



Editoriale

Mario Baruchello
mario.baruchello@tin.it

Alcuni importanti appuntamenti scientifico-professionali hanno visto protagonisti in queste ultime settimane molti dei colleghi che compongono la redazione di QQ.

A Verona il 16-18 Ottobre, dopo 17 anni di assenza dall'Italia, si è svolto il 56° meeting di EGPRN (European General Practice Network), società scientifica collegata a Wonca Regione Europa coordinata in Italia da F. Del Zotti. Erano 150 medici di famiglia da 28 paesi europei che hanno parlato di Tumori e medicina generale in due giorni di intenso dibattito sulle originali ricerche presentate, alla presenza di colleghi prestigiosi (ad esempio il Prof. Knotterus di Maastricht direttore del Journal of Clinical Epidemiology, il Prof. Paul Wallace di Londra, il Dott. Claudio Cricelli Presidente SIMG). Non sono mancate la visita ad un ambulatorio e un ricco programma social-eno-gastronomico che ha stordito gli amici stranieri.

Il Comitato Scientifico di Wonca 2006, che vede presenti M. Baruchello (SIQuAS VRQ) e F. Del Zotti (EGPRN), ha presentato ufficialmente a Treviso il 24 Ottobre ai medici italiani e alle autorità sanitarie nazionali la Nuova Definizione di Medicina Generale di Wonca. Potete trovare una ricca documentazione sul sito <http://www.medicidimedicinagenerale.org>.

In questo numero potreste trovare diversi spunti per una riflessione sulla pratica quotidiana. Ad esempio, il lavoro dei colleghi modenesi suggerisce di prestare una specifica attenzione agli ipertesi con iniziale disfunzione renale. Nello stesso tempo nel numero compaiono i primi risultati di un *Netaudit* sulle nostre pazienti in menopausa dopo lo studio WHI sulla TOS (terapia ormonale sostitutiva), ove si evince che questa volta il pressing EBM e dei media sembra andare nella giusta direzione. La Qualità professionale in un campo complesso come quello della TOS si misura seguendo gli esiti di un profondo ripensamento prescrittivo, ma anche nel ridisegnare i rapporti con i pazienti e con i

consulenti/specialisti. Si tratta di riappropriarsi di temi, di campi di intervento, di procedure ove non è più possibile una medicina di attesa e di delega. D'altra parte la variabilità che esprime il campione di colleghi nel riuscire a convincere le proprie pazienti a cambiare la terapia ormonale è confermata in un recentissimo studio neozelandese (BMJ 2003; 327:845-846, 11 October 2003 © 2003 BMJ Publishing Group Ltd. ICPC-2 Category X. *female Genital System, Breast Changes in use of hormone replacement therapy after the report from the Women's Health Initiative: cross sectional survey of users*, Beverley Lawton, Sally Rose, Deborah McLeod and Anthony Dowell).

Mola et al. ci presentano una approfondita e dotta riflessione sui metodi per la Qualità, alla luce di molte esperienze anche profondamente critiche di applicazione del sistema ISO alla pratica clinica.

Di fronte a interventi di organizzazioni esterne alla professione che hanno fatto della certificazione uno dei business più cospicui negli ultimi anni in sanità (espropriando del dibattito e della partecipazione i soggetti di tale operazione) è assai puntuale questa sottolineatura da parte di colleghi che dirigono una delle Società scientifiche della nostra area.

Infine il ponderoso lavoro dei colleghi veneti sul Test di Cage nell'alcoolismo ci fornisce l'occasione per sottolineare come l'uso di un semplice questionario possa contribuire a individuare comportamenti a rischio, a segmentare un cluster di pazienti, purchè si resti all'interno di strategie riconducibili al rapporto interpersonale e alla continuità assistenziale, le più autentiche "tecnologie" del medico di famiglia.

- 1 Editoriale
- 2 Mini-Audit: Ipertensione con creatinina elevata
- 3 Diminuzione delle donne in Terapia Ormonale Sostitutiva
- 4 ISO 9001-2000 e Qualità in Medicina di Famiglia
- 9 MMG Lifestyle
- 9 Il CAGE in Medicina Generale. Risultati di un vasto screening nel Veneto: aspetti metodologici, valori e limiti



Mini-Audit: Ipertensione con creatinina elevata in provincia di Modena

Andreoli Mimmo ⁽¹⁾, Bonesi Maria Grazia ⁽¹⁾, Capelli Oreste ⁽¹⁾, Mazzi Wainer ⁽¹⁾, Padula Maria Stella ⁽¹⁾, Rinaldi Vanna ⁽¹⁾, Salinaro Francesco ⁽¹⁾, Scarpa Marina ⁽¹⁾, Stancari Mario ⁽¹⁾, Tondi Lidia ⁽¹⁾, Del Zotti Francesco ⁽²⁾

⁽¹⁾ MMG Modena
⁽²⁾ MMG Verona

Alla fine di un workshop di 8 ore tenuto sull'integrazione tra sistema "Netaudit e le statistiche del software per cartelle mediche del programma Millewin", il docente (Del Zotti), ha lanciato un'esercitazione su dati reali su di un problema concreto: "qual è la frequenza di pazienti ipertesi con creatinina uguale o superiore al valore soglia limite (1.20 mg) indicato dalle Linee guida Internazionali sull'ipertensione?". La risposta a tale quesito non è solo un "dato statistico neutro", dal momento che le stesse LG prevedono per tali pazienti a maggior rischio terapie farmacologiche più aggressive.

Metodo

Il docente ha inviato ai colleghi la procedura di statistiche semplici ed SQL passo-passo da importare nel proprio software per estrarre: a) elenco degli Ipertesi; b) elenco di ipertesi con creatinina >1.19

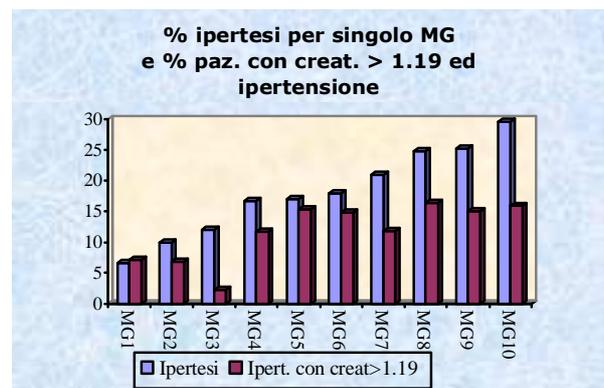
Risultati e conclusioni

Su 12792 pazienti assistiti dai 10 MMG sono risultati ipertesi 2221, pari al 17.4%. La Tabella 1 e la Figura 1 mettono bene in evidenza che il problema dei pazienti con qualche valore di creatinina ≥ 1.2 non è insignificante ed è superiore al 2.2% di tutti gli assistiti e al 12.7% degli ipertesi.

Medico	N. assistiti	Ipertesi	Ipertesi (%)	Creat > 1.19	Ipert. co creat. > 1.19 (%)
MG-1	1512	259	17.1	40	15.4
MG-2	110	326	29.6	52	16.0
MG-3	1024	259	25.3	39	15.1
MG-4	1521	256	16.8	30	11.7
MG-5	1290	271	21.0	32	11.8
MG-6	1444	144	10.0	10	6.9
MG-7	1450	97	6.7	7	7.2
MG-8	901	162	18.0	24	14.8
MG-9	1450	174	12.0	4	2.3
MG-10	1100	273	24.8	45	16.5
Totale	12792	2221	17.4	283	12.7

Anche in questo settore emerge una notevole variazione dei dati statistici: la percentuale di prevalenza dell'ipertensione varia anche di un fattore 5 tra i vari MMG, il che è solo in piccola parte spiegabile con oggettive cause, ma sembra correlarsi ai diversi stili diagnostici dei MMG. Vi è comunque da notare che la proporzione di ipertesi con creatinina elevata risulta meno affetta da tale variabilità tra MMG. Da ciò una domanda: il comportamento di follow-up degli ipertesi è più omogeneo, almeno tra i MMG di questo gruppo, rispetto a quello della I diagnosi?

Prospettive: questo studio iniziale ci incoraggia a sviluppare un secondo Audit in cui da una parte ci focalizzeremo sull'ulteriore valutazione delle misure laboratoristiche del danno renale e dall'altra sull'analisi dettagliata delle terapie utilizzate e della loro congruità rispetto alle Linee-guida più accreditate



Diminuzione delle donne in Terapia Ormonale Sostitutiva: analisi di due periodi di 7 mesi in 43 MMG della Lista Netaudit

Dolci A., Granzotto S., Piccoliori G., Vantaggi G. e membri della **Lista Netaudit**

Introduzione

L'importante Trial WHI (¹⁻⁵) ha stimolato l'interesse delle donne e degli addetti ai lavori sull'opportunità o meno di iniziare/interrompere una TOS nella donna in menopausa.

Riteniamo che i risultati clinici dello studio WHI siano, per il Medico di Medicina Generale (MMG), un'importante occasione di riflessione sia su un nuovo modo di rapportarsi con la donna che è alle soglie del climaterio, sia sull'analisi dell'impatto dei grandi Trial sulle modifiche prescrittive degli specialisti e degli stessi MMG.

Obiettivo e Metodo

Valutare l'impatto dell'importante Studio epidemiologico WHI in merito alla Terapia ormonale sostitutiva (TOS) sulla riduzione della diffusione dell'uso di TOS nelle nostre donne tra 50-70 anni, in due periodi di 7 mesi: il primo precedente lo studio WHI, ed il II successivo al WHI. Quindi: a) I periodo: gennaio 2002 a Luglio 2002 (mese di uscita del Trial doppio cieco WHI); b) II periodo: da Agosto 2002 alla fine di Febbraio 2003. Si è trattato solo di osservare in maniera retrospettiva l'eventuale riduzione spontanea nei due periodi.

Criterio di Inclusione

Abbiamo incluso le donne in MENOPAUSA (vedi Nota 1), di 50-70 aa, che assumono cerotti o pillole contenenti estrogeni per TOS in maniera continuativa, con almeno una prescrizione in almeno 2 trimestri.

Abbiamo deciso di ESCLUDERE, seguendo l'WHI, l'uso di ormoni per via vaginale; le donne con gravi malattie concomitanti, con demenza o con severi disturbi mentali

Risultati

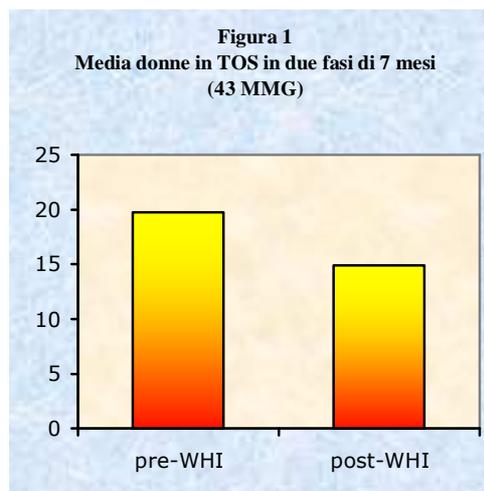
43 MMG della Lista Netaudit assistono una popolazione di 62.801 pazienti (Media: 1460,4 pazienti per MMG).

Numero donne in TOS per MMG: I periodo: nei 7 mesi prima del Luglio 2003 in media ogni MMG partecipante ha trattato con TOS 19,7 donne

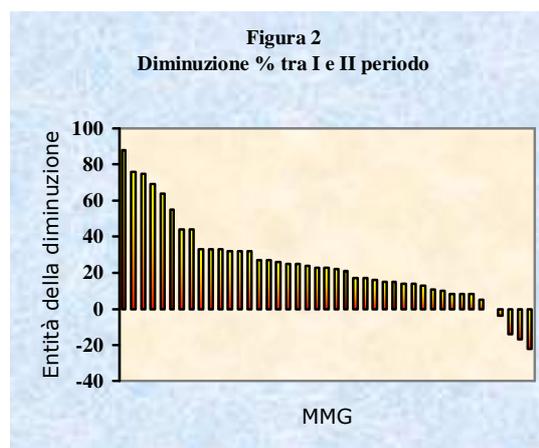
Numero donne in TOS per MMG: II periodo nei 7 mesi successivi al Luglio 2003 in media ogni MMG ha trattato con TOS 14,9 donne

Differenze tra i due periodi: Nel II periodo abbiamo una diminuzione significativa (**figura 1**): si va da una media di 19,7 del I periodo ad una media di 14,9 del II periodo ($p < 0,001$; Intervallo di confidenza della diminuzione: 3,2-6,3). E questo accade in assenza di una

significativa diminuzione di donne 50-70 tra I e II periodo (la media per MMG delle donne 50-70 aa risulta sovrapponibile e senza differenze significative (nel I periodo 221,9; nel II periodo 222,4).



Variabilità tra MMG: come potete vedere nella **figura 2**, esiste una non piccola variabilità della diminuzione delle donne in TOS nel II periodo tra MMG, che è in buona parte indipendente dalla grandezza del numero iniziale di pazienti in TOS. In particolare mentre una piccola quota di MMG ha aumentato le proprie prescrizioni di TOS (nell'istogramma: vedi le colonne negative a destra), la maggior parte dei MMG ha diminuito le proprie prescrizioni del 25%-50%



Conclusioni

Dai dati di questo *Netaudit* si può desumere che la letteratura, le notizie sui media, la *position paper* di alcune società culturali hanno agito sui MMG, in misura maggiore di quanto sia successo alla prescrizione delle Pillole di II generazione (in Italia a distanza di anni dalla

metanalisi pubblicata sul BMJ, favorevole alle Pillole di II, siamo ancora fermi ad un 80-90% di pillole di III generazione ⁶). È difficile dire quali siano le ragioni di questo trend in discesa per la TOS. Forse questa volta ha giocato maggiormente il ruolo del Committente del WHI (un'importante associazione femminile); forse ha impressionato l'imponenza del Trial.

Resta, infine, da capire la ragione per cui si verifica una discreta variabilità della discesa tra le donne dei vari MMG. Tra le cause ci potrebbe essere una diversa sensibilità di alcuni MMG alle notizie dal mondo dell'EBM. Ma questo piccolo studio pilota può solo fornire alcune indicazioni iniziali, utili a pianificare più vasti Audit e Ricerche nell'importante e delicato capitolo della gestione farmacologica e non-farmacologica della Menopausa.

Bibliografia

- 1) Writing Group for the Women's Health Initiative. Risk and benefits of estrogen plus progestin in healthy post menopausal women. Principal results from the Women's Health initiative randomized controlled trial. JAMA, 2002;288:321-333.
- 2) Grady D et al. for the HERS(I-II) Research Group. Cardiovascular disease outcomes during 6,8 years of hormone therapy: Heart and Estrogen-progestin Replacement Study follow-up. JAMA 2002;288:49-57.
- 3) Viscoli CM et al. A clinical trial of estrogen replacement therapy after ischemic stroke. NEJM 2001;345:1243-1249.
- 4) Grady D et al. Postmenopausal hormone therapy increases risk for venous thromboembolic disease: the Heart and estrogen-progestin replacement study. Ann Int Med 2000;132: 689-696.
- 5) Stevenson JC e al. Hormone replacement therapy. Findings of Women's Health Initiative trial need not alarm users. BMJ 2002; 325:113-114.
- 6) Del Zotti F et al. Cambiare la prescrizione di Pillole di III generazione. *In Press*: 2003, Dialogo sui Farmaci.

NOTA 1: DEFINIZIONE di MENOPAUSA

Secondo quanto scritto nello studio WHI: sono in menopausa donne tra i 50-54 anni che non hanno mestruazioni per 12 mesi; sono invece sufficienti 6 mesi per età superiori

Membri della Lista Netaudit (<http://www.netaudit.cjb.net>) che hanno partecipato allo studio:

Coordinamento Metodologico ed Organizzativo: Francesco Del Zotti ed Enzo Brizio

Coordinamento Fase Test: Pietro Quattrocchi

Partecipanti: Angelo Augruso, Marina Balestrazzi, Mario Baruchello, Luciano Bertolusso, Dario Bonetti, Paolo Bovo, Angelo Campanini, Bernardo Cannelli, Luciano Caraceni, Claudio Carosino, Antonio De Bari, Cosimo De Mola, Alberto Dolci, Roberto Galante, Filippo Giannobile, Stefano Granzotto, Marco Grassi,

Giorgio Lazzari, Francesco Magliozzo, Marcello Mangione, Anna Rosa Marchetti, Roberto Marchetti, Carlo Fedele Marulli, Antonio Maria Menardo, Tiziana Murari, Guido Novella, Paola Pasquato, Giuliano Piccoliori, Abramo Pierantoni, Piero Quattrocchi, Giuseppe Rubicini, Paolo Schianchi, Giuliana Simioni, Carlo Stramenga, Nicola Tarallo, Massimo Tombesi, Giorgio Torti, Maria Fiorenza Tota, Gianni Vantaggi, Emanuele Visentini, Eugenio Visonà

ISO 9001:2000 e QUALITÀ IN MEDICINA DI FAMIGLIA

Ernesto Mola, Medico di Famiglia, Associazione Cultura Medica Interdisciplinare (ernemol@tin.it)
Maria Milano, Medico di Famiglia, Centro Studi e Ricerche in Medicina Generale
Ernesto La Vecchia, Medico di Famiglia, Associazione Cultura Medica Interdisciplinare

Background

La qualità rappresenta uno degli obiettivi dei servizi sanitari ed in particolare la qualità in medicina di famiglia/generale è uno degli argomenti principali di discussione e di elaborazione delle società scientifiche nazionali ed internazionali: il Congresso Europeo Wonca del 2004, che si svolgerà in Olanda, avrà come titolo "Quality in family practice" (vedi: <http://www.woncaeurope2004.nl>).

Dal 1910, quando il chirurgo americano Ernest Codman lo proponeva per garantire la qualità degli ospedali, le definizioni di accreditamento, proposte da enti autorevoli (ExPeRT 1996, ISQua 1998, JCAHO 1999)¹ si sono sovrapposte divergendo sensibilmente rispetto soprattutto agli obiettivi ed alla gestione.

Una prima necessaria distinzione è quella tra valutazione qualitativa interna e valutazione di terzi esterni. In Medicina Generale le esperienze di valutazione interna sono molteplici soprattutto nei paesi del Nord e Centro Europa,^{2,3,4} con metodologie difficilmente comparabili: self audit, analisi degli eventi significativi, analisi di questionari sulla soddisfazione dei pazienti rispetto alle prestazioni erogate, valutazione tra pari, apprendimento attraverso l'analisi delle cartelle, sviluppo ed uso di linee guida, adozione di percorsi assistenziali, lettura di riviste di settore, review e libri, seminari e corsi.

La *valutazione esterna, o accreditamento* vero e proprio, può essere a sua volta distinta in *istituzionale* e *volontaria*, con caratteristiche inevitabilmente difformi. *L'accREDITAMENTO istituzionale* mira a selezionare i fornitori di servizi, che obbligatoriamente vi si sottopongono per accedere al mercato. Sono previsti

standard minimi di qualità in base ai quali gli organismi istituzionali preposti esercitano controlli ispettivi su contenuti organizzativi e tecnici (strutturali).

L'accreditamento volontario è sostenuto da motivazioni diverse: l'obiettivo non è garantire un minimo comune ma puntare all'eccellenza, si propone quindi come motore per il miglioramento continuo soprattutto su indicatori di processo e di esito e non solo strutturali (vedi la definizione di Donebedian del 1980).⁵ Gli standard di riferimento derivano dalle evidenze scientifiche, L'accreditamento volontario è spesso richiesto alle Società Scientifiche con ricadute prevalentemente di prestigio. Anche per l'accreditamento esterno le metodologie utilizzate a livello internazionale sono state numerose. Nell'agosto del 1996 partiva l'European Union project on external peer review techniques (ExPeRT Project)⁶ che vedeva coinvolti sotto l'egida dell'Unione Europea istituzioni sanitarie olandesi, italiane, inglesi, svedesi, spagnole con la partecipazione anche di partner accreditati da Australia, Canada, Israele, Sud Africa e USA. L'ExPeRT si prefiggeva tre obiettivi: a) scambiare esperienze di accreditamento esterno nell'ambito dell'unione europea; b) stabilire meccanismi di raccolta e divulgazione di concetti ed esperienze; c) definire una intelaiatura comune e standard per i servizi sanitari. Dallo studio ExPeRT emergevano quattro modelli principali utilizzati per la valutazione esterna della qualità, diversi per obiettivi, metodi e impatto: Visitatie, Accreditation, EFQM e ISO.

Sarebbe opportuno, nello sviluppo di un'elaborazione coerente di un sistema per la qualità, dotarsi di punti di riferimento universali che possano uniformare e rendere comparabili i diversi sistemi sanitari, relativamente alla medicina di famiglia, oltre che dal punto di vista organizzativo e gestionale, anche per gli aspetti riguardanti le politiche per la qualità.. Questi punti di riferimento devono riguardare:

- 1) I principi generali relativi alle competenze fondamentali della medicina di famiglia
- 2) La metodologia generale in base alla quale realizzare il sistema per la qualità

Per quanto riguarda i principi generali ai quali dovrebbe ispirarsi il sistema di qualità per la medicina di famiglia, essi possono essere individuati nella definizione che ne ha fatto la sezione europea del WONCA, che con il supporto e la cooperazione del WHO Europe Office di Barcellona, ha redatto nel giugno 2002 a Londra una definizione di medicina generale/di famiglia condivisa in ambito europeo, valida per tutti i Paesi prescindendo dai contesti normativi ed organizzativi in cui si realizza.⁷ Essa può essere assunta come il riferimento fondamentale, come il quadro generale dei principi, per l'individuazione d'indicatori di qualità relativi al sistema che consentano la comparazione e l'adeguamento dei sistemi sanitari nazionali e regionali relativamente alla medicina di famiglia.

<http://www.medisin.ntnu.no/wonca/European%20Definition%20of%20General%20Practice%20Family%20Medicine/The%20European%20Definition%20of%20General%20Practice%20and%20Family%20Medicine.pdf>

Scopi

Scopo di questo studio è verificare se una metodologia generale, come quella delle norme ISO 9001 vision 2000, possa rappresentare un modello adatto per la realizzazione di un sistema per la qualità in medicina di famiglia, non soltanto come metodo per la validazione da terzi esterni ma soprattutto come procedura orientata al miglioramento della qualità interna al sistema.

Il vantaggio di poter utilizzare un set di norme generali, condivise in tutti i settori della produzione di beni e di servizi, è quello di rendere così comparabili non soltanto organizzazione e sistemi riferibili alla medicina di famiglia dei diversi paesi europei ma anche una metodologia standardizzata e riproducibile per la qualità della medicina di famiglia con altri settori della produzione di servizi, siano essi sanitari e non.

Metodi

Quale metodologia per la qualità?

Gli standard sviluppati nella versione ISO 9000 del 1994 erano relativi più alle procedure amministrative e strutturali che ai risultati clinici; la loro applicazione, molto diffusa soprattutto in Svizzera e in Germania, si è realizzata prevalentemente nei dipartimenti più automatizzati quali i laboratori, le radiologie e negli ospedali pubblici e privati. L'accreditamento veniva richiesto ad agenzie indipendenti che certificavano l'adesione a standard esplicitati di tipo organizzativo. L'audit di tipo valutativo, non implicava una implementazione qualitativa. Nel dicembre 2000 veniva pubblicata una nuova raccolta di norme, la ISO 9001:2000 che andava a sostituire le tre precedenti. La rielaborazione raccoglie norme, adeguate a qualsiasi sistema che produca prodotti o servizi, ed ha come obiettivo la soddisfazione del cliente attraverso l'adozione di un sistema della qualità con un approccio per processi produttivi e di servizi. Abbiamo condotto una ricerca bibliografica su PubMed, per raccogliere le elaborazioni e le esperienze in merito all'applicazione delle norme ISO in medicina di famiglia: non ne abbiamo trovate. Riteniamo che le possibili cause siano le seguenti:

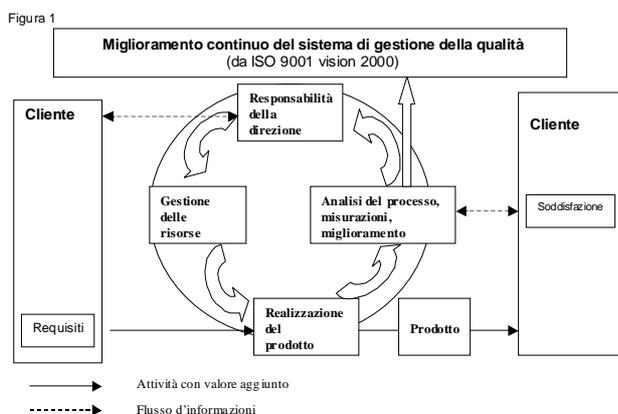
- 1) le ISO sono state viste come norme relative esclusivamente alla produzione industriale e commerciale
- 2) la relativa breve vita delle ISO 9001 vision 2000
- 3) le ISO sono generalmente considerate come una metodologia rivolta esclusivamente alla certificazione esterna della qualità e non invece come un corpo di norme per la realizzazione del sistema della qualità (QS) gestita all'interno dell'organizzazione.

Le norme ISO 9001 vision 2000 infatti specificano nell'introduzione che: "L'adozione di un sistema di gestione per la qualità dovrebbe essere una decisione strategica dell'organizzazione." E più avanti: "La presente norma internazionale può essere utilizzata da parti interne ed esterne all'organizzazione, inclusi gli organismi di certificazione, per valutare la capacità dell'organizzazione a ottemperare ai requisiti del cliente, ai requisiti cogenti ed a quelli stabiliti dall'organizzazione stessa".⁸

L'approccio per processi

L'approccio per processi è basato sul concetto che un'organizzazione è un sistema di processi interconnessi tra loro. Può essere considerato un processo qualsiasi attività finalizzata alla trasformazione di elementi in ingresso in elementi in uscita. L'elemento in uscita può essere a sua volta elemento d'ingresso per un processo successivo. Questo procedimento consente di scomporre e comprendere in modo organico le diverse fasi della produzione.

ISO 9001:2000 è disegnato per dirigere e migliorare i processi. Questi concetti sono riassunti nello schema in figura 1.



Lo schema esprime un modello basato sull'approccio per processi evidenziandone i collegamenti. È opportuno sottolineare come il punto di partenza e di arrivo sia il cliente, che è quindi l'elemento cardine di qualunque processo. Si parte infatti dai requisiti del cliente, cioè non soltanto dalla sua domanda esplicita ma anche dalle sue caratteristiche implicite, che sono gli elementi in ingresso del sistema, per arrivare ancora al cliente come terminale degli elementi in uscita: la sua soddisfazione è l'oggetto delle misurazioni e delle analisi per una politica di miglioramento.

Ruolo centrale è quello della direzione. Ad essa fanno capo la responsabilità della valutazione dei requisiti del cliente, della gestione delle risorse per la realizzazione del prodotto o servizio e le misurazioni e le analisi

relative alla soddisfazione del cliente. È infatti compito della direzione esplicitare le politiche per la qualità appropriate agli obiettivi dell'organizzazione, comporre un manuale interno specifico per le proprie procedure, normalizzare la raccolta e l'analisi delle misurazioni, dovrebbe cioè:

- Identificare i processi chiave
- Stabilire la sequenza e le interazioni tra questi processi
- Definire i criteri ed i metodi necessari per assicurare l'efficace funzionamento e controllo dei processi
- Assicurare la disponibilità delle risorse e delle informazioni necessarie
- Procedere alle misurazioni e alla loro analisi
- Attuare le azioni necessarie per il miglioramento continuo della qualità.

Cruciale in questo senso sono gli investimenti che la direzione profonde per accrescere l'addestramento, le competenze e la consapevolezza degli operatori (gestione delle risorse umane): la formazione.

Risultati

ISO 9001:2000 in Medicina di famiglia

Se nelle strutture sanitarie e negli ospedali sono chiaramente individuabili tutti gli attori del processo assistenziale, e principalmente la responsabilità della direzione, più complessa è invece l'attribuzione dei ruoli nella medicina generale.

Innanzitutto deve essere precisata la figura del "cliente", del quale occorre analizzare i "requisiti" e misurare la "soddisfazione". Esso può essere inteso in diversi modi: come singolo paziente del singolo medico, come collettività di pazienti afferente al singolo medico o alla singola practice, come collettività di assistiti collocata in un determinato specifico territorio, come collettività di assistiti del servizio sanitario. Risalta nel caso della medicina di famiglia la necessità di salvaguardare l'individualità del singolo cliente/paziente, che ha problematiche e bisogni, cioè requisiti, unici.

Per quanto riguarda il concetto di soddisfazione del cliente, mentre appare semplice la sua rilevazione rispetto agli indicatori di struttura, è invece più complessa rispetto agli indicatori di processo e di esito. In questi casi infatti, accanto alle scale di valutazione della qualità percepita della vita, si inseriscono parametri clinici unici che sono osservati dal medico di famiglia e a volte scarsamente percepiti dal paziente o comunque difficilmente standardizzabili.⁹

Altro punto nodale è l'attribuzione della responsabilità della direzione.

Nelle esperienze di accreditamento istituzionale le procedure di validazione esterna hanno riguardato essenzialmente indicatori di struttura, perché all'Istituzione Sanitaria può essere attribuita la competenza direzionale soltanto per questi e non invece per la definizione dei processi assistenziali o per

l'individuazione di indicatori di outcome per i quali è indispensabile l'intervento dell'Autorità Scientifica. In ogni caso, in queste esperienze, la direzione è rivolta ad un "cliente" inteso come collettività di pazienti. Tuttavia se intendiamo il "cliente" come singolo paziente la responsabilità della direzione compete al Medico di Famiglia (MdF). È il MdF infatti che compie l'analisi dei requisiti ed ha la responsabilità delle cure rese all'individuo, dell'organizzazione ed implementazione del processo di assistenza e del suo miglioramento nell'ambito della practice. Riteniamo pertanto che, adeguando lo schema introduttivo delle ISO alla medicina di famiglia, il riquadro relativo alla direzione debba prospettare come responsabile nei confronti del singolo cliente (paziente) e della collettività dei propri pazienti il MdF, in un contesto direzionale che preveda anche l'Autorità Scientifica (AS), che ha il compito di fornire gli strumenti e la metodologia per l'analisi, e l'Istituzione Sanitaria (IS), che è l'organizzatore e gestore del sistema sanitario, come responsabili nei confronti delle altre collettività degli assistiti.

Intendiamo per AS il complesso dell'elaborazione teorica relativa alla medicina generale, di tipo formativo, educativo e relazionale, da parte delle società scientifiche e della specializzazione universitaria di Medicina Generale, che assume un esplicito ruolo interlocutorio nei confronti dell'Istituzione sanitaria in merito a progetti formativi, organizzativi e ai sistemi per la qualità per la MdF. Intendiamo invece per IS l'istituzione sanitaria nel suo complesso, gestore dei servizi sanitari in sede locale e responsabile fondamentale in sede regionale e nazionale nei confronti della collettività dei cittadini ed artefice della legislazione e della programmazione.

Lo schema adattato alla medicina di famiglia potrebbe pertanto essere quello rappresentato in figura 2.

produzione del servizio assistenziale con le risorse disponibili. La practice, se pure limitata al singolo medico di famiglia, senza altra collaborazione professionale, non si identifica con il Medico di Famiglia in quanto tale, perché il servizio assistenziale reso è il frutto di una complessità di fattori strutturali e relazionali: localizzazione dello studio professionale, sua struttura ed organizzazione, contesto dei servizi, contesto sociale e culturale, sicuramente impossibili da standardizzare nei dettagli e comprendenti infinite variabili.

L'analisi dei processi, le misurazioni, le azioni per il miglioramento devono essere impegno degli stessi soggetti responsabili della direzione: del sistema globale o locale (da parte di AS e IS) e della singola practice (da parte del/dei Medici di Famiglia).

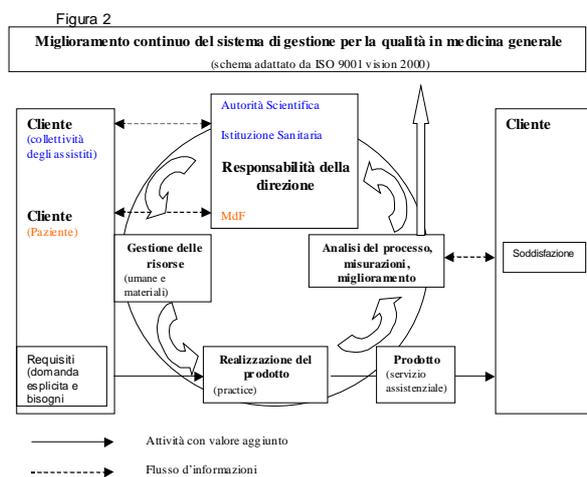
Anche per quanto riguarda la gestione delle risorse la responsabilità di quelle relative alle popolazioni di assistiti è dell'IS e dell'AS, mentre la gestione nella singola practice e nel rapporto con il singolo paziente è del MdF.

Anche la formazione conseguentemente dovrebbe essere intesa su tre livelli a seconda di chi è la direzione, e di quale è la sua politica per la qualità. Negli ambiti in cui la direzione è l'Istituzione Sanitaria si renderanno operativi meccanismi atti all'acquisizione di competenze organizzative e tecniche (strutturali) ed poi alla verifica attraverso l'accreditamento istituzionale (in Italia l'ECM). Quando la Direzione è l'Autorità Scientifica la formazione dovrà puntare all'eccellenza, per esempio attraverso l'elaborazione e la realizzazione di progetti di ricerca che consentano l'acquisizione di sempre nuove conoscenze specifiche. Negli ambiti in cui la direzione è attribuita al Medico di Famiglia si attueranno le metodologie formative già utilizzate per le valutazioni interne, che a rigore, più che valutazioni di qualità, sono prevalentemente strumenti di crescita professionale (self audit, analisi degli eventi significativi, analisi di questionari sulla soddisfazione dei pazienti rispetto alle prestazioni erogate, valutazione tra pari, apprendimento attraverso l'analisi delle cartelle, sviluppo ed uso di linee guida, adozione di percorsi assistenziali, lettura di riviste di settore, review e libri, seminari e corsi).

Esempi

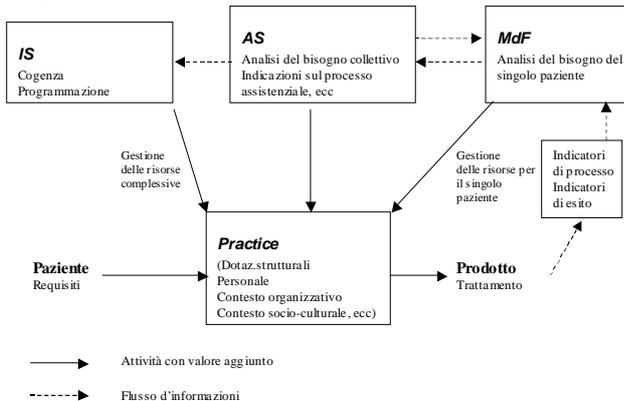
Proviamo a descrivere graficamente un processo primario della medicina generale, quale potrebbe essere l'assistenza domiciliare o il trattamento di una patologia comune (ad es. l'ipertensione arteriosa).

Lo schema generale di entrambe i processi può essere rappresentato nella figura 3.



La realizzazione del prodotto è appannaggio della practice, intesa come luogo effettivo in cui avviene la

Figura 3



Si intende per cogenza l'insieme delle leggi e delle norme relative alla produzione del bene o servizio in oggetto.

Se riferiamo lo schema all'assistenza domiciliare i requisiti del paziente sono la sua richiesta esplicita ed il suo bisogno implicito, la responsabilità direzionale della IS può essere rappresentata dalla cogenza relativa alle norme dell'accordo nazionale (che viene contrattato con le rappresentanze sindacali dei medici che quindi rientrano nell'ambito della IS) o agli obiettivi dei Piani sanitari nazionali, regionali o aziendali. L'IS gestisce le risorse nei confronti delle collettività dei "clienti".

L'Autorità Scientifica ha la funzione di analizzare e studiare la problematica complessiva dell'assistenza domiciliare e di dare indicazioni sulle tipologie e sulle modalità di esecuzione.

Il MdF analizza la singola richiesta e definisce la risposta nel singolo caso, basandosi sulle leggi e obiettivi di pianificazione dell'IS e sulle indicazioni dell'AS.

La practice fornisce il trattamento (ad es. la visita del medico o dell'infermiere a domicilio, o l'appuntamento in studio, oppure la programmazione e l'organizzazione di assistenza domiciliare periodica e/o intensiva, ecc).

Il complesso dei servizi resi viene sottoposto ad una valutazione attraverso la registrazione dei dati secondo indicatori di processo e di esito che l'Autorità Scientifica ha elaborato. Le registrazioni possono servire sia per l'audit interno alla practice (di cui è responsabile il/i medici di famiglia che vi afferiscono) sia per una valutazione complessiva del sistema. Le misurazioni devono essere utilizzate per dare l'avvio al miglioramento complessivo del processo assistenziale, riesaminando l'intero processo, adeguando le proprie indicazioni e individuando azioni correttive.

Simile può essere lo schema generale per un processo assistenziale relativo al trattamento di una patologia. In tal caso la cogenza è rappresentata dalla pianificazione sanitaria, l'Autorità Scientifica elabora linee-guida che aggiornerà in base alle misurazioni di indicatori di

processo e di outcome provenienti sia dal MdF che dall'IS (ad es. n. delle complicanze, n. dei ricoveri per quella patologia, ecc). Il MdF, tenendo in considerazione pianificazione sanitaria e linee guida, avrà il compito di analizzare il bisogno del singolo paziente indicando autonomamente il percorso assistenziale migliore per quell'individuo (ad es. periodicità delle misurazioni, trattamento farmacologico e non, intervento dei diversi operatori, ecc), che la practice metterà in atto.

Discussione

Nell'applicazione della metodologia ISO alla medicina di famiglia, lo snodo di tutto il sistema della qualità, dall'analisi, alla verifica ed al miglioramento è l'attribuzione della responsabilità della direzione in rapporto al cliente.

Molto complessa appare l'analisi della soddisfazione del cliente. A seconda se gli indicatori di qualità analizzati siano di struttura, di processo o di outcome essa assume infatti caratteristiche differenti che andranno attentamente valutate dai responsabili della Direzione.

La soluzione indicata in questo lavoro, di attribuire la responsabilità della Direzione all'Autorità Scientifica (per quanto riguarda l'elaborazione teorica) e all'Istituzione Sanitaria (per quanto riguarda la gestione materiale delle risorse, la legislazione e la programmazione) quando è in causa il cliente nel senso di popolazione di assistiti ed invece di attribuirlo al Medico di Famiglia nel rapporto con il singolo cliente, può consentire di giovare della sinergia di tre autonomie nell'interesse del cliente e per la soddisfazione dei suoi bisogni. Il rischio di sovrapposizioni delle responsabilità è ovviamente alto, come d'altro canto si verifica già oggi quotidianamente in molti sistemi sanitari (tra cui quello italiano). Un'Autorità Scientifica radicata e fortemente autonoma può contribuire a ridurre il rischio di sovrapposizioni delle responsabilità.

Note bibliografiche

1. Di Stanislao F, Liva C. In *Accreditamento dei Servizi Sanitari in Italia*, Torino: Centro Scientifico Editore, 1998
2. Campbell S., Hacker J., Roland M.: *Quality indicators for general practice. A practical guide for health professionals and managers*. London: The Royal Society of Medicine Press Ltd, The Nuffield Trust for Research and policy studies in Health services, 2002
3. Alles V, Makela M., Persson L., Seuntjens L.: *Strumenti e metodi per il miglioramento della qualità in Medicina Generale*. Edizione italiana a cura di Campanini A., Gottardi GB, Lemetre G., Torino: Centro Scientifico Editore, 2000

4. Rughani A.: *The GP's guide to Personal Development Plans*. Abingdon: Radcliffe Medical Press Ltd., Second Edition 2001
5. Donabedian A.: *Exploration in quality assessment and monitoring 1 The definition of quality and approaches to its assessment*. Ann Arbor : Health Administration Press, 1980
6. Shaw C.D.: *External quality mechanisms for health care: summary of the ExPeRT project on visitatie, accreditation, EFQM and ISO assessment in European Union countries*. International Journal for Quality in Health Care 2000;12, 3: 169-175
7. *The European definition of general practice/family Medicine*, London: Wonca Europe 2002
8. *UNI EN ISO 9001 vision 2000. Introduzione*, UNI Italia
9. Parisi G. *La voce del paziente*. Ricerca & Pratica, 1998, 14: 4-9

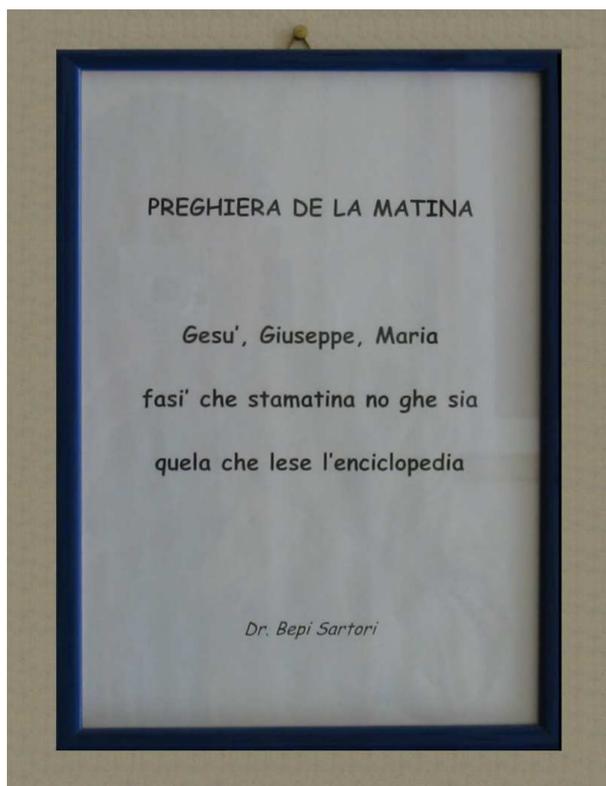
Soluzione utile al rispetto della privacy ed all'isolamento acustica della sala delle visite: la doppia porta



MMG Lifestyle

(Fotografie tratte dall'ambulatorio del Dr. Sandro Giroto e mostrate ai colleghi europei dell'EGPRN in occasione della "Practice Visit" nel congresso di Verona 16-18 ottobre 2003)

Messaggio educativo-poetico per la sala d'aspetto:



Il CAGE in Medicina Generale Risultati di UN VASTO SCREENING NEL VENETO: ASPETTI METODOLOGICI, VALORI E LIMITI.

**Frapporti G.*, D'Alessandro G.*, Guerra C.*,
Marchetti A.R.*, Scassola M.*, Zavan V.****
*MMG, **SERT Dolo (VE).

Introduzione

Il CAGE per la sua brevità e semplicità d'uso è certamente il questionario più utilizzato al mondo per lo screening dei problemi correlati all'alcol (vedi scheda).

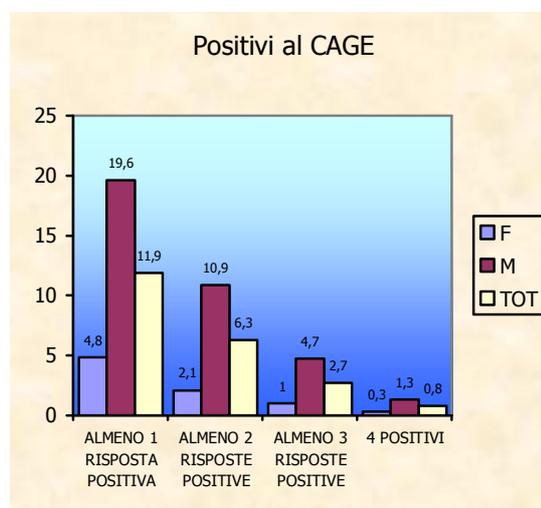
CAGE è un acronimo ricavato da quattro domande:

- *Felt need to Cut down drinking?*
 - *Ever felt Annoyed by criticism of drinking?*
 - *Had Guilty feelings about drinking?*
 - *Ever take morning Eye opener?*
-
- Le è sembrato di dover ridurre o smettere di bere?
 - Qualcuno l'ha infastidito dicendole di bere meno?
 - Si è mai sentito a disagio o in difficoltà quando beve?
 - Si è mai svegliato con la voglia di bere una bevanda alcolica?

È stato proposto la prima volta nel 1970 in un convegno sull'alcolismo a Sydney in Australia da Ewing JA e Rouse BA, ed è stato validato nel 1974 in ambiente psichiatrico (1). Da allora è stato usato in centinaia di studi in tutto il mondo in setting diversi e in popolazioni differenti per sesso, età, culture e problemi di salute dimostrando differenti sensibilità e specificità. La positività a due domande era considerata indice di elevate probabilità di alcolismo e la positività a tre o più items indice di alcolismo (2). Dagli anni '70 le ricerche alcolologiche si sono spostate dagli ambienti psichiatrici e gastroenterologici, ai più diversi ambiti delle cure e alla popolazione non medicalizzata. Le ricerche nell'ambito delle cure primarie hanno evidenziato la complessità e la multidimensionalità della materia e contribuito non poco a stimolare nuove domande e nuove ricerche. La nosologia alcolologica ha dovuto, e deve tuttora, misurarsi con una evoluzione delle conoscenze sia in campo neurobiologico che delle scienze psicosociali sulle dipendenze e gli stili di vita e con una terminologia in gran parte poco chiara o fuorviante (uso adeguato, inadeguato, alcolismo, vizio...). Oggi in MG ci si chiede chi vogliamo individuare e che cosa vogliamo capire quando valutiamo gli effetti che il consumo di alcol può avere su uno specifico paziente lungo un "continuum" che va dal rischio per i consumi alle problematiche biopsicosociali più complesse. In Italia, spesso il MMG si affida alla perspicacia individuale o ad alcune conoscenze, perlopiù di tipo biomedico, acquisite nella formazione universitaria. Tuttavia ci sono modelli di interviste standard sulle quantità e le modalità di consumo di alcol (3) e i numerosi questionari usati per l'individuazione e la valutazione dei problemi da alcol generalmente fanno riferimento a dei criteri clinici definiti dal DSM-IV o dall'ICD-10 per le diagnosi di "abuso" e "dipendenza". Gli utenti di MW hanno a disposizione uno schema di valutazione automatico dei consumi in grammi al giorno o alla settimana e il questionario AUDIT di 10 domande. Obiettivo di questo lavoro è quello di presentare brevemente una recente indagine con il CAGE e discutere alcuni argomenti sull'utilità e i limiti dell'uso di un questionario sull'alcol in MG.

Materiali e metodi

Vengono presi in esame i risultati del CAGE ottenuti con la ricerca "Conoscere per Cambiare" (4) che è la più vasta applicazione del questionario fatta in Italia. A tutti i MMG del Veneto è stata proposta una ricerca sulle opinioni e gli stili di vita dei loro assistiti relativamente ad alcol e fumo, e un questionario sui problemi del loro lavoro e sulle loro opinioni sugli stessi argomenti. I **2.269 MMG** che hanno aderito (63,6% dei convenzionati) hanno selezionato in modo **randomizzato 62.258 assistiti** ed hanno proposto loro di autocompilare un questionario con 12 items, articolati in domande secondarie, con 3 domande sul fumo e 9 sull'alcol. Le 4 domande del CAGE erano inserite in 16 complessive su attività fisica, peso e fumo che ripetevano l'argomento del CAGE. La versione italiana del CAGE usata è quella riportata nella scheda.



Per la discussione sul CAGE viene esaminata la letteratura estratta da Medline con le parole chiave "CAGE and Alcoholism"

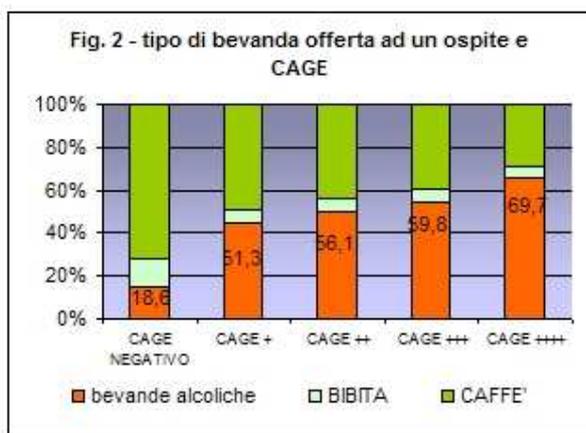
Risultati

Il questionario CAGE è stato compilato in modo corretto da **40.698** persone e cioè *dal 69,3% del totale degli intervistati*. L'88,1% dei soggetti ha un CAGE negativo e, per il valore predittivo attribuito al questionario, non dovrebbe avere problemi con il consumo di alcol. L'11,9% ha almeno una risposta positiva. Hanno un CAGE positivo il 19,6% dei maschi e il 4,8% delle femmine. Questo sottogruppo comprenderebbe le persone esposte al rischio da alcol in una vasta gamma di situazioni che vanno da un rischio relativamente basso fino ai maggiori problemi biopsicosociali. Hanno due risposte positive il 6,3% degli intervistati, con un

rapporto M/F di 4,7/1, e il 2,7% hanno almeno 3 risposte positive.

La scomposizione dei soggetti positivi al CAGE per le 21 ULSS Venete evidenzia una variabilità ad almeno una risposta positiva dal 15,3% al 9,1% e ad almeno due risposte positive dal 8,7% al 4,6%. Questa variabilità non sembra correlare con il tipo di territorio urbano o extraurbano delle ULSS, o con la percentuale di compilazioni corrette del questionario nelle ULSS (che va dal 50,6% al 99,9%).

Chi ha un CAGE positivo tende a proporre agli ospiti ed agli amici di consumare alcolici in modo significativamente maggiore rispetto a chi ha un CAGE negativo (fig.2): offre una bevanda alcolica (prevalentemente vino) il 18,6% di coloro che hanno un CAGE negativo, il 56,2% di chi ha il CAGE con 2 positivi e il 69,7% di chi ha 4 items positivi.



In una sezione diversa del questionario il 7,8% degli intervistati ha dichiarato di avere in famiglia "qualcuno che beve troppo". È un dato che esprime la percezione che all'interno della famiglia qualche componente ha un modo di bere pericoloso oppure qualche problema correlato all'alcol. Le persone che dichiarano di avere in famiglia un parente con problemi da alcol tendono ad avere più frequentemente degli altri un CAGE con almeno due positivi (16,5% vs 6,8%; RR: 2,99; IC: 2,76-3,25).

Una quota rilevante di intervistati, 30,7%, non ha compilato correttamente il CAGE. Questo dato richiede alcune valutazioni per precisare se, e in quale modo, il CAGE sia proponibile come strumento di rilevazione d'uso routinario in medicina generale in questo contesto culturale.

La tab. 1 descrive alcune variabili considerate rispetto alla correttezza della compilazione del CAGE. Il tasso di compilazioni corrette si riduce con l'aumento dell'età, passando dall'85,8% dei più giovani al 71,9% dei più anziani. Chi dichiara di non consumare alcol tende a non

rispondere al CAGE, o non risponde in modo corretto, più spesso degli altri (34,6% vs 25,7%) forse perché non ritiene pertinente il questionario. Chi consuma "sempre" aperitivi e superalcolici tende a non rispondere in modo corretto al CAGE più spesso di chi non ha questa abitudine (22,7% vs 15,4%).

		CAGE non validi	OR (IC)
Sesso	F	9810 (31,5%)	1
	M	8191 (29,7%)	1,0 (0,9-1,05)
Età	≤ 24	503 (14,2%)	1
	> 64	3705 (28,1%)	1,32 (1,24-1,40)
Consumo	SI	8802 (25,7%)	1,43 (1,36-1,50)
	NO	7085 (34,6%)	1
Può portare a dipendenza	SI	7363 (28,1%)	1,22 (1,16-1,28)
	NO	6926 (31,1%)	1
Migliora l'attenzione	SI	3210 (30,1%)	0,95 (0,90-1,01)
	NO	9492 (29,2%)	1

Tab. 1 - CAGE non validi secondo alcune variabili

Non ci sono differenze significative nel compilare correttamente il CAGE tra maschi e femmine, o tra chi ritiene o no che il consumo di alcol possa portare a dipendenza, oppure tra chi ritiene che bere migliori l'attenzione e chi non la pensa così.

Discussione

Lo screening. Tra le numerose ricerche pubblicate sul CAGE, non abbiamo trovato studi più vasti di questo su utenti delle cure primarie. I dati ottenuti, tuttavia, vanno presi con prudenza sia per i limiti del valore predittivo del CAGE sia per le caratteristiche della ricerca. L'11,9% degli assistiti dei MMG veneti potrebbero avere dei consumi pericolosi e il 6,3% potrebbero avere dei problemi già strutturati o una dipendenza. È piuttosto probabile che la maggior parte di questi assistiti non siano noti ai loro MMG e quindi non ricevano interventi adeguati. D'altra parte è noto che le stime di prevalenza dei problemi da alcol ottenute con gli screening con questionario breve forniscono valori maggiori di quelli indicati dalla percezione soggettiva dei MMG o dalle loro cartelle cliniche.

La variabilità tra ULSS probabilmente rispecchia quella tra MMG e può essere condizionata da numerosi fattori come le differenze dei campioni per sesso ed età, abitudini, fattori dipendenti dal medico, dalla modalità di consegna dei questionari e numerosi altri elementi non controllabili. Tuttavia è anche minore di quella registrata in indagini su problemi di salute apparentemente più

misurabili come l'ipertensione, l'ipercolesterolemia o il diabete.

Le stime di prevalenza ottenute sono confrontabili con altre ricerche su popolazione in particolare con le ricerche del GESIA (5) sui consumi medi di alcol e i costi sociali, le indagini campionarie dell'ISTAT (6), uno studio su 6 ULSS del Veneto sul CAGE del 1989 (7) che dava il 4,9% con due items positivi, e infine con ad una indagine DOXA che ha somministrato il CAGE a 3.000 persone che ha registrato la positività ad 1 al 12% nel '97.

Sensibilità e specificità. Il CAGE è uno strumento molto semplice e facile da usare negli screening e, nonostante i suoi limiti, ha fornito degli indicatori utili. Tuttavia sia negli screening che nella valutazione del singolo soggetto è necessario chiedersi che cosa si vuole indagare e cosa si ottiene. In particolare: che cosa indica il CAGE ai diversi cut-off rispetto ad altre definizioni come: consumi "a rischio", consumi "pericolosi", "problemi alcol-correlati", "abuso" e "dipendenza"? qual è la sua sensibilità e specificità nei vari contesti in cui viene applicato? quali performances fornisce in ambiente medico rispetto alla popolazione generale, e nei diversi gruppi di assistiti quali gli anziani o le donne? (vedi box).

La valutazione dei comportamenti. In letteratura viene attribuita e riconosciuta al CAGE la capacità di individuare i soggetti con comportamenti problematici rispetto all'alcol perlopiù riferibili alle categorie diagnostiche di "abuso" o "dipendenza" del DSM-IV più che i soggetti con consumi elevati o i problemi biofisici. Culture e tradizioni locali possono avere il loro peso su questi elementi. In questo lavoro, inoltre, è stata osservata una stretta correlazione tra positività del CAGE, la tendenza ad offrire alcolici agli ospiti e la convivenza in famiglia con altre persone con problemi da alcol. Lo stile di vita tende ad essere proposto e condizionare gli altri. Il MMG dovrebbe tenere conto anche di questi elementi nel counselling con il soggetto e in un'ottica di approccio sistemico alla sua famiglia.

I modi di applicazione. La percentuale elevata di intervistati (30,7%) che non ha compilato in modo corretto il CAGE, rispondendo per iscritto a tutte le domande, è un fattore che limita pesantemente la sensibilità del questionario. Il basso grado di compliance, in questo caso, almeno in parte è dovuto alla complessità dell'intera intervista, al fatto che il CAGE era mascherato in 16 domande sugli stili di vita e che era autocompilato. Hanno avuto difficoltà soprattutto gli anziani ed è verosimile che non siano stati precisi anche altri pazienti venuti in ambulatorio per patologie acute, o più frettolosi.

Conclusione

La nostra ricerca sul CAGE ha fornito importanti stime sui comportamenti problematici e la dipendenza dei cittadini veneti, che in futuro devono essere tenute in considerazione. Abbiamo constatato che il questionario è utile negli screening, ma che devono essere chiari i limiti di sensibilità e specificità soprattutto per gli anziani e le donne per le quali il cut-off di 1 è già indicatore di problemi. In effetti, il CAGE serve soprattutto per valutare i comportamenti e la dipendenza da alcol, ma sottostima i consumi e i problemi biomedici. È preferibile usare il CAGE da solo per la sua semplicità che consente di ricordarlo a memoria. Nella pratica quotidiana il CAGE, come l'AUDIT, risponde alla necessità dei MMG di dotarsi di strumenti di rilevazione standardizzati che possano consentire una raccolta omogenea e confrontabile dei dati di salute sui propri assistiti e la ricerca. Tuttavia nel setting della medicina generale è necessaria una valutazione complessiva del singolo paziente, che parta da una indagine chiara e accurata sui consumi, e che valuti il livello di rischio e dei problemi biopsicosociali correlati eventualmente presenti. Il CAGE dovrebbe essere usato in modo flessibile all'interno di un rapporto diretto ed empatico con il paziente, che esplori lo stile di vita personale e familiare con l'obiettivo di valutare i comportamenti e la dipendenza. È necessario anche che il MMG superi il pregiudizio che il paziente mente; il paziente a volte si difende se si sente aggredito. Il MMG non si dovrebbe preoccupare di nascondere o mascherare le domande ma porle in modo diretto e chiaro.

Bibliografia

1. Mayfield D et al "The CAGE questionnaire: validation of a new alcoholism screen instrument" *Am Journal of Psychiatry* 1974; 131:1121-1123
2. Ewing JA "Detecting alcoholism: the CAGE questionnaire" *JAMA* 1984; 252: 1905-1907
3. Grant BF et al. "The alcohol use disorder and associated disabilities interview schedule (AUDADIS): reliability of alcohol and drug modules in a general population sample" *Drug Alcohol Depend.* 1995; 39: 37-44
4. Regione del Veneto "Conoscere per Cambiare: il cittadino veneto e i problemi alcol e fumo correlati" *PD, settembre 2003*
5. GESIA Commissione Mista "L'impatto del consumo di alcol sulla salute degli italiani", *Alcologia; suppl. vol. 11, 2, 1999*
6. ISTAT "Stili di vita e condizioni di salute. Indagine multiscope annuale sulle famiglie. Anno 2001" *Dic 2002. Roma*
7. ASSESSORATO AI SERVIZI SOCIALI DELLA REGIONE DEL VENETO "Progetto alcol: tre esperienze di ricerca" *Padova 1992.*

8. *Fiellin DA, Reid MC, O' Condor PG. "Screening for alcohol problems in primary care: a systematic review" Arch Intern Med. 2001, Jul 10;160 (13): 1977-89*
9. *Bradley K A et al. "Alcohol screening questionnaires in women. A critical review" JAMA. July 8, 1998, vol. 280, 166-171.*
10. *Di Bari M et al. "Features of excessive alcohol drinking in older adults distinctively captured by behavioral and biological screening instruments. An epidemiological study" J Clin Epidemiol. Jan 2002; 55 (1): 41-7*

Sensibilità e specificità del CAGE

In una ricerca in Medline con PubMed con le parole chiave "CAGE and Alcoholism", abbiamo ottenuto 295 articoli (due soli italiani) e tra questi ne abbiamo selezionato 91 relativi alle valutazioni di sensibilità e specificità e alla MG. È molto difficile confrontare tra loro gli studi condotti in ambienti e con modalità molto diverse, e inoltre, nonostante la numerosità delle pubblicazioni, abbiamo trovato due sole meta-analisi sul CAGE, entrambe condotte negli USA.

Una di queste (8) ha valutato 38 studi condotti nell'ambito delle cure primarie nei quali vengono confrontati criteri standard di valutazione (schemi quantità/frequenza, ICD-10, DSM-IV) con questionari di screening sui problemi da alcol. 11 studi facevano riferimento alle definizioni di "consumo a rischio", "pericoloso" o "dannoso" e 27 erano screening condotti per individuare "abuso" e "dipendenza". Il questionario AUDIT è risultato il più efficace per identificare i soggetti a rischio sulla base dei consumi (sensibilità 51%-97%; specificità 78%-96%), mentre il CAGE si è dimostrato migliore nella identificazione di "abuso" e "dipendenza" come definiti dal DSM-IV (sensibilità 43%-94%; specificità 70-97%).

In una seconda meta-analisi (9) che aveva lo scopo di valutare le performances di 8 questionari brevi di screening sull'alcol, con meno di 10 domande, un gruppo di ricercatori indipendenti partendo da 432 articoli ne ha selezionato 9 con criteri rigorosi, ed ha concluso che CAGE, AUDIT e TWEAK hanno presentato le migliori performances: un cut-off del CAGE = 0 > 2 rispetto alle diagnosi di "abuso" o "dipendenza" ha avuto per le donne una sensibilità dal 38% all'82% e specificità 92%-96%, per gli uomini una sensibilità del 47%-84% e specificità 82%-93%. Il CAGE non riesce a discriminare i pazienti sulla base dei consumi tra bevitori "moderati" o "forti" (M oltre i 3 drinks/die, F oltre i 2 drinks/die) soprattutto tra le donne e perde sensibilità se applicato su popolazione generale rispetto agli ambienti medici. Per quanto riguarda gli anziani, i problemi da alcol si possono presentare a consumi diversi rispetto ai giovani e non essere facilmente percepibili e rilevabili per la presenza di comorbidità o uso di farmaci.

Uno studio italiano (10) su anziani oltre i 65 anni con due strumenti di rilevazione, un questionario su quantità/frequenza e il CAGE, ha rilevato che il 19,1% poteva essere definito come consumatori "a rischio" superando i 40 g/die se maschi o i 20 g/die se femmine. Il CAGE ha individuato meno della metà di questi con un punteggio di 1 o >1. Gli autori concludono che le rilevazioni sui consumi e il questionario sui comportamenti individuano due popolazioni diverse.



*Buon Natale e
Felice 2004 da tutta
la redazione*