

Dicembre 2019

Correlazione tra depressione e aderenza al trattamento: indagine in un campione di persone con diabete. Azienda Ospedaliera Sant'Andrea di Roma (2018-19) 1

Indagine sui consultori familiari a oltre 40 anni dalla loro nascita: la metodologia dello studio nazionale 5

Correlazione tra depressione e aderenza al trattamento: indagine in un campione di persone con diabete. Azienda Ospedaliera Sant'Andrea di Roma (2018-19)

Francesco Marchini¹, Viviana Langher¹, Andrea Caputo¹ e Angela Napoli²

¹Dipartimento di Psicologia Dinamica e Clinica, Sapienza Università di Roma

²Dipartimento di Medicina Molecolare, Azienda Ospedaliera Sant'Andrea, Sapienza Università di Roma

Comitato scientifico, ISS

Pierfrancesco Barbarioli,
Antonino Bella, Chiara Donfrancesco,
Carla Faralli, Antonietta Filia,
Lucia Galluzzo, Iliaria Lega, Paola Luzi,
Marina Maggini, Sandra Mallone,
Luigi Palmieri, Luana Penna, Paola Scardetta,
Stefania Spila Alegiani,
Andrea Tavilla, Marina Torre

Comitato editoriale, ISS

Antonino Bella, Paola De Castro,
Carla Faralli, Marina Maggini, Angela Spinelli

Impaginazione grafica

Giovanna Morini

Progetto grafico

Lorenzo Fantozzi

Sottometti un articolo

ben@iss

Istruzioni autori

www.epicentro.iss.it/ben/pubblica

SUMMARY (An investigation of the association between depression and compliance to treatment in people with diabetes. Sant'Andrea Hospital Rome, Italy, 2018-2019) - Diabetes is one of the most common and challenging chronic diseases, which affects over three million people in Italy (Istat Report 2016). Depression is a serious condition associated with diabetes worse symptoms and compliance to treatment. The present study aims at testing the relationship between depression and compliance to treatment in a convenience sample of patients with diabetes. One hundred and nine patients with diabetes (n. 48 type 1, n. 61 type 2) were enrolled and completed the tests for measuring depression (Beck Depression Inventory - II) and adherence to treatment (Morisky Scale and Summary of Diabetes Self-Care Activities). Descriptive and correlation analysis were performed. Results showed a negative correlation between depression and diabetes self-care ($r = -0,33$; $p < 0,01$) in both somatic-affective ($r = -0,25$; $p < 0,05$) and cognitive component ($r = -0,40$; $p < 0,01$). Data confirmed the potential negative consequences of depression on compliance to treatment and in particular on self-care behaviors.

Key words: diabetes; depression; compliance

francescomarchini93@gmail.com

Notiziario dell'Istituto Superiore di Sanità

Legale rappresentante e Presidente
dell'Istituto Superiore di Sanità:
Silvio Brusaferrò

Direttore responsabile: Paola De Castro

Iscritto al n. 475 del 16 settembre 1988 (cartaceo)
e al n. 117 del 16 maggio 2014 (online)

Registro Stampa Tribunale di Roma

© Istituto Superiore di Sanità 2019

Numero chiuso in redazione il 30 dicembre 2019



ISSN 1827-6296

Introduzione

Il diabete è una delle patologie croniche più comuni, avendo riscontrato negli ultimi trent'anni un vistoso aumento del numero di persone con diagnosi di diabete nella popolazione italiana. Nel 1980, infatti, la diffusione del diabete coinvolgeva il 2,9% della popolazione, mentre nel 2016 si è passati al 5,3%, pari a oltre 3 milioni e 200 mila persone (1). A causa dell'aumento epidemico della patologia e delle difficoltà legate alla sua gestione, il diabete costituisce un problema sociosanitario con un costo elevato per il sistema sociale, arrivando a coprire fino al 10% della spesa pubblica annua (circa 15 miliardi di euro) (2). Il diabete è una patologia complessa di tipo sistemico che va a intaccare diverse aree del funzionamento dell'organismo e che richiede un impe-

gno costante da parte del paziente (adozione di uno stile di vita salutare, monitoraggio del glucosio, aderenza alla terapia farmacologica) per evitare l'insorgere di complicanze che possono portare a forme gravi di disabilità e nei casi più estremi fino alla morte.

L'associazione tra diabete e depressione è stata confermata in letteratura da molteplici studi che mettono in evidenza una relazione bidirezionale tra le due patologie (3). La presenza della depressione nel diabete (sia di tipo 1 che di tipo 2) ha delle conseguenze altamente negative sulla gestione della malattia da parte del paziente, che costituisce uno degli elementi chiave per il trattamento della patologia (4). La depressione è infatti risultata associata a un peggioramento della sintomatologia del diabete (5), a una gestione più complessa del controllo glicemico (6), a una ridotta qualità di vita (7) e a un aumento della mortalità (8).

Alla luce di questa premessa, il presente articolo illustra i risultati preliminari di un'indagine svolta con pazienti aventi diagnosi di diabete in cura presso l'Azienda Ospedaliera Sant'Andrea di Roma tra il 2018 e il 2019. Obiettivo dell'indagine è stato quello di valutare la correlazione tra depressione e aderenza al trattamento, quest'ultima intesa sia come grado di aderenza alla terapia farmacologica che come capacità di self-care del paziente.

Materiali e metodi

È stata condotta un'indagine di tipo trasversale in un campione di convenienza di persone con diagnosi di diabete di tipo 1 e 2. I partecipanti sono stati reclutati nel corso della visita medica di follow up all'interno dell'Unità Operativa Complessa di Diabetologia dell'Azienda Ospedaliera Sant'Andrea di Roma a partire da marzo 2018 per la durata di un anno. Sono state escluse le persone che presentavano disabilità fisiche o cognitive evidenti o certificate, difficoltà di comprendere la lingua italiana scritta, mancata presenza della firma del consenso informato o qualsiasi condizione che potesse impedire la corretta compilazione degli strumenti self-report.

Dopo aver presentato gli obiettivi dello studio e completato le procedure del consenso informato, un medico diabetologo ha compilato la scheda clinica contenente i dati socioanagrafici e alcuni dati clinici. In seguito, i partecipanti sono stati condotti in un'area protetta dove hanno compilato i questionari con la presenza di uno psicologo clinico.

Per la rilevazione della depressione è stato utilizzato il Beck Depression Inventory - II (BDI-II) (9), uno strumento di autovalutazione composto da 21 item a scelta multipla (scala Likert a 4 passi). Dalla somministrazione del BDI-II è possibile ricavare, oltre un punteggio generale sullo stato depressivo del soggetto, anche un punteggio riguardante le manifestazioni somatico-affettive (ad esempio, pianto, perdita di energia, modificazioni nel sonno e nell'appetito, perdita di piacere) e un punteggio riguardante gli aspetti cognitivi (ad esempio, senso di colpa, autocritica, indecisione, pessimismo, pensieri di suicidio).

Per la rilevazione dell'aderenza al trattamento farmacologico sono stati utilizzati due distinti strumenti. La Morisky Scale (10) è una scala a 4 item dicotomici (Sì/No) ampiamente utilizzata per la misurazione del grado di aderenza al trattamento farmacologico. Punteggi da 0 a 1 indicano una bassa aderenza, da 2 a 3 una media aderenza, mentre un punteggio di 4 indica un'aderenza alta. È stato inoltre utilizzato il Summary of Diabetes Self-Care Activities (11), una scala a 11 item a scelta multipla (scala Likert a 7 passi) che misura il grado di self-care del paziente rispetto all'alimentazione generale, alla dieta, all'esercizio fisico, al monitoraggio del glucosio, alla cura dei piedi e al fumo. Un punteggio inferiore a 39 viene considerato un indicatore di carenza di self-care.

Le caratteristiche cliniche, sociodemografiche, la depressione, il self-care e l'aderenza farmacologica al trattamento del campione di persone che hanno partecipato all'indagine sono state sintetizzate in termini di frequenze assolute e percentuali. Le variabili quantitative (età, indice di massa corporea, livelli di emoglobina glicata, durata della malattia) sono state descritte con la media e la deviazione standard (ds).

È stata, infine, effettuata un'analisi per indagare la correlazione tra depressione e le misure di aderenza al trattamento utilizzando il coefficiente di correlazione di Pearson.

Risultati

Sono state arruolate 109 persone, di cui il 44,0% (n. 48) con diagnosi di diabete di tipo 1 e il 56,0% (n. 61) di tipo 2. Il 56,0% (n=61) del campione era di sesso femminile, l'età media pari a 56,1 anni (ds = 15,3) e tutti i pazienti erano di nazionalità italiana. La maggior parte dei pazienti (83,9%) ha riportato di avere una relazione di coppia (fidanzato/a, 6,2%; sposato/a, 72,8% o

convivente, 4,9%), mentre l'8,6% single e il 7,5% vedovo/a. Per quanto riguarda il titolo di studio, il 40,8% dei partecipanti possedeva un titolo di studio inferiore al diploma di maturità, il 30,9% aveva conseguito il diploma di maturità, mentre il restante 28,3% possedeva titoli di studi superiori (laurea 27,2% o altro titolo di studio, 1,1%).

Tabella 1 - Sintesi delle variabili socioanagrafiche e cliniche raccolte nell'indagine su un campione di pazienti diabetici (n. 109)

Variabile	n.	%
Diabete		
Tipo 1	48	44,0
Tipo 2	61	56,0
Sesso		
Maschio	48	44,0
Femmina	61	56,0
Nazionalità		
Italiana	109	100,0
Età, anni		
Media, deviazione standard	56,1	15,3
Stato civile		
Fidanzato/a	7	6,2
Sposato/a	79	72,8
Convivente	5	4,9
Single	9	8,6
Vedovo/a	8	7,5
Titolo di studio		
Elementare/media	44	40,8
Superiore	34	30,9
Laurea	30	27,2
Altro	1	1,1
Occupazione		
Occupato	54	49,5
Pensionato	28	25,9
Disoccupato	20	18,5
Casalingo/a	5	4,9
Studente	1	1,2
Emoglobina glicata		
Media, deviazione standard	7,5	1,4
Indice di massa corporea		
Media, deviazione standard	28,2	5,0
Durata della malattia (anni)		
Media, deviazione standard	15,6	12,7
Trattamento farmacologico		
Ipoglicemizzanti orali	32	29,0
Microinfusore	31	28,0
Insulinico convenzionale	25	23,0
Dieta e ipoglicemizzanti orali	12	11,0
Dieta esclusiva	10	9,0

Per quanto riguarda l'occupazione, il 49,5% dei pazienti risultava occupato, il 25,9% pensionato, il 18,5% disoccupato, il 4,9% casalingo/a e l'1,2% studente. Dalla scheda clinica è emerso un livello medio di emoglobina glicata di 7,5 (ds = 1,4), un indice di massa corporea media di 28,2 (ds = 5,0) e una durata media di malattia di 15,6 anni (ds = 12,7). Il 29% dei partecipanti viene trattato con ipoglicemizzanti orali, il 28% con microinfusore, il 23% con un trattamento insulinico convenzionale, l'11% con un trattamento combinato (dieta e ipoglicemizzanti orali) e il 9% esclusivamente con la dieta (Tabella 1).

Per quanto riguarda la depressione, il 21,4% dei partecipanti ha riportato sintomi depressivi significativi dal punto di vista clinico e il restante 78,6% livelli normali o minimi di depressione. Dal punto di vista dell'aderenza al trattamento farmacologico più della metà dei partecipanti (57,3%) ha riportato un grado di aderenza elevata, il 33,3% media, mentre solo il 9,4% bassa. Per quanto riguarda il grado di self-care il 56,8% dei partecipanti è risultato avere punteggi che indicano un livello di self-care sufficiente, mentre per il restante 44,2% andrebbe richiesto un approfondimento e la pianificazione di un intervento educativo.

Dall'analisi di correlazione tra depressione, aderenza al trattamento farmacologico e il self-care, risulta che la depressione, sia in generale che nel fattore cognitivo e somatico-affettivo, è significativamente correlata in modo negativo solo con il self-care, maggiormente con il fattore cognitivo ($r = -0,40$; $p\text{-value} < 0,010$) (Tabella 2).

Tabella 2 - Correlazione tra le diverse espressioni di depressione, aderenza al trattamento e self-care

	Aderenza farmacologica	Self-care
	Coefficiente di correlazione (p-value)	Coefficiente di correlazione (p-value)
Depressione	$r = -0,09$ ns*	$r = -0,33$ (0,010)
Depressione (somatico-affettivo)	$r = -0,07$ ns*	$r = -0,25$ ($< 0,050$)
Depressione (cognitivo)	$r = -0,11$ ns*	$r = -0,40$ ($< 0,010$)

(*) Non significativo

Conclusioni

La letteratura è concorde nel ritenere la depressione un fattore negativo per la salute del paziente, la gestione del diabete, l'aderenza al trattamento e la qualità di vita della persona (4-6). Coerentemente con quanto mostrato in letteratura (4), il presente studio conferma una relazione negativa tra depressione e self-care, di maggiore entità per la componente cognitiva dei sintomi depressivi come ad esempio autocritica, autopunitività, indecisione, mancanza di autostima. Questi sintomi possono portare la persona a non prendersi cura di sé dal momento che è presente un senso del sé svilito e astenico, privo di energie e impotente. In particolare, la presenza dei sintomi depressivi può portare la persona a disinvestire sulla propria salute e sulla cura di sé con il rischio di trascurare la malattia e peggiorare le condizioni cliniche. Contrariamente alla letteratura (12), nel presente studio non è emersa un'associazione tra depressione e aderenza al trattamento farmacologico. In primo luogo, questo potrebbe essere attribuito al minor grado di *engagement* del paziente richiesto dalla terapia farmacologica, per cui i sintomi depressivi non ostacolerebbero l'assunzione del farmaco. Tuttavia, è da tenere in considerazione un possibile *bias* legato alla desiderabilità sociale relativo alla natura self-report dello strumento che potrebbe aver distorto in parte le risposte dei partecipanti. In questo senso è necessario condurre ulteriori studi utilizzando metodi di rilevazione dell'aderenza più "oggettivi" che considerino le possibili strategie di *self-enhancement* del rispondente, volte a preservare l'immagine di sé.

In aggiunta a ciò, è necessario sottolineare alcuni limiti del presente studio. In primo luogo, la procedura di campionamento e la potenziale presenza di un self-selection *bias* non permettono di generalizzare i risultati alla popolazione generale delle persone con diabete. Inoltre, la natura correlazionale dello studio non permette di trarre spiegazioni causali sulla relazione tra depressione e aderenza, la quale è da considerare solo in termini descrittivi.

In conclusione, emerge la necessità di trattare gli aspetti depressivi all'interno dei setting diabetologici, in particolare rispetto alla dimensione del self-care. La presenza dello psicologo all'interno del team diabetologico è raccomandata per ridurre l'impatto degli aspetti depressivi caratterizzanti la malattia cronica sullo stile di vita e potenziare l'*engagement* del paziente (13).

Dichiarazione sui conflitti di interesse

Gli autori dichiarano che non esiste alcun potenziale conflitto di interesse o alcuna relazione di natura finanziaria o personale con persone o con organizzazioni, che possano influenzare in modo inappropriato lo svolgimento e i risultati di questo lavoro.

Riferimenti bibliografici

1. ISTAT. Anni 2000-2016: Il diabete in Italia. Statistiche Report. Roma: ISTAT; 20 luglio 2017 (www.istat.it/it/files//2017/07/REPORT_DIABETE.pdf).
2. Belfiore P, Di Palma D, Sorrentini A, *et al.* I costi del diabete in Italia: una revisione sistematica della letteratura. *Politiche Sanitarie* 2015;16(4):244-54.
3. Alzoubi A, Abunaser R, Khassawneh A, *et al.* The bidirectional relationship between diabetes and depression: a literature review. *Korean J Fam Med* 2018; 39(3):137-46.
4. Gonzalez JS, Peyrot M, McCarl LA, *et al.* Depression and diabetes treatment nonadherence: a meta-analysis. *Diabetes care* 2008;31(12):2398-403.
5. Lin EH, Rutter CM, Katon W, *et al.* Depression and advanced complications of diabetes: a prospective cohort study. *Diabetes Care* 2010;33(2):264-9.
6. Bot M, Pouwer F, De Jonge P, *et al.* Differential associations between depressive symptoms and glycaemic control in outpatients with diabetes. *Diabet Med* 2013;30(3):e115-22.
7. Schram MT, Baan CA, Pouwer F. Depression and quality of life in patients with diabetes: a systematic review from the European depression in diabetes (EDID) research consortium. *Curr Diab Rev* 2009;5(2):112-9.
8. Lin EH, Heckbert SR, Rutter CM, *et al.* Depression and increased mortality in diabetes: unexpected causes of death. *Ann Family Med* 2009;7(5):414-21.
9. Ghisi M, Flebus GB, Montano A, *et al.* L'adattamento italiano del BDI-II. In: Beck AT, Steer RA, Brown GK (Eds.). *Beck Depression Inventory-II*. Firenze: Organizzazioni Speciali; 2006.
10. Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Med Care* 1986;1:67-74.
11. Ausili D, Bezze S, Cannizzaro C, *et al.* Valutazione del self-care nelle persone con diabete di tipo 2: traduzione e validazione della Summary of Diabetes Self-Care Activities. *Professioni Infermieristiche* 2015; 68(1).
12. Lin EH, Katon W, Von Korff M, *et al.* Relationship of depression and diabetes self-care, medication adherence, and preventive care. *Diabetes Care* 2004; 27(9):2154-60.
13. Ministero della Salute. Direzione Generale Programmazione Sanitaria. Commissione Nazionale Diabete. Piano sulla malattia diabetica. Roma: Ministero della Salute; 2012 (www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1885_allegato.pdf).

Indagine sui consultori familiari a oltre 40 anni dalla loro nascita: la metodologia dello studio nazionale*

Laura Lauria, Ilaria Lega, Enrica Pizzi, Antonio Michele Salvatore, Silvia Andreozzi,
Mauro Bucciarelli, Claudia Ferraro, Marina Pediconi e Serena Donati

Centro Nazionale per la Prevenzione delle Malattie e la Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma

SUMMARY (*The Italian Family Care Centres Survey after more than 40 years from their foundation: methodology of the national study*) - The Italian National Institute of Health has coordinated a national project on the Family Care Centres which was promoted and funded by the Ministry of Health. The main aim was to describe the organization of these health services and their activities. The methodology of the study involved the collection of information using three surveys carried out at the regional, local health unit and single centre level - using three different forms, one for each level. The setting up of a network of clinicians participating to the study within the whole national territory was also carried out. The response rate was 100% for the regional level, 88% for the local health unit level and 84% for the single centre level. The study has identified strengths and weakness in these services, unique and original in the national and international scenario. The results will promote discussion and actions to improve Family Care Centres at various decision-making levels.

Key words: family care centres; Italy; evaluation of care services

laura.lauria@iss.it

Introduzione

A più di 40 anni dalla nascita dei consultori familiari (CF), servizi di base a tutela della salute della donna, del bambino, della coppia e della famiglia, istituiti con la Legge 405/1975 (1), il Ministero della Salute, nel 2017, ha promosso e finanziato un'azione centrale/CCM per una ricognizione degli aspetti organizzativi e delle attività offerte su tutto il territorio nazionale, finalizzata a una riqualificazione dei servizi offerti dai CF. Il coordinamento del progetto "Analisi delle attività della rete dei consultori familiari per una rivalutazione del loro ruolo con riferimento anche alle problematiche relative all'endometriosi" è stato affidato al Reparto Salute della Donna e dell'Età Evolutiva del Centro Nazionale per la Prevenzione delle Malattie e la Promozione della Salute dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS). I CF sono nati in un periodo storico di profonde trasformazioni sociali e culturali che si sono riflesse nei principi istitutivi. Si tratta di servizi ancora oggi unici, nel quadro complessivo dell'assistenza sociosanitaria del nostro Paese. L'originalità dei CF è determinata da una visione che, mettendo al centro la persona nella sua interezza fisica, psichica e sociale, adotta un approccio olistico alla salute che si basa sui principi della multidisciplinarietà, dell'integrazione con gli altri servizi territoriali, della prossimità con il territorio e della bassa soglia di accesso. L'attenzione alla qualità dell'accoglienza, dell'ascolto e della comunicazio-

ne è parte integrante di questo approccio e rende i CF servizi in grado di rispondere a una molteplicità di problematiche, intercettando anche i nuovi bisogni espressi da una società che non arresta il suo processo di trasformazione socioculturale. Queste caratteristiche fanno dei CF presidi orientati alla prevenzione e promozione della salute, soprattutto per la popolazione target, adolescenti e donne; queste ultime sono considerate nell'intero arco della loro vita sessuale riproduttiva e in riferimento agli aspetti relazionali declinati nella società, nella coppia, nella famiglia e nella genitorialità.

Le grandi potenzialità per la salute pubblica di servizi così intesi sono oggi riconosciute anche nel contesto internazionale. Organizzazioni come l'OMS e l'UNICEF da alcuni anni a questa parte sottolineano l'importanza di rendere disponibili servizi di salute primaria volti alla prevenzione e alla promozione della salute, all'*empowerment* dei singoli e delle comunità, offerti con un approccio olistico e multidisciplinare da personale motivato e adeguatamente formato, servizi accessibili a chiunque e ovunque che corrispondono appieno al modello socioassistenziale proprio dei CF italiani. La regolamentazione dei CF è stata demandata alle regioni che, nel rispetto delle proprie autonomie gestionali, hanno prodotto normative diverse. A questo si aggiungono gli specifici assetti organizzativi regionali che hanno reso più o meno facile l'inserimento di tali servizi innovativi nel contesto

(*) Progetto realizzato con il supporto finanziario del Ministero della Salute/CCM.

socioassistenziale già esistente nella regione. Altri aspetti importanti, che hanno contribuito alla disomogeneità dello sviluppo dei CF, sono le diverse dotazioni di risorse umane ed economiche e l'insufficiente presenza di una attività di programmazione sulla base di obiettivi di salute appropriati e misurabili con opportuni indicatori di processo, di risultato e di esito. Proprio questi ultimi sono indispensabili per effettuare la valutazione dell'efficienza e dell'efficacia del servizio offerto e di conseguenza riorientarne la programmazione.

Nonostante alcune criticità, il riconoscimento della valenza strategica dei CF da parte delle istituzioni centrali non è mai venuto meno, come dimostrato dalle linee di indirizzo, di riqualificazione e di rilancio che il Ministero della Salute ha prodotto negli anni, come il Progetto Obiettivo Materno Infantile, POMI (2), quale espressione operativa della rilevanza strategica assegnata alla tutela della salute della donna e del bambino nel Piano Sanitario Nazionale 1998-2000 e, più recentemente, i richiami ai CF presenti nei LEA 2017 (3), nel Piano Nazionale per la Fertilità (4) e nel IV Piano Nazionale di Azione e di Interventi per la Tutela dei Diritti e lo Sviluppo dei Soggetti in Età Evolutiva (5).

Il progetto, di cui questo articolo descrive la metodologia, è l'espressione di un rinnovato interesse da parte delle istituzioni centrali verso una rivalutazione e riqualificazione dei CF.

Metodo

Il progetto ha la durata di due anni, da gennaio 2018 a gennaio 2020. Oggetto di studio sono stati i CF pubblici attivi sul territorio nazionale e i consultori privati accreditati.

Il gruppo di coordinamento del progetto, considerando la specificità della tematica, ossia la valutazione di servizi strettamente legati alle realtà locali, ha ritenuto opportuno avvalersi della collaborazione di un Comitato Tecnico (CT) di esperti dei servizi consultoriali a livello territoriale. Sono stati utilizzati fondamentalmente due criteri per identificare i componenti del CT; il primo basato sulla rappresentanza di contesti territoriali del Nord, Centro e Sud del Paese, e il secondo sulla rappresentanza delle principali figure professionali operanti nei consultori: ginecologi, ostetriche, psicologi, assistenti sociali, esperti di medicina dei migranti. Il Ministero della Salute ha partecipato, inoltre, con alcuni rappresentanti.

Il CT ha fornito un supporto costante, in particolare nella definizione dell'articolazione del progetto e delle aree tematiche da indagare, oltre

che nella messa a punto delle schede informative per la raccolta dati. La metodologia è stata condivisa con lo Steering Committee (SC) del progetto, composto da rappresentanti di associazioni, ordini professionali e società scientifiche di riferimento per i professionisti sanitari dei CF (Associazione Culturale Pediatri, Associazione Ginecologi Consultoriali, Associazione Ginecologi Territoriali, Associazione Ginecologi Ospedalieri Italiani, Associazione Nazionale Assistenti Sanitari, Consiglio Nazionale Ordine Assistenti Sociali, Federazione Nazionale degli Ordini della Professione di Ostetrica, Società Italiana Ginecologia e Ostetricia, Società Italiana di Medicina Perinatale, Società Italiana di Pediatria). I membri dell'SC sono stati incaricati di sostenere le attività del progetto e di diffonderne i risultati fra i colleghi.

I diversi livelli di indagine

Il funzionamento dei servizi consultoriali in ambito regionale è caratterizzato da una complessità che investe una visione politica e strategica dei consultori nel contesto generale dell'assistenza sociosanitaria sul territorio e che vede coinvolti anche livelli decisionali in ambito più periferico, ad esempio di azienda sanitaria o di distretto sanitario.

L'ISS ha condotto un'indagine nazionale sui tre livelli di funzionalità dei CF:

- 1) livello regionale: per la rilevazione degli assetti organizzativi e degli organismi gestionali, della presenza di linee di indirizzo generali e delle attività di programmazione, valutazione e integrazione;
- 2) livello aziendale: per la rilevazione degli aspetti organizzativi legati alle attività di coordinamento dei servizi consultoriali, alla loro integrazione con gli altri servizi sociosanitari presenti sul territorio e con la comunità e alle attività di programmazione, valutazione e integrazione a livello di coordinamento aziendale;
- 3) livello di singola sede consultoriale: per la rilevazione degli aspetti strutturali, organizzativi e di attività.

Per i 3 livelli di indagine è stata prevista una raccolta dati da effettuarsi via web. È stata utilizzata la piattaforma Limesurvey che ha permesso di creare la versione informatizzata delle schede di raccolta dati e di gestire, tramite un codice identificativo univoco, l'associazione tra ciascun referente identificato per lo studio e la propria scheda. L'indagine online ha permesso all'ISS di acquisire in tempo reale le schede compilate da ciascun referente.

La rete dei referenti

Per ciascun livello di indagine sono stati identificati i referenti/responsabili/coordinatori a cui inviare la scheda informativa (Figura 1). Il percorso seguito per l'identificazione dei referenti ha previsto la richiesta di adesione al progetto a tutti gli Assessorati alla Salute e, contestualmente, l'identificazione dei referenti regionali del progetto (I livello di indagine). Con il supporto dei referenti regionali si sono individuati i coordinatori di II livello, presenti sia nelle aziende sanitarie che nei distretti sanitari. Tutti i coordinatori sono stati contattati telefonicamente dal gruppo di lavoro dell'ISS, per concordare la conduzione dell'indagine a livello di singola sede e per chiedere l'identificazione di un referente per ogni consultorio (III livello di indagine).

Le schede informative

Con il supporto del CT sono state concordate le aree di interesse da indagare. La metodologia adottata per la definizione delle schede di raccolta dati ha previsto la disamina dei principali documenti prodotti negli anni su obiettivi e funzioni dei CF per popolazione target (adolescenti, coppie/famiglie, donne e, trasversalmente, la popolazione immigrata) e la traduzione degli obiettivi in essi contenuti in azioni da declinare sotto forma di indicatori misurabili. Sono state quindi identificate le informazioni necessarie a stimare gli indicatori identificati e su tale base sono stati definiti gli strumenti per la raccolta dati. I documenti di riferimento utilizzati sono stati il POMI (2), l'Intesa Conferenza Unificata 20 settembre 2007 (6), l'Accordo Conferenza Stato Regioni 16 dicembre 2010 (7) e i LEA (3). Nella messa a punto delle schede si è tenuto conto anche delle informazioni già raccolte dalle precedenti indagini dell'ISS sul percorso nascita, dell'indagine sulle attività dei CF condotta nel 2008 dal Ministero della Salute e dei report re-

gionali disponibili. Tutto ciò per garantire quanto più possibile il confronto dei dati nel tempo e a livello territoriale.

L'indagine pilota

Nel novembre 2018 è stata condotta l'indagine pilota per testare la validità delle schede e dell'intero sistema di raccolta dati online. All'indagine pilota hanno collaborato tre regioni in rappresentanza delle tre aree geografiche Nord, Centro e Sud: le ASST di Mantova e dei 7 Laghi per la Lombardia, i Distretti del Perugino e del Trasimeno per l'Umbria e la ASL Napoli 1 per la Campania. Dal test sono emersi suggerimenti che sono stati acquisiti e che hanno portato alla stesura della versione definitiva delle schede di raccolta dati.

Raccolta dati

Tutte le regioni e le Province Autonome (PA) hanno aderito al progetto e hanno partecipato ai 3 livelli di indagine con alcune diversità. Alle PA non è stata inviata la scheda regionale; la PA di Bolzano ha partecipato solo all'indagine di livello aziendale; la Liguria ha partecipato ai primi 2 livelli di indagine e solo parzialmente al livello di indagine di singola sede consultoriale. Sono state inviate complessivamente 19 schede ai referenti regionali, 207 schede ai coordinatori identificati nelle 19 regioni e nelle 2 PA, 1.859 schede ai referenti di altrettante sedi consultoriali attive sul territorio nazionale (escluse le sedi di Bolzano e di parte della Liguria). Tra novembre/dicembre 2018 e giugno/luglio 2019 si è svolta la raccolta dei dati per i 3 livelli di indagine. La disponibilità in tempo reale delle schede compilate ha reso possibile effettuare centralmente un costante monitoraggio della partecipazione. Sulla base del monitoraggio è stato possibile inviare solleciti e, in alcuni casi, contattare i non rispondenti per dare loro un supporto tecnico.



Figura 1 - Identificazione dei referenti a livello locale

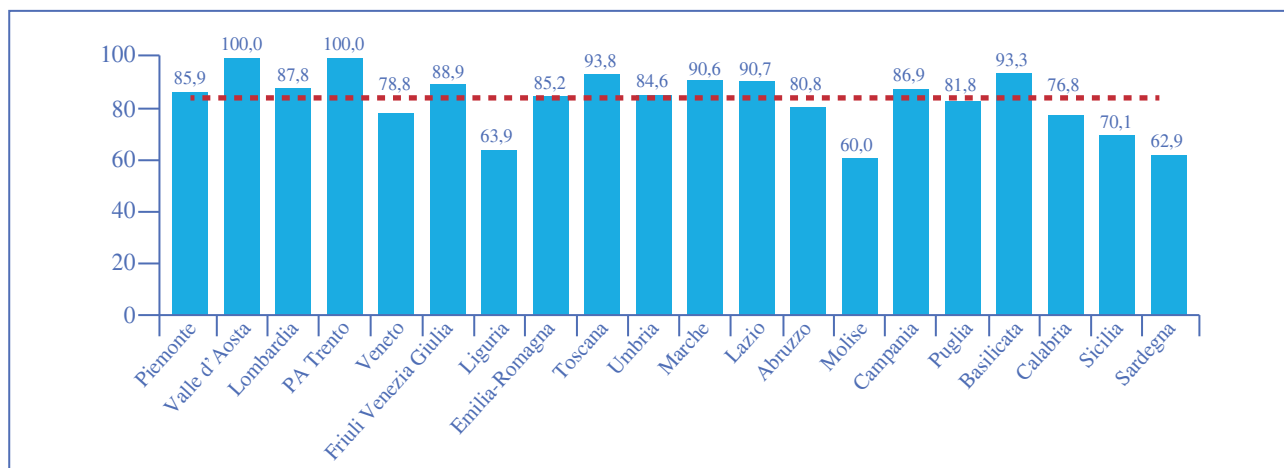


Figura 2 - Tasso di rispondenza al livello di sede consultoriale per regione

La rispondenza alle indagini è stata elevata: 100% delle regioni per il primo livello di indagine, 88% dei coordinatori aziendali per il secondo livello. Il tasso di rispondenza a livello di sede consultoriale è stato pari all'84%, con una variabilità compresa tra il 60,0% del Molise e il 100% di Valle d'Aosta e PA di Trento (Figura 2).

Conclusioni

Lo studio ha permesso di descrivere un quadro delle attività dei CF a livello nazionale e regionale, a oltre 40 anni dalla loro nascita, rilevandone criticità e punti di forza.

L'elevata rispondenza alle indagini testimonia l'interesse dei professionisti coinvolti per l'iniziativa.

La creazione di una rete capillare di referenti dei servizi consultoriali a livello nazionale e locale fino alle singole sedi consultoriali, frutto della metodologia adottata dal progetto, rappresenta un capitale prezioso da non disperdere e da valorizzare attraverso la promozione di attività di ricerca.

I risultati ottenuti, presentati brevemente in occasione del convegno "I Consultori Familiari a 40 anni dalla loro nascita tra passato, presente e futuro" tenutosi in ISS il 12 dicembre 2019, rappresentano uno strumento di riflessione importante per i decisori politici e istituzionali a vari livelli e per tutti gli operatori sociosanitari che svolgono la loro attività nei servizi consultoriali (8). La possibilità di confrontare la modalità organizzativa e le attività offerte dalla propria regione o dalla propria sede consultoriale con quelle rilevate a livello nazionale può fornire elementi di valutazione utili per orientare le azioni volte al miglioramento dell'efficienza e dell'efficacia dei servizi

offerti. Nei prossimi mesi saranno effettuate e rese disponibili ulteriori analisi di approfondimento regionale per promuovere la riflessione e la discussione sui servizi consultoriali nelle singole realtà territoriali di regioni e PA.

Dichiarazione sui conflitti di interesse

Gli autori dichiarano che non esiste alcun potenziale conflitto di interesse o alcuna relazione di natura finanziaria o personale con persone o con organizzazioni, che possano influenzare in modo inappropriato lo svolgimento e i risultati di questo lavoro.

Riferimenti bibliografici

1. Italia. Legge 29 luglio 1975 n. 405. Istituzione dei consultori familiari. *Gazzetta Ufficiale* 27 agosto 1975, n. 227.
2. Ministero della Sanità. Progetto Obiettivo Materno Infantile. DM 24 aprile 2000. *Gazzetta ufficiale* n.131 Suppl. Ord. n. 89, 7 giugno 2000.
3. DPCM. Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502. (17A02015). *Gazzetta Ufficiale - Serie Generale*, n. 65, 18 marzo 2017.
4. www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2367_allegato.pdf
5. http://gruppocrc.net/wp-content/uploads/2008/12/iv-piano-_azione-infanzia.pdf
6. www.regioni.it/riforme/2007/09/27/conferenza-unificata-20092007-intesa-tra-il-ministro-per-i-diritti-e-le-pari-opportunita-le-regioni-e-le-province-autonome-le-province-i-comuni-e-le-comunita-montane-in-merito-alle-attivita-pre-7098/
7. www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2011/01/18/11A00319/sgo
8. www.epicentro.iss.it/consultori/convegno-iss-dicembre-2019