

L'integrazione delle attività di prevenzione alcol-correlata nei setting di medicina generale: l'esperienza ed i risultati del progetto WHO Drink-less in Italia

Integrating alcohol-related preventive activities in the General Practitioner's setting: experience and results in the WHO Drink-less project in Italy

VALENTINO PATUSSI¹, GLORIANA BARTOLI², FRANCESCA FOCARDI³, ELEONORA RAGAZZO⁴, FRANCO MARCOMINI⁵, FABRIZIO MUSCAS⁶, ROSARIA RUSSO⁷, PIERGIORGIO ZUCCARO⁸, EMANUELE SCAFATO⁹

¹ Medico, Centro di Alcolologia, Dipartimento di Gastroenterologia, Azienda Ospedaliera Careggi, Università degli Studi di Firenze, Viale Morgagni 85, Firenze, Tel/Fax 055-4277326, e-mail: v.patussi@dfc.unifi.it.

² Psicologa, Centro di Alcolologia, Dipartimento di Gastroenterologia, Azienda Ospedaliera Careggi, Università degli Studi di Firenze, Istituto Superiore di Sanità, Osservatorio Fumo, Alcol e Droga, WHO Collaborating Center, Roma.

³ Psicologa, Centro di Alcolologia, Dipartimento di Gastroenterologia, Azienda Ospedaliera Careggi, Università degli Studi di Firenze.

⁴ Psicologa, Centro di Alcolologia, Dipartimento di Gastroenterologia, Azienda Ospedaliera Careggi, Università degli Studi di Firenze.

⁵ Medico, Dipartimento per le Dipendenze, Azienda ULSS 16, Padova.

⁶ Medico di Medicina Generale, Cooperativa Medica MEDICOOP Sesto Fiorentino, Firenze.

⁷ Economista, Istituto Superiore di Sanità, Osservatorio Fumo, Alcol e Droga, WHO Collaborating Center, Roma.

⁸ Biochimico Clinico, Istituto Superiore di Sanità, Osservatorio Fumo, Alcol e Droga, WHO Collaborating Center, Roma.

⁹ Epidemiologo, Istituto Superiore di Sanità, Osservatorio Fumo, Alcol e Droga, WHO Collaborating Center, Roma.

Riassunto

Obiettivi. Il progetto Drink-less promuove lo sviluppo di strategie di identificazione precoce e di intervento breve (IPIB) per la gestione dei problemi legati al consumo di alcol nell'assistenza sanitaria di base, in particolare da parte del Medico di Medicina Generale (MMG).

Metodi. Allo scopo di individuare le strategie di IPIB più adeguate, che siano in accordo con le esigenze determinate dal setting ambulatoriale del MMG, sono stati realizzati focus groups con i MMG per raccogliere informazioni riguardo alle loro esperienze, conoscenze ed esigenze affinché possano essere direttamente coinvolti nella gestione dei problemi legati al consumo di alcol.

Risultati. I risultati ottenuti fino ad ora dal progetto hanno permesso di costruire una strategia di IPIB che coniuga le esigenze pratiche dei MMG con l'evidenza derivante dalla letteratura scientifica. In particolare, sono state delineate le strategie per l'IPIB rivolte ai pazienti che riportano un "bere a rischio" per la loro salute in modo da incoraggiarli a modificare le abitudini riguardo al consumo di bevande alcoliche.

Conclusioni. Il Progetto Drink-less ha permesso di avanzare nella conoscenza, derivante dalla ricerca scientifica e dalla pratica clinica, riguardo allo sviluppo di un approccio di prevenzione primaria rispetto al consumo di bevande alcoliche che possa ridurre i rischi di incorrere in patologie e problematiche alcolcorrelate, grazie ad un intervento breve qualificato e strutturato. Tale intervento permette inoltre di introdurre una politica sanitaria che può ridurre notevolmente i costi sociali e sanitari derivanti dai rischi legati al consumo di bevande alcoliche.

Parole chiave: Consumo di Alcol, Prevenzione, Medico di Medicina Generale, Assistenza sanitaria di Base

Abstract

Objectives. The Drink-less Project promotes early identification and brief intervention (EIBI) strategies for the management of problems related to alcohol consumption at the primary health care level, particularly by General Practitioners (GPs).

Methods. In order to identify the most feasible EIBI strategies, according to the needs of GPs' settings, focus groups with GPs have been established to collect information about their experience, knowledge and needs, in order to enable them to be directly involved in the management of problems related to alcohol consumption.

Results. The results achieved so far by the project made it possible to create a EIBI strategy which is able to combine GPs' practical needs with evidence based on the scientific literature. In particular, EIBI strategies were defined for patients whose drinking habits represent a "risk" for their health, in order to encourage them to reduce their alcohol intake.

Conclusion. The Drink-less project has enabled further knowledge to be acquired, with respect to both scientific research and clinical practice, about the development of a primary alcohol consumption prevention approach which aims at reducing risks related to alcohol related pathologies, thanks to a brief qualified and structured intervention. This intervention will also allow for the introduction of a health policy which is able to reduce the social and health costs of alcohol consumption.

Keywords: Alcohol consumption, Prevention, General practitioner, Primary health care

Introduzione

Negli ultimi anni le politiche sanitarie hanno sempre più privilegiato un approccio di popolazione per la prevenzione delle problematiche legate alla salute fra cui il consumo di alcol. In particolare, le linee guida dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e le indicazioni per la salvaguardia della salute prodotte a livello degli Stati Membri dell'UE sono state tradotte nei Piani Nazionali per la Salute ponendo l'accento sui "determinanti di salute" piuttosto che sui "fattori di rischio" proprio per indicare un diversa prospettiva con cui affrontare i comportamenti legati agli stili di vita e alla salute della popolazione (1).

In questa cornice si inserisce il tentativo di sviluppare strategie efficaci per la prevenzione delle problematiche legate al consumo di alcol, e per la promozione della salute in genere, che siano a basso costo e allo stesso tempo facilmente realizzabili e fruibili. Il progetto Drinkless (Tab. 1), come Studio Collaborativo dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), nasce secondo questa prospettiva con l'obiettivo di accrescere le conoscenze sulle modalità più efficaci per sviluppare un programma di intervento breve per la riduzione dei consumi di alcol nella popolazione generale attraverso la figura del Medico di Medicina Generale (MMG), in quanto figura chiave della comunità per quanto riguarda la salute dei suoi abitanti (2,3,4,5,6,7).

In Italia i risultati della Fase III di tale progetto (8,9,10) mostrano come la gestione dei problemi legati al consumo di alcol possa essere realizzata da parte del MMG a patto di diffondere un'opportuna formazione sull'alcol e garantire il supporto di politiche sanitarie adeguate. Obiettivo della Fase IV del Progetto Drinkless è quello di rendere possibile il passaggio dall'esperienza clinica e di ricerca acquisite con le necessità pratiche e contingenti della realtà.

Metodo

Il progetto Drink-less prevede una metodologia della ricerca che si ispira alle modalità della ricerca-azione secondo la quale si passa dalla definizione di una strategia di intervento preventivo alla sua sperimentazione da sottoporre a costante verifica per un eventuale adattamento successivo. Quindi, gli stadi principali della Fase IV fanno riferimento a quattro Componenti o Punti d'Azione:

1. *Stabilire organizzazioni leader e costruire alleanze strategiche:* l'obiettivo prioritario di questa componente è costruire alleanze strategiche fra le organizzazioni e i soggetti partecipanti al progetto in modo da definire sistemi duraturi per la prevenzione e l'intervento precoce sui consumi di alcol;

2. *Adattare materiali e servizi per l'identificazione Precoce e l'Intervento Breve:* l'adattamento dei materiali e dei servizi comporta la revisione di un package per l'identificazione precoce e l'intervento breve in particolare per i "bevitori a rischio" nell'assistenza sanitaria di base; a tale scopo è stato utilizzato lo strumento dei focus groups per un'analisi qualitativa del ruolo del MMG nell'IPIB sull'alcol;

3. *Modificare le conoscenze relative al consumo di alcol:* lo sviluppo di una strategia di comunicazione ha lo scopo di supportare la disseminazione dell'intervento breve da parte del MMG e di modificare le conoscenze relative al consumo di alcol fra gli operatori professionali della salute, le figure chiave della comunità e la popolazione generale. Tale strategia è confinata al raggiungimento dei seguenti obiettivi:

- a) modificare le conoscenze relative al consumo di alcol fra la popolazione generale e fra gli operatori all'interno di una comunità includendo il concetto di 'bere a rischio';
- b) incoraggiare gli utenti dei servizi sanitari di ba-

Tabella 1. Il Progetto Drink-less

| <i>Fase</i> | <i>Tempo</i> | <i>Finalità</i> |
|-----------------|------------------|---|
| FASE I | 1983-1989 | Sviluppo e validazione di uno strumento efficace per l'identificazione dei bevitori a rischio (AUDIT) |
| FASE II | 1985-1992 | Studio controllato per valutare l'efficacia degli interventi brevi |
| FASE III | 1992-1998 | STRAND I: Questionario rivolto ai Medici di Medicina Generale (MMG) per l'analisi del ruolo del MMG nella prevenzione delle problematiche alcolcorrelate STRAND II: Identificazione dei fattori inibenti e facilitanti l'attività preventiva nei MMG e in alcune figure chiave della comunità STRAND III: Identificazione dei metodi più indicati per incoraggiare l'utilizzo di un package finalizzato all'intervento breve per i problemi alcolcorrelati |
| FASE IV | 1998-.... | Progetto di Comunità per la diffusione di una strategia nazionale di intervento breve sull'alcol nei servizi sanitari di base (PHC) |

se a richiedere informazioni, consigli e aiuto riguardo al consumo di alcol;

4. *Stabilire e valutare progetti dimostrativi*: obiettivo della realizzazione di uno o più progetti dimostrativi è mostrare che la disseminazione di strategie di identificazione precoce e di intervento breve è possibile ed efficace nel modificare gli stili di vita della popolazione che adotta comportamenti a rischio sui consumi di alcol.

Risultati

Stabilire organizzazioni leader e costruire alleanze strategiche

La prima fase del progetto ha previsto la costruzione di alleanze strategiche con partners interessati e cruciali per la realizzazione del progetto stesso.

I partners partecipanti alla Fase IV del Progetto Drink-less a livello nazionale sono i seguenti:

- Centro di Alcologia, Azienda Ospedaliera Careggi, Università degli Studi di Firenze;
- Centro Alcolologico Integrato, Azienda Sanitaria di Firenze;
- Centro di Ricerca di Comunità del Comune di Martignacco, Città Sane;
- Dipartimento per le Dipendenze, Azienda ULSS 16, Padova, e EUROCARE Italia, Padova.

I progetti promossi dai partners italiani sono coordinati a livello nazionale dal Dott. Emanuele Scafato dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) in qualità di supervisore ufficialmente accreditato dall'OMS.

Le indicazioni dettate dalla Fase IV del progetto Drink-less a livello europeo sono state adattate alla realtà italiana e locale di appartenenza. In particolare, il Progetto condotto dal Centro di Alcologia di Firenze è stato realizzato grazie alla costruzione di alleanze strategiche sia nazionali che locali con partners operanti nel settore dell'alcologia, della prevenzione e promozione della salute all'interno della comunità e dell'assistenza sanitaria primaria. A livello nazionale i partners individuati sono i seguenti:

- Istituto Superiore di Sanità (ISS), Roma;
- Società Italiana di Medicina Generale (SIMG);
- EUROCARE Italia, Padova;
- Azienda Sanitaria di Padova.

I partners della zona di Padova, facendo riferimento ad una collaborazione già sviluppata nella Fase III dello stesso progetto, hanno condiviso con il Centro di Alcologia di Firenze le prime fasi della Fase IV inerenti l'adattamento di materiali e servizi per l'intervento breve e lo sviluppo di strategie per la modificazione delle conoscenze sull'alcol.

A livello locale, il progetto condotto dal punto di vista tecnico-scientifico dal Centro di Alcologia di Firenze è stato presentato dall'Associazione dei Club degli Alcolisti in Trattamento (ACAT) di Sesto Fiorentino e Scandicci alla Conferenza dei Sindaci della zona Nord

Ovest di Firenze comprendente i comuni di Campi Bisenzio, Calenzano, Fiesole, Scandicci, Sesto Fiorentino, Signa, Lastra a Signa, Vaglia. Il Progetto è stato finanziato dai Fondi derivanti Piani di Zona alla fine del 1998 per due anni prorogati successivamente per un altro anno. Contestualmente, sono stati presi contatti con la Società Italiana di Medicina Generale (SIMG) per richiedere la partecipazione al progetto ed in particolare è stata coinvolta la MEDICOOP, una Cooperativa di Medici di Medicina Generale che ha sede nel Comune di Sesto Fiorentino e che opera nella realtà interessata dal Progetto. I partners del progetto coinvolti a livello locale sono quindi i seguenti:

- Associazione dei Club degli Alcolisti in Trattamento (ACAT) di Scandicci, Sesto Fiorentino e Campi Bisenzio, Firenze;
- Azienda Ospedaliera Careggi, Firenze;
- Istituto Fondazione Andrea Devoto, Firenze;
- Dipartimento delle Dipendenze, Azienda Sanitaria 10, Firenze;
- Servizio Tossicodipendenze, zona Nord Ovest, Azienda Sanitaria 10, Firenze;
- Osservatorio Socio-Epidemiologico, Dipartimento delle Dipendenze, Azienda Sanitaria 10, Firenze;
- Conferenza dei Sindaci, Area Nord-Ovest, Firenze;
- MEDICOOP, Cooperativa Medica Sesto Fiorentino, Firenze.

L'integrazione fra i vari partners ha richiesto la costituzione di un *gruppo di lavoro* a cui partecipassero i referenti dei diversi partners individuati. Sono stati così contattati i partners del progetto a cui è stata richiesta la partecipazione al gruppo di lavoro con l'invio formale di un Referente del Servizio o dell'Associazione.

Il gruppo di lavoro così costituito si è incontrato con regolari incontri mensili durante tutta la durata del progetto per la rilevazione dei bisogni, la programmazione degli interventi e la valutazione dell'andamento del progetto, secondo un processo che ricalca l'andamento della metodologia di ricerca-azione.

La programmazione degli interventi rivolti ai MMG è stata realizzata grazie alla costituzione di una *Steering Committee* composta da Responsabile della Ricerca, Ricercatore, Collaboratore, Esperto in patologie e problemi alcolcorati (PPAC), Referente MMG, con il compito di coordinare, programmare, supervisionare il progetto di intervento da rivolgere ai MMG per l'IPIB sulle PAC in modo da basarlo sia sull'evidenza scientifica che sulle esigenze pratiche (11,12).

Ai fini della definizione di una strategia per l'identificazione precoce e l'intervento breve (IPIB) sull'alcol da sperimentare nella fase del progetto dimostrativo è stata necessaria la realizzazione di uno studio qualitativo con i MMG attraverso l'uso dei focus groups per comprendere le esigenze legate alla realtà operativa dei MMG e poter così costruire un pacchetto di IPIB efficace e realizzabile.

Durante questa fase è stato realizzato un primo Corso di Formazione con i MMG che è stato utilizzato co-

me momento per la condivisione dei risultati emersi dagli studi precedenti, compresi i focus groups, in modo da conciliare le aspettative teorico-scientifiche della steering committee con le esigenze più pratiche e concrete dei MMG.

Adattare materiali e servizi per l'identificazione Precoce e l'Intervento Breve

L'adattamento della strategia di Identificazione precoce e di Intervento Breve è stata realizzata attraverso l'uso dei focus group.

Lo scopo principale dei focus groups riguarda l'analisi delle barriere e degli incentivi, e delle modalità più adeguate per affrontarli, allo sviluppo delle strategie di IPIB da parte dei MMG. Gli obiettivi specifici sono i seguenti:

- Indagine qualitativa della percezione dei MMG rispetto alle problematiche alcolcorrelate;
- Analisi del ruolo dei MMG nella prevenzione delle problematiche alcolcorrelate;
- Conoscenza delle competenze necessarie per l'attuazione di un intervento breve;
- Acquisizione di informazioni riguardo alla modalità di coinvolgimento dei MMG per gli interventi di prevenzione;

A tale scopo, sono stati organizzati tre focus groups con i Medici di Medicina Generale (MMG) della Cooperativa Medicoop che opera nella zona Nord-Ovest di Firenze selezionando il campione in base alla diversa provenienza da tre zone distinte: rurale, urbana e mista.

Ciascun Focus group era composto da circa 5-7 Medici di Medicina Generale, da un conduttore della discussione di gruppo, da un co-conduttore con il ruolo di osservatore partecipe e da una terza persona con il compito di "registrare" la discussione, sia attraverso l'audio registrazione che l'osservazione dei comportamenti non verbali dei partecipanti.

I MMG coinvolti non avevano nessun particolare esperienza o formazione specifica sulle problematiche legate al consumo di alcol se non quella derivante dalla loro pratica clinica e ambulatoriale decennale.

I temi trattati durante la discussione libera all'interno del gruppo seguono una traccia prefissata che copre l'esperienza attuale dei MMG sull'alcol e le prospettive future:

- Quale è la vostra esperienza riguardo ai problemi alcolcorrelati nella vostra realtà lavorativa?
- Quali sono i problemi che incontrate nel lavoro con i bevitori a rischio?
- Quale tipo di intervento è possibile realizzare negli ambulatori di medicina generale riguardo alle PAC?
- Che tipo di formazione ritenete necessaria per la promozione degli interventi brevi sulle PAC?

I risultati dei focus groups sono sostanzialmente sovrapponibili e sono stati suddivisi in tre aree principali rispetto alle quali i MMG hanno fornito il loro contributo:

1. Quali sono le principali barriere all'Intervento

Breve sull'alcol da parte del MMG:

- Carenze di conoscenze sull'alcol e le PPAC;
 - Necessità di un supporto da parte della comunità e di azioni politiche;
 - Bisogno di strumenti chiari e definiti,
2. Come è possibile coinvolgere i MMG in un approccio preventivo sull'alcol:
 - Fornire un package adattabile alla pratica clinica,
 - Legittimare il ruolo del MMG sulla prevenzione primaria da parte del Sistema Sanitario Nazionale,
 - Fornire un riconoscimento economico;
 3. Quali sono le esigenze del MMG sul piano della formazione:
 - Avere maggiori conoscenze sull'alcol, sugli strumenti per l'Identificazione precoce e l'Intervento Breve;
 - Acquisire maggiori competenze e capacità per la realizzazione di un intervento preventivo nel campo dell'alcol.

Dall'analisi dei focus groups si possono trarre alcuni risultati salienti. In particolare, secondo il MMG il ruolo del medico rispetto ai problemi alcolcorrelati può essere di tre tipi sulla base dei quali è stato strutturato il modello di intervento successivo:

- A. *Informativo* rivolto alla popolazione generale;
- B. *Diagnostico e di Intervento Breve* per fasce di popolazione a "rischio";
- C. *Motivazionale* e di invio per soggetti con problemi alcolcorrelati conclamati.

È stato sottolineato che l'intervento su fasce di popolazione a rischio comprende diversi problemi legati al setting del MMG. Infatti, il MMG lavora prevalentemente con pazienti in età avanzata, nei quali persistono resistenze culturali a giustificare i problemi alcolcorrelati; sarà difficile invece individuare il consumo di alcol nella popolazione giovanile, che raramente si rivolge al MMG, o in quella femminile che tende a nascondere i problemi legati al consumo di alcol o a viverli a livello intrafamiliare.

Le richieste dei MMG sugli strumenti diagnostici da utilizzare nella pratica ambulatoriale per l'identificazione precoce dei bevitori a "rischio" sono le seguenti:

- uso di domande specifiche sui consumi di alcol (quantità/frequenza) nel colloquio anamnestico;
- possibilità di usare strumenti e test specifici (AUDIT);
- necessità di integrare l'anamnesi con indicatori comportamentali di rischio;
- uso di esami ematochimici come metodo diagnostico e strumento motivazionale da utilizzare nel colloquio con il paziente.

Per quanto riguarda l'intervento breve e la comunicazione con il paziente, i MMG riferiscono difficoltà legate alla tendenza a minimizzare i consumi di alcol da parte della popolazione generale ma anche nel formulare loro stessi domande rispetto ai consumi di alcol.

Infine, le osservazioni dei MMG riguardo a stili di vita, costumi riguardo al bere e alle relative necessità

per sviluppare un efficace intervento di comunità sotto-lineano che sono necessari regolari e continuativi interventi di prevenzione nelle scuole e in altri settori chiave della comunità, anche tramite i mass media, per supportare il ruolo del MMG nell'intervento preventivo sull'alcol e abbattere resistenze culturali che ancora riguardano il consumo di alcol in Italia.

Riguardo alla formazione, è stato istituito un corso di formazione rivolto ai MMG sulle problematiche legate al consumo di alcol ⁽¹⁾ articolato in 2 giornate: la prima finalizzata a fornire un'informazione ed una formazione sulle problematiche alcolcorrelate e la loro gestione a livello di assistenza sanitaria di base mentre la seconda giornata è stata dedicata a stimolare la partecipazione dei MMG nella programmazione e realizzazione del pacchetto di identificazione precoce e di intervento breve da sperimentare nella fase del progetto dimostrativo.

Modificare le conoscenze relative al consumo di alcol

Ai fini di un'adeguata programmazione degli interventi di comunità che possano contribuire a modificare le conoscenze relative al consumo di alcol è stata approntata, nel territorio dell'Area Nord Ovest di Firenze, una prima analisi dei bisogni della comunità attraverso un approfondimento delle conoscenze del territorio e la realizzazione di una mappatura dettagliata delle realtà locali presenti.

La raccolta dati e la mappatura sono state condotte facendo riferimento alle risorse già esistenti, alla collaborazione delle ACAT di Sesto Fiorentino e Scandicci, che hanno contribuito a portare avanti il lavoro, e all'integrazione offerta dalla Cooperativa sociale CAT, operante da anni nello stesso territorio in collaborazione con i Servizi dell'ASL 10 di Firenze.

Per quanto riguarda i dati inerenti la popolazione (Tab. 2), la zona Nord Ovest comprende 201.240 abitanti (13). Si tratta in generale di una zona dove è in aumento il tasso di natalità (+0.48 dal 1996 al 1998). In generale la popolazione per Comune è stazionaria nel tempo, eccetto che per Campi Bisenzio dove si registra

Tabella 2. Popolazione dei Comuni della zona Nord Ovest per sesso

| | Maschi | Femmine | Totale |
|------------------|---------------|----------------|----------------|
| Campi Bisenzio | 17.960 | 18.771 | 36.731 |
| Calenzano | 7.446 | 7.668 | 15.114 |
| Fiesole | 7.019 | 7.632 | 14.651 |
| Lasta a Signa | 8.794 | 9.278 | 18.072 |
| Scandicci | 24.232 | 25.990 | 50.222 |
| Sesto Fiorentino | 22.458 | 24.310 | 46.768 |
| Signa | 7.200 | 7.749 | 14.949 |
| Vaglia | 2.330 | 2.403 | 4.733 |
| Totale | 97.439 | 103.801 | 201.240 |

un incremento demografico, anche a causa delle forti tendenze migratorie.

La mappatura delle realtà locali ha preso in considerazione le seguenti voci:

- Associazioni di volontariato, religiose, ricreativo-culturali, sportive;
- Circoli ricreativi, Bar, locali, discoteche;
- Servizi socio-sanitari: Azienda Sanitaria Locale, Medici di Medicina Generale, Previdenza e servizi sociali, Rieducazione, Psichiatria, Psicologia, Tossicodipendenza e Alcol, Misericordie, Pubbliche assistenze e fratellanze, Strutture di integrazione sociale pubbliche e private convenzionate, Servizi psichiatrici ospedalieri;
- Scuole pubbliche, Municipalità, Consigli di quartiere, Cooperative sociali, Centri Giovani, Centri Anziani; Centri minoranze culturali e gruppi etnici, Cittadini delle comunità locali
- Forze dell'ordine: Polizia, Carabinieri, Vigili Urbani;
- Mass-media;
- Mondo politico.

Sulla base di tale mappatura è stato approntato un database contenente l'indirizzo completo dei centri e degli enti individuati disponibile in consultazione presso la Fondazione Istituto Andrea Devoto di Firenze e sono state contattate e coinvolte le realtà interessate ad un primo corso di sensibilizzazione sulle PPAC (Tab. 3).

Per quanto riguarda invece i servizi specialistici per le Tossicodipendenze e i problemi alcolcorrelati (14), nella zona Nord Ovest sono presenti due SerT, quello di Scandicci e quello di Sesto Fiorentino, con un totale di 27 operatori suddivisi fra Medici, Infermieri, Psicologi, Assistenti Sociali, Educatori Professionali, Personale Amministrativo. Il personale dei due Sert della zona Nord Ovest è quasi esclusivamente impiegato a tempo pieno, mentre invece per quanto riguarda le PPAC il personale, che lavora in questo settore esclusivamente a tempo parziale, ammonta a 15 operatori.

Tabella 3. Risultati mappatura Progetto di Firenze Area Nord Ovest

| Realtà Locali | Totale | Contattate | Coinvolte |
|------------------------------|------------|------------|-----------|
| Associazioni di volontariato | 59 | 34 | 2 |
| Associazioni religiose | 62 | 28 | 0 |
| Circoli ricreativo-culturali | 113 | 31 | 4 |
| Associazioni sportive | 58 | 10 | 1 |
| Cooperative sociali | 7 | 7 | 1 |
| Centri minoranze culturali | 12 | 7 | 0 |
| Fondazioni | | 4 | 4 0 |
| Totali | 265 | 121 | 8 |

Oltre ai Servizi Alcolologici della zona Nord Ovest, possiamo fare riferimento alla prevalenza dei gruppi di auto aiuto e alle risorse della comunità locale per i problemi alcolcorrelati (15). In particolare nella zona Nord Ovest sono presenti 19 *Club alcolisti in Trattamento (CAT)* e 10 gruppi di *Alcolisti Anonimi (A.A.)* della zona di Firenze, del Mugello e di Greve in Chianti (Tab. 4) su un totale di 157 programmi dei Clubs Alcolisti in Trattamento e 40 Programmi dei dodici passi presenti nella regione Toscana (16).

Al fine di modificare le conoscenze relative al consumo di alcol, uno degli obiettivi prioritari del *gruppo di lavoro* è stato quello di individuare una strategia di comunicazione efficace, fruibile da più soggetti possibili e che tenesse in considerazione le diverse esigenze dei partners. A tale scopo è stato necessario consentire un confronto fra le esperienze dei diversi partners sulle problematiche relative al consumo di alcol in generale e sulle conoscenze relative al proprio contesto di appartenenza. Per allargare questo confronto alla comunità locale, è emersa la necessità di individuare alcune figure chiave operanti nel territorio Nord Ovest ai fini di un loro coinvolgimento diretto sulle problematiche alcolcorrelate. Questo obiettivo è stato realizzato attraverso il coinvolgimento delle Istituzioni e delle Associazioni individuate durante la fase di mappatura per l'organizzazione di un corso rivolto alle figure chiave individuate che è stato rivolto a:

- associazioni del volontariato (area sociale e socio-sanitaria)
- associazioni culturali e sportive
- cooperative sociali
- organizzazioni sindacali
- parrocchie ed enti religiosi.

Il corso è stato organizzato contattando le associazioni individuate durante la fase di mappatura. A seguito di una prima telefonata informativa per spiegare le finalità e modalità del corso, sono stati contattati una seconda volta, telefonicamente o di persona, gli interessati per l'iscrizione al corso.

Tabella 4. Club alcolisti in Trattamento(CAT) e Alcolisti Anonimi (AA) nella zona Nord Ovest

| Comuni | CAT | AA |
|--|-----------|-----------|
| Scandicci | 6 | 0 |
| Sesto Fiorentino | 3 | 0 |
| Campi Bisenzio | 1 | 0 |
| Signa - Lastra a Signa (Firenze - Ovest) | 2 | 0 |
| Fiesole (Firenze Est) | 7 | 0 |
| Firenze | | 8 |
| Greve in Chianti | | 1 |
| Mugello | | 1 |
| Totale | 19 | 10 |

Al corso hanno partecipato 15 rappresentanti afferenti alle associazioni contattate. Questo ha consentito di sviluppare una rete di collaborazione reciproca fra i partecipanti che mettesse a frutto le risorse esistenti all'interno della comunità.

Inoltre, il *gruppo di lavoro* ha approntato una prima catalogazione del materiale informativo esistente sull'alcol per approfondire la conoscenza delle modalità utilizzate e sviluppare nuovo materiale informativo ad hoc. È stato così raccolto diverso materiale informativo sull'alcol, sia quello prodotto a livello territoriale, sia quello di altra provenienza, nazionale o internazionale, quando pertinente o particolarmente utile ai fini di una riproduzione. Il materiale è stato suddiviso per target di popolazione (giovani, donne, popolazione generale), per argomento (guida, sicurezza, lavoro, immigrazione, ecc.) e tipologia (cartaceo, video, CD-ROM) (2).

Inoltre, è stato prodotto o riprodotto materiale esistente utile ai fini della sensibilizzazione e promozione degli obiettivi del progetto; in particolare:

- Carta Europea sull'alcol in formato depliant;
- Alcol Informa: guida contenente l'indirizzo completo di tutti gli Enti, Servizi e Gruppi di Auto-Aiuto che si occupano di alcol esistenti sul territorio nazionale;
- Alcol e Donna realizzato in collaborazione con EURO CARE di Padova;
- GUIDA: Guida Utile all'Identificazione e alla Diagnosi dei problemi Alcolcorrelati per la formazione dei MMG e degli operatori socio-sanitari che si occupano di alcol;
- Alcol: sai cosa bevi? Più sai, meno rischi!: depliant informativo sull'alcol per l'intervento breve realizzato in occasione dell'Alcol Prevention Day del 2002.

Stabilire e valutare progetti dimostrativi

I risultati emersi dai focus groups sono stati esaminati dalla *steering committee* che ha preparato un modello di intervento sull'alcol presentato ai MMG nel corso del primo corso di formazione a loro rivolto al fine di raggiungere un accordo che tenesse in considerazione le esigenze dei MMG e le evidenze scientifiche. Tale modello costituisce la base per lo sviluppo di un progetto dimostrativo da sperimentare in un'area circoscritta.

Perché l'intervento del MMG sia efficace ed i suoi risultati durevoli è stato previsto che questo sia realizzato contestualmente ai seguenti obiettivi:

- *La formazione dei Medici di Medicina Generale (MMG)*, sulle problematiche legate al consumo di alcol, per la realizzazione di un'efficace strategia preventiva;
- *La sensibilizzazione ed informazione della comunità* sulle risposte esistenti nel territorio relativamente alla salute in una prospettiva di protezione della salute da parte della comunità stessa e di maggiore consapevolezza del rischio rispetto al consumo di bevande alcoliche.

Al fine di realizzare tale modello di intervento, le

esigenze della Conferenza dei Sindaci e le direttive derivanti dai Piani di Zona dei Servizi Sociali sono state integrate con l'esperienza specifica degli esperti operanti nel settore delle problematiche alcolcorrelate, sia Istituzionali (SerT) che del Privato sociale (ACAT), con il Coordinamento tecnico-scientifico del Centro di Alcolologia e della Nutrizione dell'Università degli Studi di Firenze, Azienda Ospedaliera Careggi, e dell'Istituto Superiore di Sanità a livello nazionale.

Per quanto riguarda specificatamente l'intervento del Medico di Medicina Generale (MMG) è stato concordato che questo verrà svolto prevalentemente nell'area di Sesto Fiorentino come "Comune Pilota" della Conferenza dei Sindaci. Tale intervento si struttura principalmente in tre fasi (Fig. 1):

1. *Identificazione*: Valutazione dei consumi di alcol della popolazione afferente agli ambulatori del MMG in un periodo di tempo stabilito attraverso l'uso del test AUDIT per l'identificazione precoce dei bevitori a rischio e lo screening del consumo quantità/frequenza;

2. *Intervento*: l'intervento si differenzia a seconda del punteggio ottenuto all'AUDIT in 3 approcci:

- *Intervento informativo* rivolto alla popolazione generale con l'ausilio di un depliant informativo sui rischi legati al consumo di alcol;

- *Intervento Breve* rivolto ai bevitori con un consumo di alcol "a rischio" per la salute, con l'ausilio di un depliant volto ad incoraggiare la riduzione dei consumi di alcol ("Alcol: sai cosa bevi? Più sai, meno rischi!");

- *Intervento motivazionale* per favorire il trattamento di coloro che presentano dipendenza da alcol e altre problematiche legate al consumo di alcol in accordo con i Servizi e le risorse della comunità presenti nel territorio.

3. *Follow-up*: la fase di intervento del MMG si conclude con un follow-up differenziato secondo le condizioni suddette per il monitoraggio dell'intervento e la valutazione dell'efficacia.

Il progetto prevede alcune misure prima-dopo sul livello di attività nell'identificazione precoce e nell'intervento breve da parte dei medici di medicina generale nell'area definita dal progetto dimostrativo. In particolare, le misure individuate per la valutazione sono le seguenti:

1. Valutazione del cambiamento dell'attività di IPIB da parte del MMG;

2. Valutazione economica dei costi dell'erogazione dell'intervento breve sull'alcol da parte del MMG e dei benefici dati da questo tipo di intervento. A questa dato

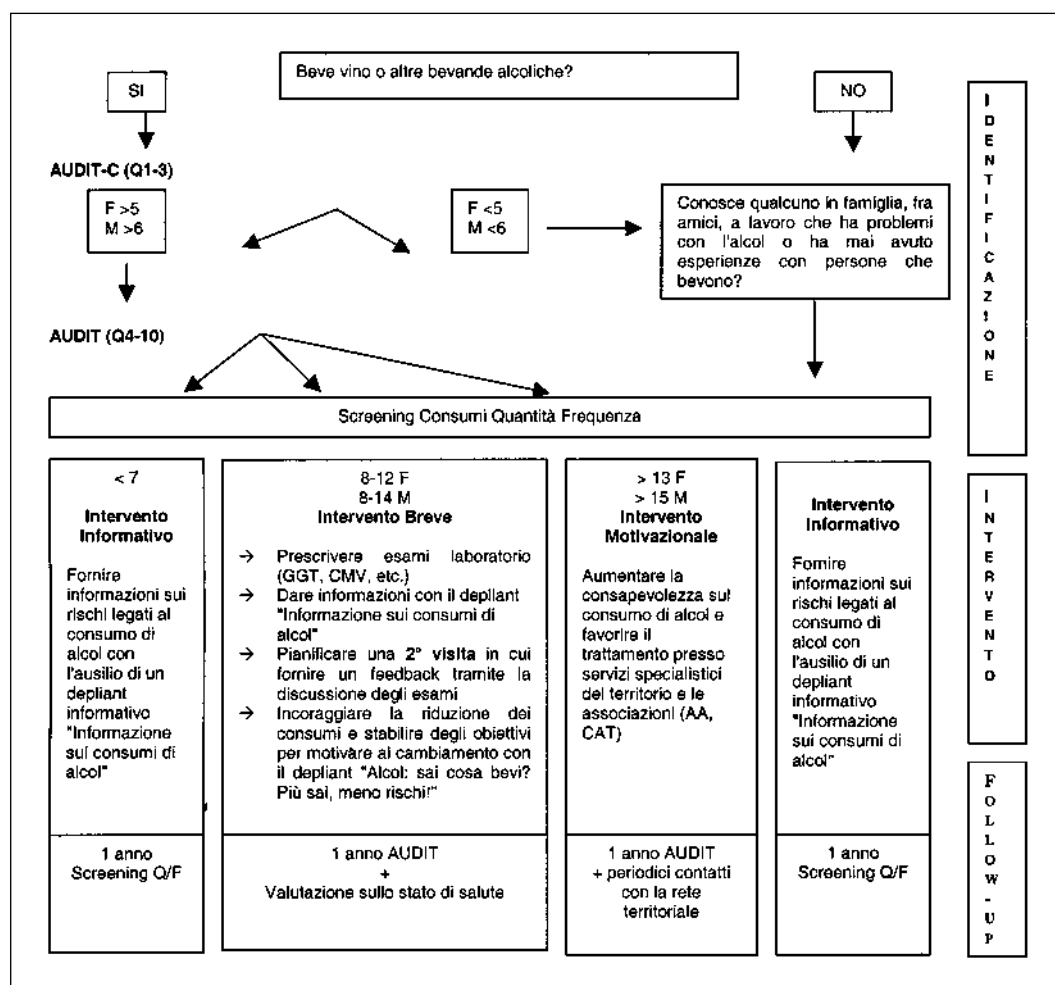


Figura 1. L'intervento del MMG sull'alcol.

si può aggiungere una misura opzionale data dalla valutazione dei costi della strategia volta a modificare le conoscenze sull'alcol.

Conclusioni

La Fase IV del Progetto Drinkless dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, seguendo una metodologia di ricerca-azione, offre l'opportunità di studiare e sperimentare una strategia nazionale per una diffusa, abituale e durevole implementazione nei servizi sanitari di base, e in particolare nella figura del MMG, di metodologie di identificazione precoce ed intervento breve sull'alcol.

La collaborazione fra Centri di Ricerca, Servizi Specialistici, Associazioni e risorse della Comunità che si occupano di Alcol, realizzata grazie alla previa costruzione delle alleanze strategiche, permette di condividere la costruzione di strategie di intervento che possano coniugare le esigenze degli operatori e della popolazione con le evidenze scientifiche.

La fase successiva del Progetto consentirà di sperimentare l'applicabilità del pacchetto di intervento del MMG sull'alcol e di verificarne l'efficacia nel ridurre i consumi nella popolazione afferente agli ambulatori di Medicina Generale, attraverso una precoce identificazione del cosiddetto "bere a rischio" e di un adeguato e immediato intervento breve.

A tale scopo, è stato previsto un modello formativo sull'alcol rivolto ai MMG atto ad accrescere le conoscenze sulle PPAC e le competenze per lo svolgimento di un'efficace strategia di Identificazione Precoce e di Intervento Breve.

Rimane da supportare a livello di politiche sanitarie il riconoscimento del ruolo del MMG come figura primaria per le strategie di prevenzione e di promozione della salute.

Per quanto riguarda l'intervento di comunità, è necessario studiare e realizzare accuratamente strategie efficaci che possano supportare il ruolo a carattere preventivo del MMG ed accrescere le conoscenze sui rischi legati al consumo di alcol nella comunità locale e nelle figure che ricoprono un ruolo chiave a livello politico-sanitario.

Ringraziamenti

Si ringrazia la Conferenza dei Sindaci che ha reso possibile la realizzazione del progetto attraverso il suo finanziamento. Si ringraziano le Associazioni dei Club degli Alcolisti in Trattamento (ACAT) di Scandicci, Sesto Fiorentino e Campi Bisenzio in quanto referenti del progetto presso le Istituzioni e per la loro collaborazione e partecipazione. Si ringrazia il SerT della zona Nord Ovest di Firenze per la collaborazione al progetto e in particolare la Dr.ssa Maria Grazia Brogi in qualità

di Responsabile di suddetto SerT e il Dr. Guido Guidoni in quanto referente del Settore Alcol presso lo stesso SerT. Inoltre, si ringraziano i Medici della Medicco che hanno fornito il loro diretto contributo alla realizzazione del progetto: Dr. Tosco Alderighi, Dr. Antonio Tomai, Dr. Giuseppe Salmeri, Dr. Michele Calderisi, Dr. Giuseppe Paladino. Si ringraziano infine per la collaborazione tutti gli operatori che hanno contribuito in diversa misura alla programmazione, realizzazione e revisione della diverse fasi del progetto.

Note

- (1) Il "Corso per MMG su l'identificazione e la gestione dei problemi alcolcorrelati nell'assistenza primaria" è stato approvato dall'Azienda Sanitaria 10 di Firenze sulla base del protocollo PAL 1999/2001.
- (2) Il materiale è patrimonio del Centro di Documentazione sull'alcolismo e i problemi alcolcorrelati dell'Università degli Studi di Firenze presso il Centro di Alcolologia.

Bibliografia

- 1) Scafato E., Zuccaro P., Russo R., Bartoli G. (2001) Alcohol, health and policy: the italian perspective. *Alcolologia* 13 (1), p. 21-25.
- 2) Saunders J.B., Aasland O.G., Babor T.F., de la Fuente J.R., Grant M. (1993) Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO Collaborative Project on early detection of persons with harmful alcohol consumption - II. *Addiction*. 1993; 88:791-804.
- 3) WHO (1992) World Health Organization. AUDIT - the alcohol use disorders identification test: guidelines for use in primary health care. 1992 WHO/PSA/92.4. WHO, Geneva.
- 4) Babor T.F., Grant M. et al. (1994) A randomized clinical trial of brief interventions in primary health care: summary of a WHO project. *Addiction*. 1994; 89:657-678.
- 5) Bien T.H., Miller W.R., Tonigan J.S. (1993) Brief interventions for alcohol problems: A review. *Addiction*. 1993; 88:315-336.
- 6) WHO (1992) World Health Organization. Project on identification and management of alcohol-related problems. Report on phase II: a randomized clinical trial of brief interventions in primary health care. 1992. WHO/PSA/91. WHO, Geneva.
- 7) Saunders J., Wutzke S. (1998). WHO Phase III Collaborative Study on Implementing and Supporting Intervention Strategies in Primary Health Care. Report on Strand 1: General Practitioners' Current Practices and Perceptions of Preventive Medicine and Intervention for Hazardous Alcohol Use. Copenhagen, Denmark: WHO Regional Office for Europe, Alcohol, Drugs & Tobacco Programme.
- 8) Bartoli G., Polvani S., Patussi V., Bartoli U., Marcomini F., Scafato E. (2000) La prevenzione delle Problematiche Alcolcorrelate e il Medico di Medicina Generale: il Progetto Drink-Less. *Bollettino per le Farmacodipendenze e l'Alcolismo*, 1 Anno XXIII, p. 75-82. <http://www.unicri.it/min.san.bollettino/bulletin/2000-1e/art3.html>

- 9) Bartoli G., Polvani S., Patussi V., Bartoli U., Marcomini F. (2000) Risultati della Ricerca Drinkless. *Alcologia Suppl.* Vol. XII, n. 2 maggio - agosto, p. 131-3.
- 10) Bartoli G., Patussi V., Rossi A., Scafato E. (2001) Abuso di alcol e prevenzione: la ricerca Drinkless. *SIMG Rivista di politica professionale della medicina generale.* n. 4, p. 9-12.
- 11) Bartoli G., Patussi V., Muscas F., Rossi A. (2001) Brief intervention in PHC for risky drinking: what is feasible for GPs? *Book of Abstracts Conference of the European Society of General Practice/Family Medicine, WONCA Region Europe, Tampere, Finland, 3-7 June, p. 52-53.*
- 12) Bartoli G., Focardi F., Ragazzo E., Muscas F., Patussi V. (2001) L'intervento breve sui rischi legati al consumo di alcol da parte del MMG: l'esperienza del progetto Drinkless. *Alcologia Suppl.* Vol. XIII n. 2 maggio-agosto, p.175.
- 13) ISTAT (1999) *Stili di vita e condizioni di salute. Indagine multiscopo annuale su aspetti della vita quotidiana.* Anno 1998. Roma.
- 14) Polvani S., Ridolfi F. (a cura di) (2000) *Le dipendenze nel territorio della ASL 10: analisi di un quinquennio.* Azienda Sanitaria Firenze, Dipartimento delle Dipendenze, Osservatorio Socio-Epidemiologico per le Tossicodipendenze e l'Alcolismo. Firenze.
- 15) ISS (1998-1999) Istituto Superiore di Sanità. *Ricerca conoscitiva sulle realtà di auto aiuto in Italia. Report 1998-1999.*
- 16) Patussi V., Bartoli G., Polvani S., Engelman K. *Public services and the Community Resources for Alcohol Related Problems in Italy.* *Alcoholism. Journal on alchoholism and related addictions.* Vol. XXXVI, No. 2, Zagreb 2000, p. 139-151.