscono ad assistiti da Team, che sono stati quindi destinatari del programma di prevenzione cardiovascolare primaria su chiamata attiva e 2.844 (73,5%) ad altri assistiti (**Tabella 1**). Relativamente alle caratteristiche sociodemografiche del campione di assistiti dai

Tabella 1 - Interviste PASSI raccolte nei Team di cure primarie partecipanti al programma di prevenzione cardiovascolare primaria e nelle altre forme associative della medicina generale (Azienda ULSS 7 Pedemontana, Regione Veneto, PASSI 2007-17, assistiti di 40-69 anni che hanno avuto un contatto con un operatore sanitario nei 12 mesi precedenti, n. 3.872)

	Periodo 1 2007-2008	Periodo 2 2009	Periodo 3 2010	Periodo 4 2011-12	Periodo 5 2013-17	Totale
n. interviste assistiti non Team	392	309	300	569	1.274	2.844
n. interviste assistiti Team	231	230	254	158	155	1.028
intervento nei Team di Zugliano, Arsiero						
intervento nei Team di Malo						
Totale interviste	**623**	**539**	**554**	**727**	**1.429**	**3.872**

Team e da altre forme organizzative della medicina generale, si osservano quasi le medesime distribuzioni, a eccezione di una quota più alta di uomini e di persone con basso livello di istruzione negli assistiti da Team (Tabella 2).

Durante l'intero periodo di osservazione il 43,1% (IC 95% 41,3%-45,0%) degli assistiti da altra forma organizzativa ha dichiarato che un medico/operatore sanitario, incontrato nei 12 mesi precedenti l'intervista, aveva chiesto loro se fosse fumatore. Per gli assistiti da Team la corrispondente proporzione è stata pari a 31,9% (IC 95% 26,1%-38,0%) e a 53,1% (IC 95% 49,5%-56,6%), rispettivamente prima e dopo l'avvio del programma di intervento. L'analisi multivariata mostra che medici/operatori sanitari indagano l'abitudine al fumo più frequentemente tra chi è già fumatore e chi ha patologie croniche; lo fanno meno frequentemente con le donne, le persone di 50-69 anni, le persone più istruite e gli stranieri (significatività statistica borderline). A parità di caratteristiche sociodemografiche l'attenzione dei medici all'abitudine al fumo dei loro assistiti è significativamente più frequente fra gli assistiti dal Team dopo l'intervento (OR = 1,49; IC 95% 1,26%-1,77%) e più bassa

Tabella 2 - Caratteristiche sociodemografiche degli intervistati di 40-69 anni assistiti dai Team di cure primarie e da altre forme organizzative della medicina generale (Azienda ULSS 7 Pedemontana, Regione Veneto, PASSI 2007-17, n. 3.872)

	Assistiti dai Team		Assisiti non Team		
	n.	%	n.	%	p-value
Sesso					
Uomini	529	51,5	1.361	47,9	0,048
Donne	499	48,5	1.483	52,1	
Classe di età					
40-49	389	37,8	1.073	37,7	0,925
50-59	346	33,7	943	33,2	
60-69	293	28,5	828	29,1	
Nazionalità					
Italiana	1.000	97,3	2.723	95,7	0,089
Straniera	25	2,4	110	3,9	
Dato non disponibile	3	0,3	11	0,4	
Patologie croniche*					
Nessuna	807	78,5	2.184	76,8	0,507
Una	182	17,7	537	18,9	
Due o più	39	3,8	123	4,3	
Difficoltà economiche					
Molte	62	6,0	245	8,6	0,053
Qualche	342	33,3	933	32,8	
Nessuna	622	60,5	1.656	58,2	
Dato non disponibile	2	0,2	10	0,4	
Istruzione					
Fino a media inferiore	683	66,4	1.562	54,9	<0,001
Diploma o laurea	345	33,6	1.281	45,0	
Dato non disponibile	0	0,0	1	0,0	
Abitudine al fumo					
Fumatore	192	18,7	502	17,7	0,661
Ex fumatore	289	28,1	772	27,1	
Non fumatore	547	53,2	1.569	55,2	
Dato non disponibile	0	0,0	1	0,0	
Tipo fumatore					
Occasionale (non fuma tutti i giorni)	9	4,7	27	5,4	
Quotidiano (1+ sigaretta/*die*)	135	70,3	357	71,1	0,963
Forte fumatore (≥ 20 sigarette/*die*)	39	20,3	95	18,9	
Dato non disponibile	9	4,7	23	4,6	

(*) Diabete, insufficienza renale, bronchite cronica, enfisema, insufficienza respiratoria, asma bronchiale, infarto del miocardio o altre malattie del cuore, tumori, compresi linfomi e leucemie, malattie croniche del fegato, cirrosi

nella popolazione assistita dai Team prima dell'intervento rispetto agli assistiti da altre forme organizzative (Tabella 3), mentre risulta in aumento su base annuale.

Durante l'intero periodo di osservazione, il 51,6% (IC 95% 47,1%-56,1%) dei fumatori e fumatori in astensione assistiti da altre forme organizzative della medicina generale ha dichiarato di aver ricevuto il consiglio di smettere di fumare. Per gli assistiti da Team la corrispondente proporzione è stata pari a 38,5% (IC 95% 23,4%-55,4%) e a 62,2% (IC 95% 53,9%-70,4%), rispettivamente prima e dopo l'avvio del programma di intervento. Anche in questo caso, con l'avvio del programma cardiovascolare si assiste a un aumento del consiglio di smettere di fumare per gli assistiti dai Team (OR=1,53, IC 95% 1,02-2,31). Il consiglio di smettere di fumare viene inoltre dato più frequentemente ai fumatori quotidiani e in particolare ai forti fumatori (coloro che fumano 20 o più sigarette al giorno), rispetto ai fumatori occasionali, meno alle persone più istruite e a quelle senza difficoltà economiche; anche in questo caso era più basso nella popolazione assistita dai Team prima dell'intervento. Il trend storico di questa importantissima attività di prevenzione è in calo su base annuale (Tabella 4).

L'attenzione degli operatori sanitari all'abitudine tabagica dei propri assistiti aumenta nel tempo: è marcata nel 2009 e nel 2010 e permane negli anni successivi, sia tra gli assistiti dei Team

Tabella 3 - Medici/operatori sanitari che chiedono ai propri assistiti in età 40-69 anni se fumano: un'analisi di regressione logistica multivariata (Azienda ULSS 7 Pedemontana, Regione Veneto, PASSI 2007-17, n. 3.872)

	n.	%	OR	Limite inferiore 95%	Limite superiore 95%
Sesso					
Uomini	928	49,1	1,00		
Donne	791	39,9	0,70	0,61	0,80
Classe di età					
40-49 anni	720	49,2	1,00		
50-59 anni	581	45,1	0,78	0,66	0,92
60-69 anni	418	37,3	0,52	0,43	0,62
Istruzione					
Fino a media inferiore	1.025	45,7	1,00		
Diploma o laurea	694	42,7	0,81	0,71	0,94
Difficoltà economiche					
Molte	154	50,3	1,00		
Qualche	587	46,0	1,02	0,77	1,33
Nessuna	976	42,8	0,96	0,74	1,26
Cittadinanza					
Italiani	1.662	44,7	1,00		
Stranieri	51	37,8	0,69	0,47	1,00
Patologie croniche*					
Nessuna	1.261	42,2	1,00		
Una	361	50,2	1,50	1,26	1,79
Due o più	97	60,2	2,69	1,90	3,80
Abitudine al fumo					
Non fumatore	1.226	38,6	1,00		
Fumatore	493	71,0	3,89	3,23	4,68
Forme organizzative da cui si è assistiti					
Non Team	1.226	43,1		1,00	
Team pre avvio programma prevenzione	79	31,9		0,69	0,50 0,94
Team post avvio programma di prevenzione	414	53,1		1,49	1,26 1,77
Anno					
Anno di calendario	-	-		1,03	1,01 1,06

(*) Diabete, insufficienza renale, bronchite cronica, enfisema, insufficienza respiratoria, asma bronchiale, infarto del miocardio o altre malattie del cuore, tumori, compresi linfomi e leucemie, malattie croniche del fegato, cirrosi

Tabella 4 - Medici/operatori sanitari che consigliano di smettere di fumare ai fumatori tra i propri assistiti in età 40-69 anni: un'analisi di regressione logistica multivariata (Azienda ULSS 7 Pedemontana, Regione Veneto, PASSI 2007-17, n. 651)

	n.	%	OR	Limite inferiore 95%	Limite superiore 95%
Sesso					
Uomini	180	52,8	1,00		
Donne	166	53,5	1,04	0,74	1,45
Classe di età					
40-49 anni	140	49,0	1,00		
50-59 anni	118	54,4	1,05	0,72	1,54
60-69 anni	88	59,5	1,42	0,91	2,22
Istruzione					
Fino a media inferiore	231	60,0	1,00		
Diploma o laurea	115	43,2	0,61	0,44	0,87
Difficoltà economiche					
Molte	61	64,9	1,00		
Qualche	131	53,5	0,60	0,36	1,01
Nessuna	153	49,2	0,53	0,32	0,88
Cittadinanza					
Italiani	337	53,6	1,00		
Stranieri	9	42,9	0,69	0,27	1,76
Patologie croniche*					
Nessuna	261	50,4	1,00		
Una	67	61,5	1,29	0,82	2,04
Due o più	18	75,0	2,72	0,99	7,48
Tipo di fumatore					
Occasionale (non fuma tutti i giorni)	7	19,4	1,00		
Quotidiano <20 sigarette/*die*)	256	53,0	4,54	1,89	10,95
Forte fumatore (≥ 20 sigarette/*die*)	83	63,8	6,59	2,57	16,84
Forme organizzative da cui si è assistiti					
Non Team	243	51,6	1,00		
Team pre avvio programma prevenzione	15	38,5	0,40	0,19	0,84
Team post avvio programma di prevenzione	88	62,4	1,53	1,02	2,31
Anno					
Anno di calendario	-	-	0,93	0,87	0,99

(*) Diabete, insufficienza renale, bronchite cronica, enfisema, insufficienza respiratoria, asma bronchiale, infarto del miocardio o altre malattie del cuore, tumori, compresi linfomi e leucemie, malattie croniche del fegato, cirrosi

che fra gli assistititi da altre forme organizzative, anche se in maniera meno consistente fra questi ultimi (**Figura**).

Discussione

Gli assistiti dai Team riferiscono, nel periodo di realizzazione del programma di prevenzione cardiovascolare primaria, di aver ricevuto la domanda sulla loro abitudine al fumo e il consiglio di smettere con una frequenza maggiore rispetto agli altri assistiti (OR=1,49 e OR=1,53, rispettivamente). La richiesta sistematica ed esplicita sull'abitudine al fumo dell'assistito mostra un incremento nella fase di avvio del programma, mentre tende a stabilizzarsi negli anni successivi. Lo studio documenta, inoltre, numerose caratteristiche del paziente che sembrano influenzare l'approccio del medico: la presenza di una o più patologie croniche già conclamate, lo stato di fumatore (per quanto noto all'MMG), lo status socioeconomico, la nazionalità, il genere e l'età.

Numerosi studi hanno evidenziato come la struttura e l'organizzazione degli ambulatori di cure primarie svolgano un ruolo importante nell'influenzare l'attività di prevenzione primaria della medicina generale - MG (4,5). I supporti informatici (registrazione e restituzione reportistica), la presenza di personale infermieristico formato e la disponibilità di spazi dedicati costituiscono elementi utili per sostenere

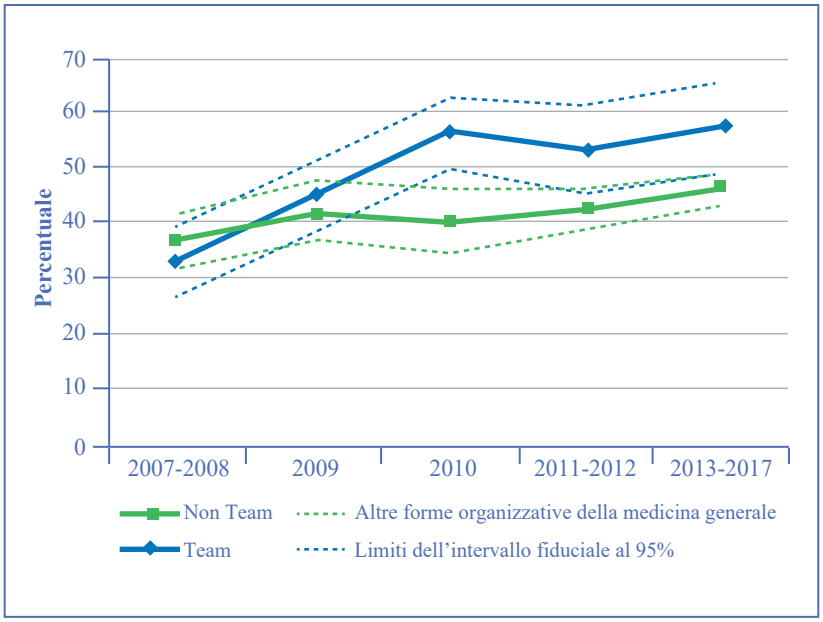

Figura - Trend temporale di medici/operatori sanitari che chiedono ai propri assistiti in età 40-69 anni se fumano, Team di cure primarie vs altre forme organizzative della medicina generale (Azienda ULSS 7 Pedemontana, Regione Veneto, PASSI 2007-17, n. 3.872)*

(*) Quota di persone che riferiscono di aver ricevuto l'attenzione del medico o di un operatore sanitario sulla propria abitudine tabagica, per periodo, aggiustate per genere, classe di età, presenza di patologie croniche, grado di istruzione, cittadinanza, abitudine al fumo

un approccio finalizzato non solo alla diagnosi e alla cura, ma anche alla prevenzione; i Team offrono a questo riguardo un setting ideale per l'attività preventiva.

L'attività di counselling antifumo può essere schematizzata con le cosiddette 5A (Ask, Advise, Assess, Assist, Arrange); si tratta di attività che richiedono competenze molto diverse tra di loro e per le quali i medici riconoscono di avere un'affinità diversificata (ad esempio, 63% per Ask, 36% per Advice e il 22% per Arrange) (6). La partecipazione a un programma strutturato e organizzato di prevenzione rappresenta per gli operatori sanitari un'occasione per acquisire una maggiore familiarità con strumenti come la registrazione in cartella dello stato di fumatore, il minimal advice e il counselling breve, la prescrizione di presidi e farmaci per la disassuefazione, la richiesta di consulenza a strutture specialistiche. Queste competenze possono aumentare notevolmente il numero di fumatori che tentano di smettere (4, 5, 7). L'esperienza del contratto dei medici generalisti inglesi documenta peraltro il fatto che è possibile effettuare in maniera generalizzata e continuativa un intervento di counselling antifumo nel setting delle cure primarie (8, 9). Anche negli Stati Uniti, quindi all'interno di un sistema sanitario in larga misura assicurativo, si è rilevato un miglioramento analogo, ma soltanto negli assistiti che avevano ipertensione, diabete, cardiopatia ischemica (10).

Uno studio inglese e un recente contributo italiano basato sui dati nazionali PASSI hanno documentato che l'attività di counselling antifumo dell'MMG è influenzata da diverse caratteristiche dell'assistito, che risultano sostanzialmente sovrapponibili a quelle fino a qui evidenziate (11, 12). In particolare, l'abitudine al fumo viene indagata con maggiore attenzione nei pazienti affetti da patologie croniche, mentre le barriere linguistiche e culturali rappresentano un importante ostacolo per un'azione preventiva.

Complessivamente in Italia, nel 2010-2017, soltanto il 51% dei fumatori riferisce di aver ricevuto il consiglio di smettere di fumare da un operatore sanitario nei 12 mesi precedenti; questa proporzione risulta più elevata nelle Regioni del Nord (12).

La recente revisione Cochrane, che considera i risultati di 17 trial clinici randomizzati, documenta un aumento del 66% (IC 95% 42-94%) delle persone che hanno smesso di fumare in maniera continuativa a seguito del consiglio di un operatore sanitario (13). In coerenza con questi risultati e con quelli del sistema di sorveglianza PASSI (14), si rileva che coloro che hanno ricevuto da un medico

o da un operatore sanitario il consiglio di smettere di fumare dichiarano più frequentemente di aver fatto un tentativo per smettere nel corso dell'anno precedente (44,9% vs 28,22% p<0,001).

Il principale limite dello studio è rappresentato dal fatto che si basa su quanto riferito dall'intervistato. Non si può escludere che lo status socioeconomico (bassa istruzione o difficoltà economiche), così come la nazionalità (straniera), l'età o la stessa abitudine al fumo influenzino la capacità dell'intervistato di riferire di aver ricevuto il consiglio del medico di smettere di fumare o di averne compreso l'importanza per la salute; questi risultati mostrano in ogni caso che questo consiglio non è stato tanto efficace da essere ricordato e riferito al momento dell'intervista. L'informazione riferita dall'intervistato è comunque di interesse anche per gli operatori sanitari delle cure primarie, dal momento che i dati relativi all'abitudine al fumo e al counselling antitabagico possono essere registrati in maniera incompleta nella cartella dell'MMG e sono stati fino a qui poco utilizzati nella ricerca.

L'esposizione all'intervento di counselling è definita sulla base del fatto che l'assistito afferisse o meno a un Team durante il periodo di effettuazione dell'intervento; questa approssimazione può considerarsi soddisfacente, dal momento che l'intervento ha avuto complessivamente una buona adesione (78%).

Il principale punto di forza dello studio è dato dalla sua ampiezza, che consente analisi di sottogruppo e di periodo abbastanza accurate.

Conclusioni

Un programma di prevenzione cardiovascolare primaria condotto da infermieri e medici nel setting delle cure primarie può contribuire a incrementare e consolidare l'attività di counselling antifumo e a sostenere i tentativi di smettere di fumare degli assistiti, senza attendere che siano manifestati i danni causati dal tabacco. L'evidenza scientifica sperimentale indica chiaramente che il counselling antifumo medico e infermieristico è una pratica efficace e raccomandabile nell'ambito delle cure primarie.

È importante che gli stili di vita e le attività di counselling effettuate nell'ambito delle cure primarie siano registrate sistematicamente dall'infermiere e dal medico nella cartella dell'assistito, in maniera da poter migliorare la gestione del caso e monitorare la copertura di popolazione.

Citare come segue:
Dal Zotto A, Giacon C, Fontana R, Polo F, Rigon F, Bonotto MC, et al. Il ruolo dei Team di assistenza primaria per il counselling antifumo nell'Azienda ULSS 7 Pedemontana della Regione Veneto; dati dalla sorveglianza PASSI, 2007-2017. Boll Epidemiol Naz 2020;1(1):11-8.

Conflitti di interesse dichiarati: nessuno.

Authorship: tutti gli autori hanno contribuito in modo significativo alla realizzazione di questo studio nella forma sottomessa.

Riferimenti bibliografici

1. Deliberazione della Giunta Regionale Veneto n. 751 del 14 maggio 2015. Sviluppo delle Cure Primarie attraverso la diffusione del modello di Medicina di Gruppo Integrata, in attuazione della DGR n. 953/2013. Definizione del contratto di esercizio tipo per le Medicine di Gruppo Integrate.
2. Definizione del nuovo modello di Team di assistenza primaria in attuazione alla L.R. n. 48 del 28 dicembre 2018 - Piano Socio Sanitario Regionale 2019-2023.
3. https://www.epicentro.iss.it/passi/; ultimo accesso 9/9/2020.
4. Ampt AJ, Amoroso C, Harris MF, McKenzie SH, Rose VK, Taggart JR. Attitudes, norms and controls influencing lifestyle risk factor management in general practice. BMC Fam Pract 2009;10:59; doi: 10.1186/1471-2296-10-59
5. Cremaschini M, Moretti R, Brembilla G, Franchin D, Zappa M, Donzelli L, et al. I medici di assistenza primaria e gli assistiti fumatori. Un'indagine dell'ASL di Bergamo sull'approccio al tabagismo. Rivista Società Italiana di Medicina Generale 2012;6: 24-6.
6. Bartsch AL, Härter M, Niedrich J, Brütt AL, Buchholz A. A Systematic Literature Review of Self-Reported Smoking Cessation Counseling by Primary Care Physicians. PLoS One. 2016 Dec 21;11(12):e0168482; doi: 10.1371/journal.pone.0168482
7. Buczkowski K, Marcinowicz L, Czachowski S, Piszczek E, Sowinska A. What kind of general practitioner do I need for smoking cessation? Results from a qualitative study in Poland. BMC Fam Pract. 2013 Oct 20;14:159; doi: 10.1186/1471-2296-14-159
8. Coleman T, Lewis S, Hubbard R, Smith C. Impact of contractual financial incentives on the ascertainment and management of smoking in primary care. Addiction 2007 May;102(5):803-8; doi: 10.1111/j.1360-0443.2007.01766.x
9. Szatkowski L, Aveyard P. Provision of smoking cessation support in UK primary care: impact of the 2012 QOF revision. Br J Gen Pract 2016 Jan;66(642):e10-5; doi: 10.3399/bjgp15X688117
10. Kruse GR, Chang Y, Kelley JH, Linder JA, Einbinder JS, Rigotti NA. Healthcare system effects of pay-for-performance for smoking status documentation. Am J Manag Care 2013 Jul;19(7):554-61. PMID: 23919419; PMCID: PMC3874815.
11. Taggar JS, Coleman T, Lewis S, Szatkowski L. The impact of the Quality and Outcomes Framework (QOF) on the recording of smoking targets in

primary care medical records: cross-sectional analyses from The Health Improvement Network (THIN) database. BMC Public Health 2012 Jul 10;12:329; doi: 10.1186/1471-2458-12-329

12. Gallo R, Pettinicchio V, Santoro V, Trinito MO, Minardi V, Contoli B, Masocco M. La promozione di stili di vita salutari attraverso il consiglio medico: i dati PASSI. In: Atti del 42° Convegno dell'Associazione Italiana di Epidemiologia. Lecce, 24-26 ottobre 2018.

13. Stead LF, Buitrago D, Preciado N, Sanchez G, Hartmann-Boyce J, Lancaster T. Physician advice for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev 2013 May 31;(5): CD000165; doi:10.1002/14651858.CD000165.pub4

14. Istituto Superiore di Sanità. L'abitudine al fumo in Italia - Dati 2014-2017 del sistema di sorveglianza PASSI. https://www.epicentro.iss.it/fumo/pdf/Fumo%20Italia%202014-17.pdf; ultimo accesso 9/9/2020.