



Provincia Autonoma di Trento



*Azienda Provinciale
per i Servizi Sanitari*
Provincia Autonoma di Trento



Università
Ca' Foscari
Venezia

Indagine sulla promozione dell'attività fisica da parte del MMG

Provincia Autonoma di Trento

"La valutazione dell'impatto delle iniziative di diffusione dell'attività motoria sulla salute pubblica"

[luglio/2012]

Questo report è stato possibile grazie al lavoro di:

Pirous Fateh-Moghadam, Laura Battisti (Osservatorio per la salute, Provincia autonoma di Trento); Daniela Kaisermann, Silvia Gramola, Anna Moretti (Dipartimento di Prevenzione, Azienda provinciale per i servizi sanitari); Paola Gottardi (Associazione per i diritti degli anziani, ADA); Marica Barilari (Corso di laurea in Tecniche della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro); Stefania Porchia, Stefano Campostrini, Michela Dal Martello, Giulia Lonardi (Università Ca' Foscari di Venezia).

Indagine sulla promozione dell'attività fisica da parte del MMG

1. L'attività motoria

L'importanza dell'attività motoria svolta con regolarità è ampiamente documentata nel mondo scientifico, inoltre essa si presenta come un qualcosa potenzialmente alla portata di tutti.

L'attività fisica svolta con regolarità induce numerosi benefici per la salute, sia a livello *preventivo* verso l'insorgenza di nuove malattie, sia a livello *curativo* verso numerose patologie. Vediamo nel dettaglio quali sono i principali benefici del praticare attività motoria in maniera corretta:

1. **BENEFICI CARDIOVASCOLARI:** Numerosi studi hanno fornito le evidenze scientifiche degli effetti positivi dell'attività fisica sull'apparato cardiovascolare: l'attività motoria, condotta in maniera regolare, è in grado di ridurre la morbilità e la mortalità connesse alle malattie cardiovascolari e migliorare le prestazioni fisiche e la qualità di vita di chi lo pratica. Inoltre l'esercizio fisico regolare di tipo aerobico è in grado di ridurre in modo significativo molti dei principali fattori di rischio delle patologie cardiovascolari, quali gli elevati livelli di colesterolo, il sovrappeso, il diabete, osteoporosi, ictus, stenosi, ecc... Per questi motivi, in ambito cardiovascolare, l'attività motoria può avere effetto terapeutico.
2. **BENEFICI PSICOFISICI:** È stato oramai dimostrato che lo sport, se praticato senza eccessi e con regolarità, può prevenire e alleviare i sintomi dell'ansia e dello stress. Esso, oltre a migliorare la salute e a ridurre stress ed ansia, contribuisce a rilassare la tensione muscolare e aiuta a dormire. La sua azione positiva si esercita sulla circolazione sanguigna, sull'attività neuronale, sull'aumentato rilascio di endorfine. Oltre a questo l'attività fisica produce molti altri benefici sulla salute della psiche, ad esempio essa migliora la sensazione di autoefficacia e di fiducia in se stessi.
3. **BENEFICI MUSCOLARI E OSTEOARTICOLARI:** L'attività motoria aumenta il trofismo muscolare, migliora la mobilità articolare, la postura, la destrezza motoria e l'efficienza del sistema nervoso in genere. E' inoltre particolarmente indicata negli anziani in quanto rallenta l'invecchiamento delle ossa e delle cartilagini che mantengono attivo il loro metabolismo. Anche la perdita di sostanza ossea e di sali di calcio nello scheletro. (osteoporosi), può essere contenuta in quanto lo stimolo fisiologico, dovuto all'attività fisica, migliora il metabolismo osteo-articolare.
4. **BENEFICI METABOLICI:** L'attività motoria favorisce una migliore termoregolazione corporea e un migliore metabolismo energetico.- Aiuta la normalizzazione degli indici ematochimici e favorisce un corretto assetto glico-lipidico; favorisce l'aumento della massa magra attiva e la riduzione della massa grassa (rapporto pondo-staturale più favorevole). Aiuta una corretta regolazione del controllo diencefalico dell'appetito senza contare che, in linea generale, l'aumento di massa muscolare innescato in molte attività anaerobiche aumenta il metabolismo basale (quantità di calorie consumate in 24 ore).
- **BENEFICI RISPETTO AL RISCHIO DI ALCUNI TIPI DI CANCRO:** Chi pratica regolarmente l'attività fisica riduce significativamente il rischio di avere problemi di alcuni tipi di cancro, come quello del colon retto, del seno e dell'endometrio (ma esistono prove, seppure ancora incomplete, di una riduzione del rischio anche di cancro del polmone e della prostata).

Inoltre il sovrappeso e l'obesità, problemi ovunque in aumento, sono causati essenzialmente dalla combinazione di sedentarietà e cattiva alimentazione. La sedentarietà raddoppia il rischio di malattie cardiache, di diabete mellito di tipo 2, di obesità e mortalità per cause cardiovascolari e ictus, incrementando del 30% il rischio di ipertensione e di cancro. Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, le patologie legate alla stile di vita sedentario rientrano tra le prime dieci cause di morte e di inabilità nel mondo.

Chi svolge qualche attività moderata, come camminare di buon passo per almeno 30 minuti almeno 5 giorni a settimana, può già essere considerato attivo e gode quindi di numerosi effetti salutari, contribuendo inoltre alla salvaguardia dell'ambiente. Ancor meglio se la durata di questa attività sale a un'ora al giorno, tutti i giorni.

I vantaggi derivanti da uno stile di vita attivo per il benessere psicofisico fanno dell'esercizio fisico uno strumento prezioso e potenzialmente alla portata di tutti.

È importante che gli operatori sanitari raccomandino lo svolgimento di un'adeguata attività fisica: i loro consigli, in combinazione con altri interventi, possono essere molto utili nell'incrementare l'attività fisica dei loro assistiti.

2. Il progetto in Trentino

Il CCM ha finanziato nel 2010 il progetto: "La valutazione dell'impatto delle iniziative di diffusione dell'attività motoria sulla salute pubblica", affidandone la direzione scientifica alla Regione del Veneto. Le regioni partner sono Emilia Romagna e Provincia Autonoma di Trento. Il progetto, che si sviluppa nell'arco temporale di due anni, si prefigge di raggiungere i seguenti obiettivi:

1. attivare un percorso strutturato di "emersione" di tutte le esperienze di promozione dell'AM
2. individuare indicatori per la valutazione di esito già rintracciabili nei sistemi di sorveglianza attivi
3. valutazione di alcuni progetti di promozione dell'attività motoria
4. fornire un "service" valutativo
5. approfondire la valutazione qualitativa degli interventi.

Nell'ambito dello sviluppo dell'obiettivo n.3, il progetto nella Provincia Autonoma di Trento si è focalizzato sulla figura del Medico di Medicina Generale come snodo fondamentale nel produrre nella popolazione modifiche nel livello di attività fisica praticato.

I medici di medicina generale ricoprono un ruolo caratterizzato da differenti aspetti che li agevolano nella promozione dei diversi benefici che l'esercizio fisico è in grado di offrire:

- Essi si presentano come figura "esperta" nel campo della salute, tale caratteristica li presenta al paziente come una autorità affidabile quanto alle informazioni che può offrire;
- Il numero di visite che i pazienti effettuano dal medico di base, in persone con un buon stato di salute generale, è comunque quasi sempre superiore ad una, due visite l'anno. Questo permette al medico di poter avere un contatto vis a vis con quasi tutti i pazienti in modo ripetuto nel tempo; pertanto può venire a contatto con diversi strati della popolazione, con una certa regolarità, e il contatto faccia a faccia permette di regolare il messaggio sulla base delle caratteristiche della singola persona.

Nonostante questo l'azione di counselling, rispetto all'attività fisica, da parte del medico di medicina generale non risulta ancora una prassi comune. Le cause di questo sono molteplici:

1. Carenza di preparazione ed esperienza specifica del medico nell'esercitare attività di counselling.
2. Scarsa conoscenza dell'attività fisica come strumento preventivo e terapeutico.
3. Scarsa di tempo durante la visita: questo fa sì che il medico al momento della visita si concentri prevalentemente sul problema principale del paziente, limitando quindi le azioni di prevenzione.

4. Atteggiamenti del paziente: esso può rivelarsi restio a cambiare il proprio stile di vita ed inoltre può preferire che il tempo della visita sia dedicato esclusivamente alla contingenza della problematica per cui si è rivolto dal medico.
5. Livello di attività fisica del medico che può condizionare la promozione dell'attività fisica verso i pazienti.
6. Offerta del territorio: intesa sia come problematiche relative alla scarsità di possibilità offerte sia alla mancata visibilità che viene data alle stesse quando presenti.

Nell'intervento in Trentino si è cercato di dare visibilità alla presenza di offerta del territorio tramite una indagine su tutti i Comuni per presentare le possibilità di attività motoria sia organizzata che autonoma presenti. I risultati di tale indagine sono stati presentati ad un gruppo di medici di medicina generale. A questi medici è stato recapitato un kit che si compone di

1. Lettera di presentazione che rinforza i benefici dell'attività motoria e l'importanza del ruolo del medico nel promuoverla.
2. Descrizione delle opportunità per svolgere attività motoria presenti nella specifica Comunità di Valle del MMG e recapiti telefonici e mail dove è possibile rivolgersi per avere informazioni sulle stesse.
3. Brochure sui benefici dell'attività motoria da presentare ai pazienti.
4. Se presenti, mappe dei percorsi salutari.

3. Obiettivi e metodologia della valutazione del progetto in Trentino

La suddivisione nelle due zone (una di intervento, da qui "gruppo sperimentale", e una di controllo) è stata effettuata in modo da non presentare differenze territoriali quanto a zone urbane-non urbane: nei distretti Centro Sud ed Est è stato recapitato ai MMG il materiale informativo, nei restanti distretti Centro Nord ed Ovest non è stato recapitato il materiale. I pazienti sono stati intervistati tenendo conto di queste differenze per poter indagare se vi sono stati effetti dell'intervento effettuato. In Figura A è riportata la suddivisione del territorio nei 4 distretti all'interno delle quali vi sono le Comunità di Valle. La suddivisione è stata fatta, oltre che tenendo conto delle caratteristiche geografiche, anche sulla base della popolazione residente.

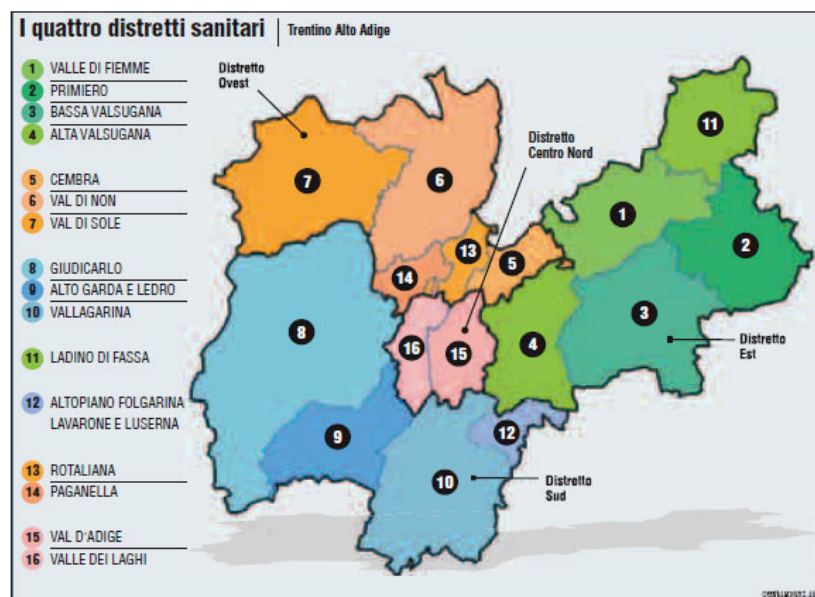


Fig. A Mappa del Trentino con suddivisione per Distretto e Comunità di Valle.

Medici e pazienti sono stati intervistati tramite una rilevazione CATI.

Si è cercato di contattare tutti i MMG delle due zone e circa 600 pazienti per ognuna delle due zone. Si è collegato pazienti e medici con la zona di intervento tramite, il comune di residenza per i pazienti ed il comune di lavoro per i MMG. L'indagine sui pazienti è stata fatta attraverso un campionamento per quote; le quote sono state individuate sulla base di sesso, età e Comunità di Valle della popolazione residente.

Il kit informativo preparato è stato inviato per posta ai MMG durante gli ultimi mesi del 2011 mentre le rilevazioni telefoniche sono iniziate a fine marzo 2012. Per quanto concerne i pazienti la rilevazione telefonica è terminata ad aprile 2012 coinvolgendo 605 pazienti della zona "sperimentale" e 595 pazienti della zona "di controllo" che erano stati dal medico di base negli ultimi 4 mesi, pertanto, circa 4 mesi dopo il termine di invio del materiale ai MMG della zona di intervento. Per quanto riguarda la rilevazione sui medici, l'indagine è stata prolungata fino a maggio, in quanto molti medici, contattati durante il lavoro, si sono dichiarati impossibilitati a collaborare all'intervista nel momento ed è quindi stato necessario un secondo contatto. Dei 377 MMG contattati, ne sono stati effettivamente intervistati 361 (199 della zona "sperimentale" e 162 della zona di controllo), conseguendo quindi un altissimo tasso di risposta nonostante il problema sopra citato.

Si è scelto di intervistare sia i MMG che i pazienti per poter confrontare le differenze riportate nel comportamento dei MMG. Abbiamo infatti due punti di vista differenti che se confrontati possono mettere in luce aspetti rilevanti.

Con il questionario rivolto ai pazienti e ai MMG si è indagato il livello di attività motoria del soggetto rispondente, le conoscenze in merito ai benefici dell'attività motoria e alle offerte del territorio, e il comportamento dei medici riguardo al counselling sull'attività motoria.

In tal modo si vogliono raggiungere i seguenti risultati:

- Valutazione del counselling sull'attività motoria svolto in Trentino da parte del MMG: chi sono i principali fruitori, come si svolge (che tipo di messaggio viene dato, che tipo di informazioni sono privilegiate dal MMG), come viene accolto dai pazienti.
- Focalizzazione sulla situazione dei pazienti riguardo alla attività motoria: livello di attività motoria praticato, conoscenze sui benefici della stessa, considerazione del paziente delle possibilità offerte dal territorio di appartenenza.
- Valutazione dell'intervento informativo effettuato sui MMG: efficacia del kit nel produrre modifiche nel comportamento dei medici riguardo al counselling sull'attività motoria ed eventuali differenze prodotte nel comportamento dei pazienti per quanto concerne l'attività fisica svolta.

Il presente report, sia per la parte rilevazione sui MMG che per la rilevazione sui pazienti si divide in due parti che concernono i due obiettivi dell'indagine:

1. La prima parte conoscitiva, dove si vuole indagare lo status quo dell'argomento in esame
2. La seconda parte valutativa dove vengono presentati i risultati di efficacia dell'intervento svolto.

INDAGINE SUI MMG

Descrizione del campione

Sono stati intervistati 361 medici di medicina generale su un totale di 377, con un tasso di risposta del 95,8%. La rilevazione via CATI sui MMG ha riscontrato qualche problema che invece non si è manifestato nella rilevazione sui pazienti. Molti medici, contattati durante il lavoro, hanno dichiarato impossibilità nel collaborare al momento, dovuta alla situazione lavorativa, rendendosi però disponibili ad essere ricontattati in un momento successivo. La rilevazione sui MMG si è quindi protratta più a lungo di quella dei pazienti data la difficoltà, per la maggior parte dei medici, di trovare un momento in cui potessero rispondere con calma alle domande della rilevazione.

Nelle tabelle seguenti sono presentate le caratteristiche del campione totale e dei due gruppi, quello sperimentale sui è stato effettuato l'intervento di promozione e il gruppo di controllo.

Distretto	“Sperimentale”	“Controllo”
Centro-Sud	32,1%	
Est	23,0%	
Centro-Nord		26,7%
Ovest		18,3%
Tot.	199	162

Tab1. Distribuzione dei MMG intervistati per zona di intervento

Dei medici intervistati 199 appartengono alle zone di intervento (distretti Centro-Sud e Est) e 162 alle zone rimanenti (Centro-Nord e Ovest).

Il 72,0% del campione è composto da Uomini ed il restante da donne. Le proporzioni sono confrontabili tra i due gruppi .

Sesso	Totale	“Sperimentale”	“Controllo”
M	72,0%	71,4%	72,8%
F	28,0%	28,6%	27,2%
Tot.	361	199	162

Tab2. Distribuzione dei MMG intervistati per sesso e zona di intervento

Età	Totale	“Sperimentale”	“Controllo”
35-49 anni	13,3%	15,6%	10,5%
50-59 anni	52,4%	52,8%	51,9%
60-70 anni	34,4%	31,7%	37,7%
Tot.	361	199	162

Tab3. Distribuzione dei MMG intervistati per età e zona di intervento

Il campione è composto prevalentemente da persone tra i 50 e i 60 anni di età (52,4%); il 34,4% del campione dai 60 anni in su fino ad un massimo di 70 anni ed il restante 13,3% dei soggetti ha tra i 35 e i 49 anni. Le proporzioni sono simili nei due gruppi.

Anni di anzianità	Totale	“Sperimentale”	“Controllo”
7-20 anni	11,9%	13,1%	10,5%
21-27 anni	30,5%	30,2%	30,9%
Oltre 27 anni	57,6%	56,8%	58,6%
Tot.	361	199	162

Tab4. Distribuzione dei MMG intervistati per anzianità di laurea e zona di intervento

Il campione è composto prevalentemente da medici con oltre i 27 anni di anzianità di laurea (57,6%); il 30,5% ha tra i 21 e i 27 anni di anzianità di laurea, il restante 11,9% ha tra i 7 e i 20 anni di anzianità di laurea. Le proporzioni rimangono simili nei due gruppi.

N° pazienti	Totale	“Sperimentale”	“Controllo”
Fino 500	14,1%	14,6%	13,2%
501-1500	52,4%	50,3%	54,9%
Oltre 1500	33,0%	34,7%	30,9%
n.d.	0,6%	0,5%	0,6%
Tot.	361	199	162

Tab5. Distribuzione dei MMG intervistati per numero di pazienti e zona di intervento

Vi è una piccola parte del campione (14,1%) che lavora con pochi pazienti, mentre la maggior parte dei medici in Trentino registra più di 500 pazienti. Inoltre vi è un gruppo abbastanza numeroso (33,0%) che può definirsi “ultra massimalista”: esso infatti registra più pazienti del numero teorico massimo di pazienti in carico(1500).

Tipo di lavoro	Totale	“Sperimentale”	“Controllo”
In team	52,6%	50,3%	55,6%
Da solo	47,4%	49,8%	44,4%
Tot.	361	199	162

Tab6. Distribuzione dei MMG intervistati tipo di lavoro e zona di intervento

Il 52,6% dei MMG lavora in team ed i restanti medici lavorano da soli. Non c'è quindi una netta prevalenza di un tipo di lavoro sull'altro; anche all'interno dei due gruppi, circa la metà dei medici lavora in team ed i restanti in modo autonomo.

Analisi conoscitiva: i consigli del MMG sull'attività fisica in Trentino

Counseling sull'attività fisica

1. Prevalenza del counseling sull'attività motoria

Presentiamo di seguito i risultati sulla prevalenza dei consigli del medico sull'attività motoria. A livello generale i MMG in Trentino riportano di riservare una forte attenzione all'attività motoria praticata dai pazienti. In Fig.1 sono riportate le percentuali dei MMG che affermano di essersi informati del livello di attività motoria dei pazienti, di aver consigliato di aumentare la stessa negli ultimi 4 mesi e di aver successivamente verificato se il consiglio viene seguito.

L'80,1% dei MMG afferma di essersi informato rispetto alla pratica dell'attività fisica su tutti i pazienti mentre l'8,0% lo ha fatto solo nei casi di pazienti a rischio. Questo mette in luce come l'interesse dei medici sul livello di attività motoria praticato sia generale e rivolto a tutti i pazienti che il medico incontra. Al contrario se consideriamo il consiglio specifico di aumentare l'attività motoria vediamo (Fig.1 e Fig.2) come esso, sebbene altrettanto frequente, si diriga prevalentemente a casi particolari. Più della metà dei MMG infatti afferma di consigliare l'attività motoria solo in casi di paziente a rischio.

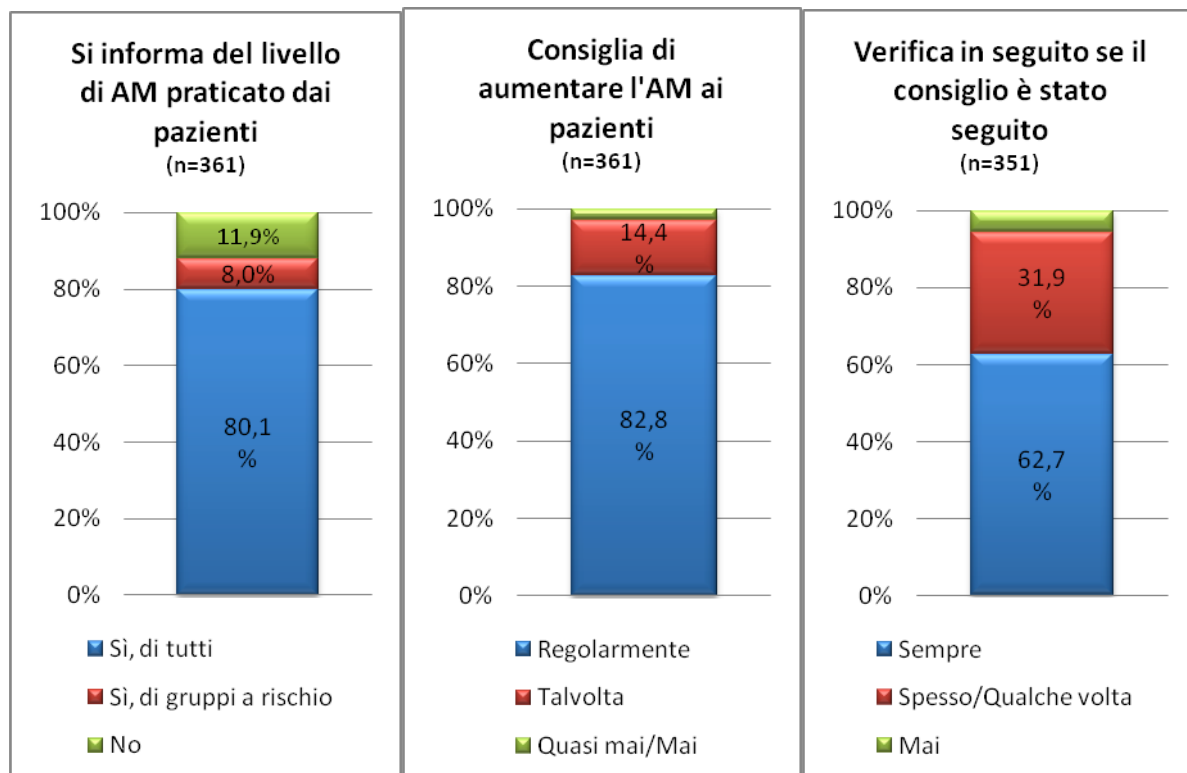


Fig.1 Prevalenza di: informazione del MMG sul livello di AM del paziente (n=361); consiglio del medico di aumentare il livello di AM (n=361); verifica successiva da parte del medico se il consiglio è stato seguito (rispondono i MMG che hanno dato il consiglio, n=351).



Fig.2 Soggetti a cui è diretto il consiglio del MMG di aumentare l'AM(rispondono i MMG che hanno dato il consiglio, n=351).

Questo dato è in linea con i risultati ottenuti dalla rilevazione sui pazienti: da questa infatti emerge una maggiore attenzione alla promozione dell'attività motoria nei pazienti con problematiche di salute. Questi risultati ci presentano il MMG come soggetto che percepisce l'attività motoria come utile strumento di cura e prevenzione di patologie nei pazienti che ne sono a rischio. La conoscenza dei benefici dell'attività motoria a livello di influenza sulla salute e la sua integrazione con le altre cure tradizionali sembra quindi essere presente nel lavoro dei medici con i loro pazienti

D'altra parte però il fatto che solo il 40,7% dei MMG promuova l'attività motoria su tutti i pazienti permette di ipotizzare che solo una parte minoritaria di medici veda l'attività motoria come un qualcosa da sostenere in tutta la popolazione.

Mentre i MMG affermano di informarsi sul livello di AM praticata e di consigliarne l'aumento quasi sempre, solo il 62,8% dei MMG afferma di verificare successivamente se il consiglio è stato seguito. Sembra quindi di poter tracciare un profilo di MMG che effettua promozione, principalmente in casi particolari, ma non sempre monitoraggio del paziente rispetto a questo ambito.

2.Modalità del counselling effettuato

Consideriamo nella pratica come il consiglio del medico di aumentare l'attività motoria si concretizzi nel momento del counseling.

I MMG affermano di affiancare quasi sempre al consiglio delle spiegazioni sui benefici che questo apporterà sulla salute del paziente: questo risulta molto importante ai fini della promozione dato che il medico si presenta al paziente come figura esperta in questo ambito e riconosciuta come attendibile da parte del paziente. I MMG riferiscono di dare quasi sempre anche consigli in merito all'attività praticata: il tipo di attività che il paziente potrebbe intraprendere e le modalità con cui questo potrebbe farlo. Al contrario solo il 39 % dei MMG afferma di dare indicazioni anche sulle strutture a cui il paziente potrebbe rivolgersi. Questo potrebbe derivare da diverse cause. In primis il medico potrebbe non ritenere tra i suoi compiti anche l'indicazione delle strutture: il MMG ritiene importante promuovere l'attività motoria nei pazienti che ne hanno bisogno, motivandolo spiegando che effetti avrà sulla salute, ed indicando quale sarebbero le modalità più appropriate lasciando al paziente il compito di cercare il luogo dove poterlo fare. Come secondo aspetto lo stesso paziente potrebbe non ritenere il medico la fonte a cui chiedere indicazioni di questo tipo, pertanto privilegiando comunicazioni su cose che ritiene di maggiore attinenza al compito del medico nel momento della visita.

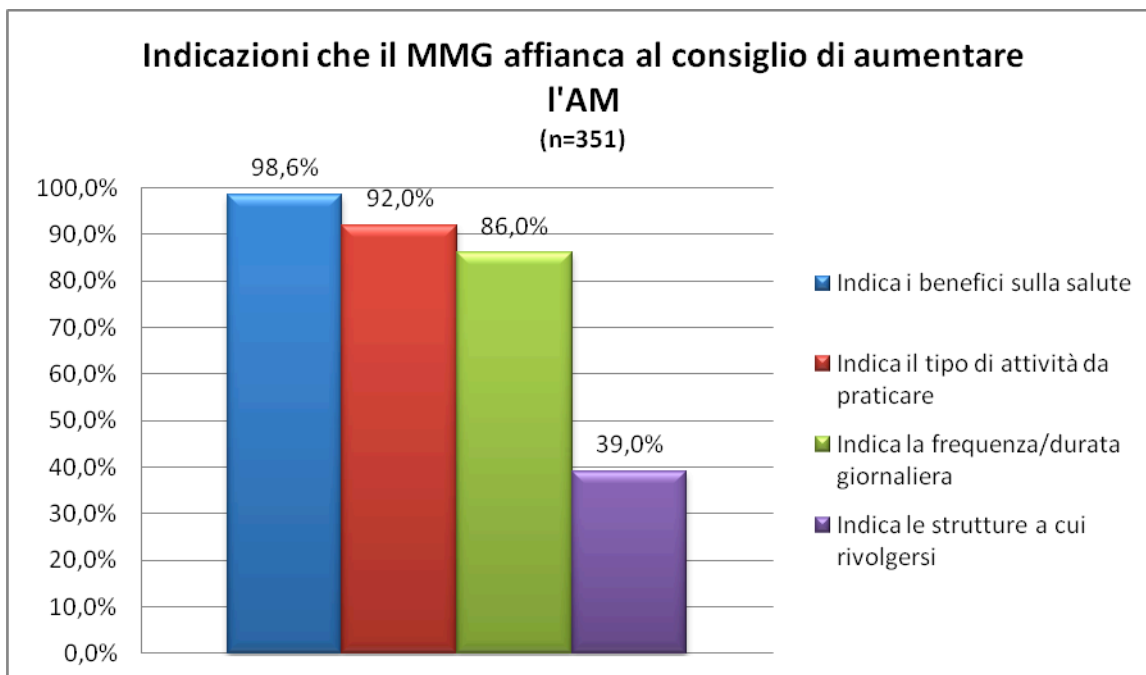


Fig.3 Informazioni che il MMG affianca al consiglio di aumentare l'AM (rispondono i MMG che hanno dato il consiglio, n=351).

Consideriamo nello specifico quali sono i benefici sulla salute che il medico espone quando effettua il consiglio.

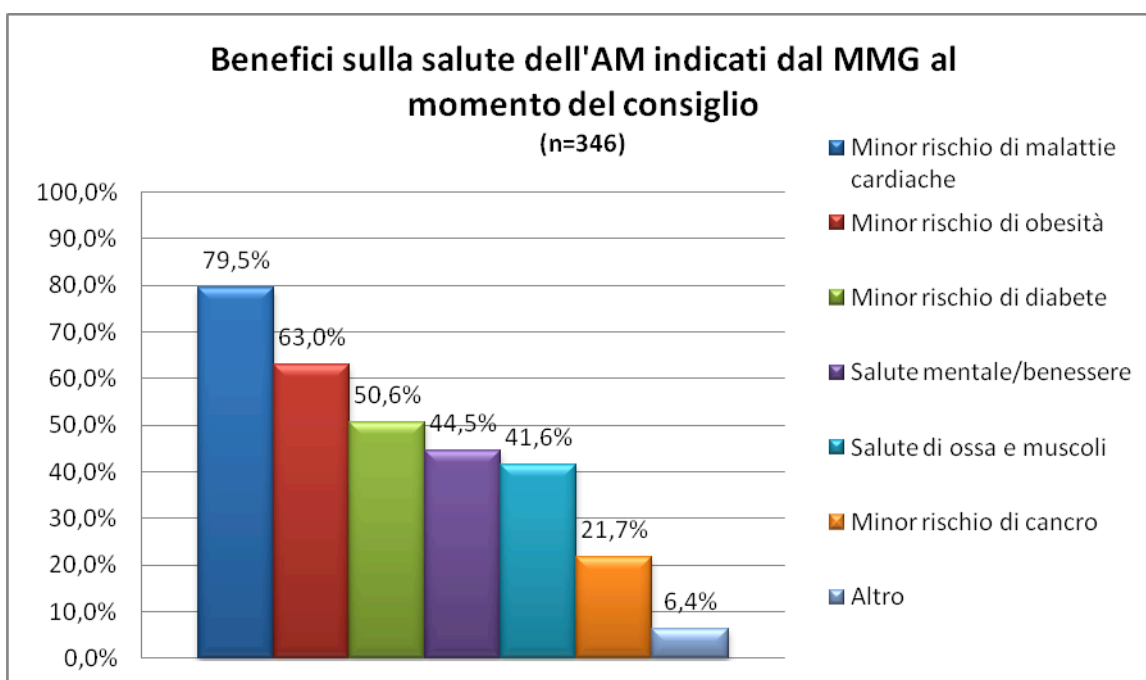


Fig.4 Benefici dell'AM che il medico espone al paziente al momento del consiglio (rispondono i MMG che hanno dato il consiglio e che danno informazioni sui benefici sulla salute, n=346).

Come si può notare dalla Fig.4 vi è una forte diversità negli effetti positivi indicati dal medico. Sono infatti riferiti da più della metà dei medici che da informazioni di questo tipo, gli effetti positivi su malattie cardiache e diabete; attorno alla metà dei MMG parla degli effetti dell'AM su salute mentale/muscoli ed ossa mentre solo il 21,8%

parla degli effetti sui tumori. Tra chi afferma di dare indicazioni su altri benefici, quello più spesso riportato è l'effetto benefico sull'apparato respiratorio. Le informazioni date sembrano seguire abbastanza la diffusione di questi problemi nella popolazione italiana: considerando questo aspetto e il fatto che il medico tende a proporre l'aumento dell'attività motoria principalmente a pazienti a rischio si potrebbe ipotizzare che il MMG tenda anche a riferire i benefici dell'AM prevalentemente per i problemi che il paziente specificatamente presenta, ovvero non effettuando una promozione generalizzata ma tarandola sullo specifico paziente che si trova davanti.

Sono state poi poste delle domande inerenti ad uno dei contenuti del kit: i recapiti esistenti dove potersi informare sulle opportunità presenti sul territorio per la pratica di attività motoria. Vediamo come anche in questo caso la percentuale dei MMG che conosce l'esistenza del recapito sia molto bassa (22,7%). Considerando questo risultato assieme a quanto precedentemente esposto, si può affermare che queste informazioni non passino al paziente tramite il canale del medico: al paziente non vengono generalmente né indicate dal medico di base le strutture né tantomeno fornito un recapito dove esso stesso può provvedere a informarsi.

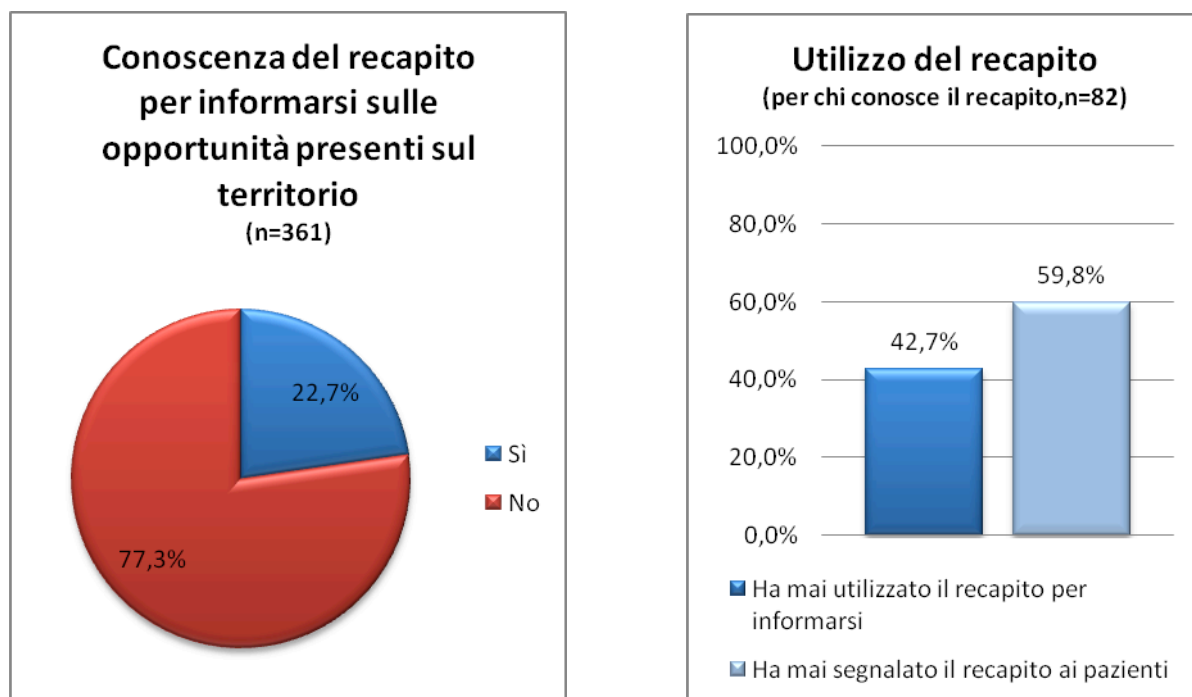


Fig.5-6 Conoscenza del MMG dell'esistenza del recapito (n=361) e utilizzo del recapito da parte dei MMG che sono a conoscenza della sua esistenza (n=82).

E' stato poi chiesto ai medici a conoscenza del recapito l'effettivo uso che essi ne fanno. Emerge un dato positivo: sebbene i medici stessi lo utilizzino poco (42,7%) più della metà di questo gruppo (59,8%) comunque lo segnala ai pazienti. Pertanto diffondere questa informazione ai MMG potrebbe avere esiti positivi nell'estendere questa informazione ai pazienti.

3. il medico "promotore": chi da consigli totalmente esauritivi sull'AM

Da quanto emerso finora i MMG promuovono l'attività motoria, ma principalmente come cura o prevenzione mirata a pazienti a rischio e privilegiando la comunicazione di determinate informazioni sull'attività motoria rispetto ad altre.

Vediamo adesso le caratteristiche dei medici “promotori”, ovvero i soggetti che promuovono l’attività motoria sempre, con ogni paziente e dando tutte le informazioni possibili.

E’ stato costruito un indicatore del comportamento del medico “promotore”:

- si informa sul livello di attività motoria di tutti i pazienti,
- propone di aumentare l’attività motoria regolarmente e a tutti i pazienti,
- dà indicazioni del tipo di attività da praticare,
- dà indicazioni sulla durata e frequenza,
- dà indicazioni sulle strutture a cui rivolgersi,
- dà indicazioni sui benefici dell’attività motoria ,
- verifica successivamente se il consiglio è stato seguito.

Consideriamo la prevalenza di questi comportamenti, singolarmente, rapportandoli al totale dei MMG intervistati.

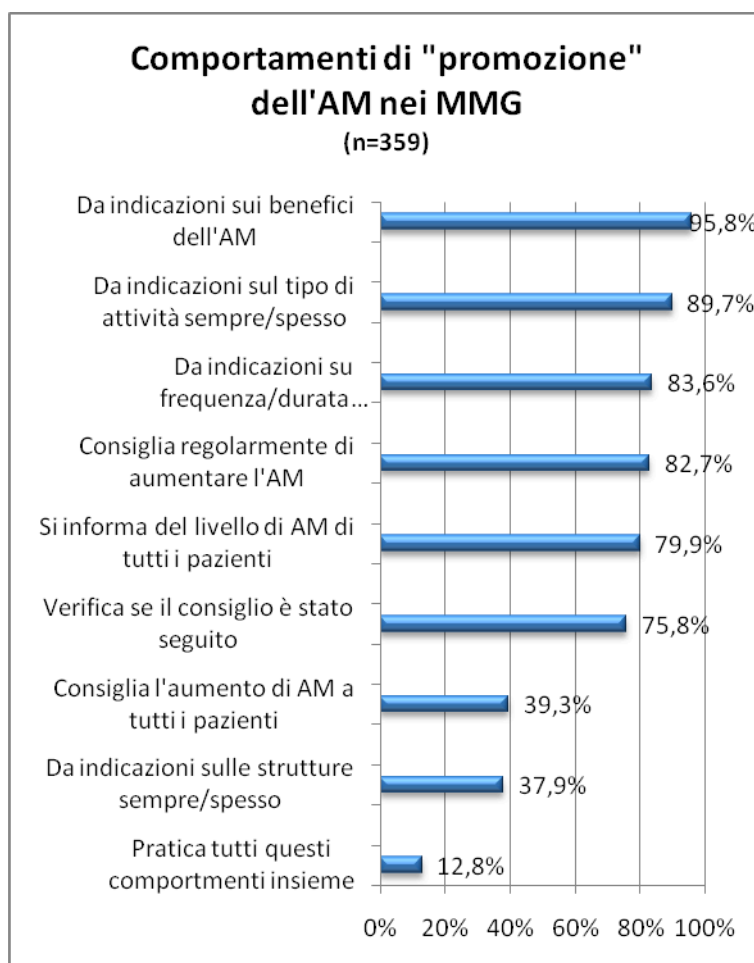


Fig.7 Prevalenza di comportamenti di forte promozione dell’attività motoria nel totale dei MMG (casi senza valori mancanti,n=359).

Come già precedentemente emerso vi è una forte varietà nell'adozione di questi comportamenti, ma non solo: il fatto che solo il 12,8% dei MMG li pratici tutti insieme fa capire come ci siano diverse modalità di promozione che vengono assunte dai MMG. Le modalità di counselling variano quindi da persona a persona.

E' stato adattato un modello di regressione logistica multinomiale per verificare congiuntamente l'effetto delle variabili strutturali presentate in figura ognuna al netto delle altre, sulla probabilità di essere un medico fortemente promotore.

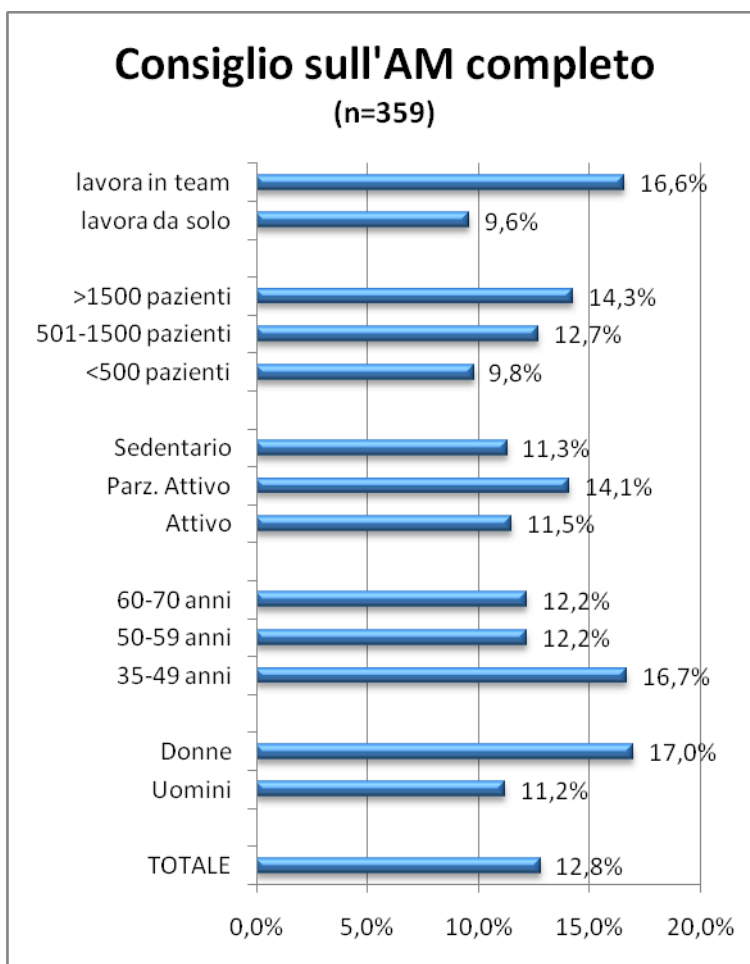


Fig.7 Distribuzione secondo le principali variabili strutturali dell'indicatore di promozione completa da parte del MMG (casi senza valori mancanti,n=359).

La variabile che mostra avere effetti significativi è il tipo di lavoro: chi lavora in team mostra una probabilità maggiore di dare un consiglio completo rispetto a chi lavora da solo. Il fatto che non ci siano forti effetti significativi di discriminazione tra i diversi gruppi individuati dalle suddette variabili permette di ipotizzare che la differenza nelle modalità di promozione sia dovuta per la maggior parte da differenti sensibilità personali al problema e non da caratteristiche demografiche o organizzative.

Nonostante le altre variabili non manifestino differenze significative tra le loro categorie si può comunque notare che i consigli completi sono più diffusi tra i medici giovani, rispetto agli altri, tra le donne rispetto agli uomini. Inoltre il consiglio completo sembra avere una leggera associazione, seppure non significativa, con il numero di pazienti. Per quanto riguarda questo aspetto (vedi APPENDICE) considerando ognuna delle variabili utilizzate a costruire l'indicatore bisogna puntualizzare che l'effetto non è univoco: infatti esso deriva principalmente dalle variabili "consiglio dell'attività motoria a tutti" e "indicazioni sul tipo di attività da praticare" dove i medici con alto

numero di pazienti manifestano punteggi più alti degli altri. Al contrario per quanto concerne le altre variabili l'effetto si inverte: sembra che avere un numero più basso di pazienti comporti una maggiore attenzione nell'informarsi sul livello di attività motoria, consigliarla, dare indicazioni sulle strutture, indicare i benefici e verificare se il consiglio sia stato seguito. Avere meno pazienti permette un counselling più individuale e personalizzato rispetto a quando si deve seguire un enorme numero di pazienti.

4. Atteggiamento del Medico rispetto alle sue conoscenze sull'attività motoria ed la sua applicazione in ambito preventivo-terapeutico

Ai MMG è stato poi chiesto se ritiene di dover approfondire le sue conoscenze in merito all'attività motoria e le sue possibili applicazioni in ambito terapeutico/preventivo. Circa il 47,2% dei MMG ritiene di non dover approfondire le sue conoscenze mentre i restanti affermano di necessitare ulteriori approfondimenti. Questo è molto interessante se comparato ai risultati precedenti: i MMG affermano di promuovere spesso l'attività motoria ma nella maggior parte dei casi sentono di aver bisogno di ulteriore formazione.

Possiamo poi individuare 4 classi di opinioni. Il 12,7% dei MMG ritiene che l'attività motoria sia di secondaria importanza rispetto ad altre tematiche, pertanto preferisce approfondire e dedicarsi ad altro di maggior importanza per la sua professione. Questi quindi si presentano come i più restii a considerare l'attività motoria come elemento fondamentale per la prevenzione e per tanto più resistenti agli interventi di promozione in merito, in quanto non sono intenzionati ad approfondire l'argomento. Il 34,6% poi si ritiene competente in questo ambito e non ritiene di aver necessità di ulteriore formazione.

Passiamo poi ai due gruppi su cui gli interventi di promozione di AM possono rivolgersi come interlocutori privilegiati. Il primo gruppo riguarda i MMG che non si ritengono abbastanza informati sull'argomento e necessitano ulteriore formazione: è un dato molto importante che ben il 38,8% non giudichi sufficienti le proprie conoscenze a riguardo. L'ultimo gruppo riguarda i MMG che nonostante si ritengano formati sull'argomento, ritengono di voler comunque approfondirlo. Questo gruppo di medici si profilano come i più interessati all'argomento nonché quelli su cui l'intervento potrebbe più favorevolmente incidere.

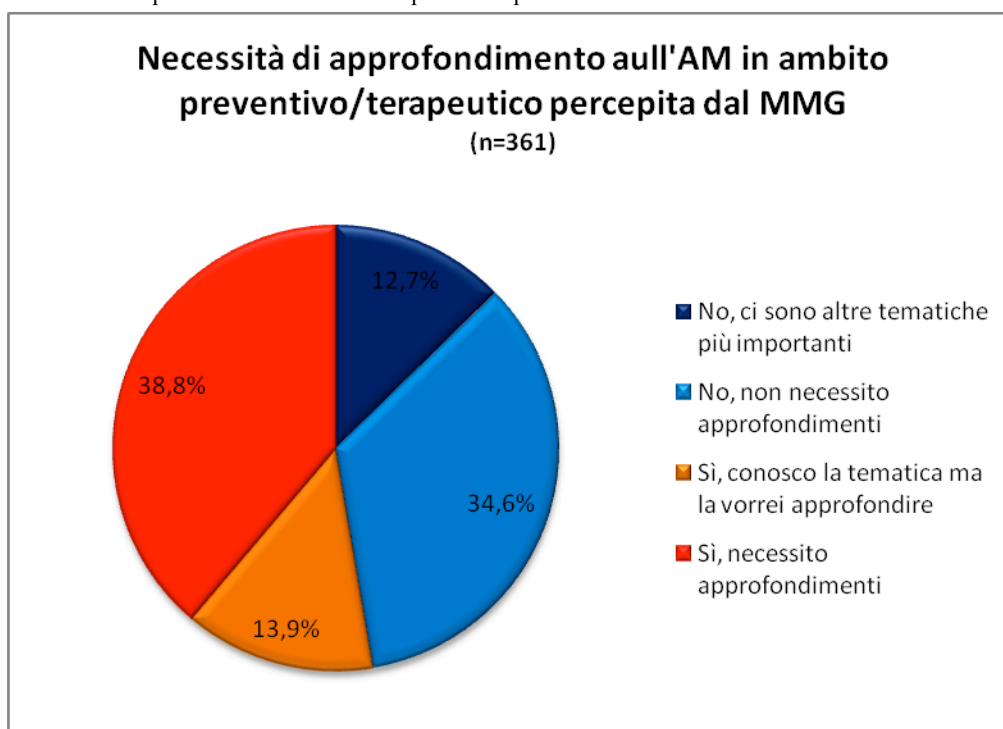


Fig.8 Necessità di approfondimento sull'AM e sue applicazioni in ambito medico percepita dai MMG (n=361).

E' stato adattato un modello di regressione logistica multinomiale per verificare congiuntamente l'effetto delle variabili strutturali presentate nella figura seguente ognuna al netto delle altre, per vedere cosa discrimini la probabilità di affermare di avere bisogno di approfondimenti rispetto al non averne bisogno.

L'unica variabile che mostra effetti significativi è il livello di attività motoria del MMG: più è basso il livello di attività motoria praticato più il MMG dichiara di aver necessità di approfondire le sue conoscenze. Questo mostra come lo stesso livello di attività motoria praticato dal medico incida sul suo atteggiamento rispetto allo stesso.

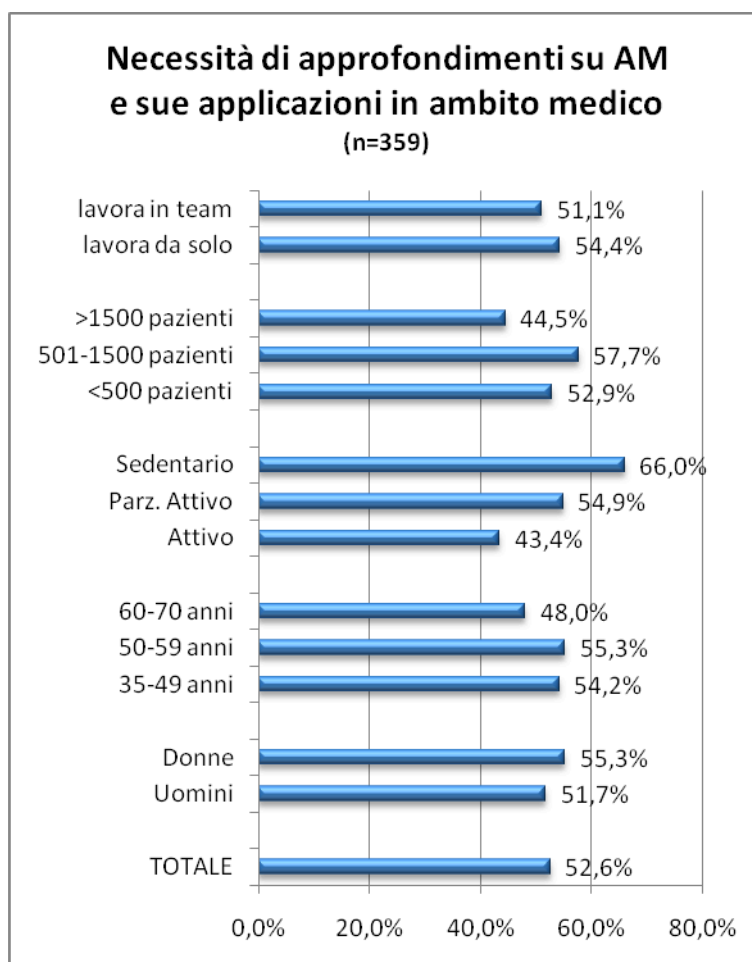


Fig.9 Distribuzione secondo le principali variabili strutturali della percezione di avere bisogno di approfondimenti sull'AM e sua applicazione in ambito medico da parte del MMG (casi senza valori mancanti,n=359).

Le altre variabili non hanno effetti significativi, pertanto anche questo risultato corrobora l'ipotesi che questo aspetto dipenda principalmente dalla sensibilità e dall'atteggiamento del medico verso la tematica, più che da caratteristiche demografiche o organizzative.

E' stato poi chiesto ai MMG quale fosse, secondo loro la percentuale di medici di base che in Trentino dà consigli sull'attività motoria (40,0% circa, da una ricerca precedente) i risultati sono esposti in figura 10. La maggior parte ritiene che i medici in Trentino siano fortemente promotori. Il valore medio dichiarato è un 65,6%, tuttavia si può notare come vi sia un 35,8% di MMG convinto che oltre l'80% (ovvero praticamente tutti) dei medici dia consigli regolarmente ai pazienti sull'attività motoria. Questa convinzione sembra essere confermata dai risultati di questa indagine.

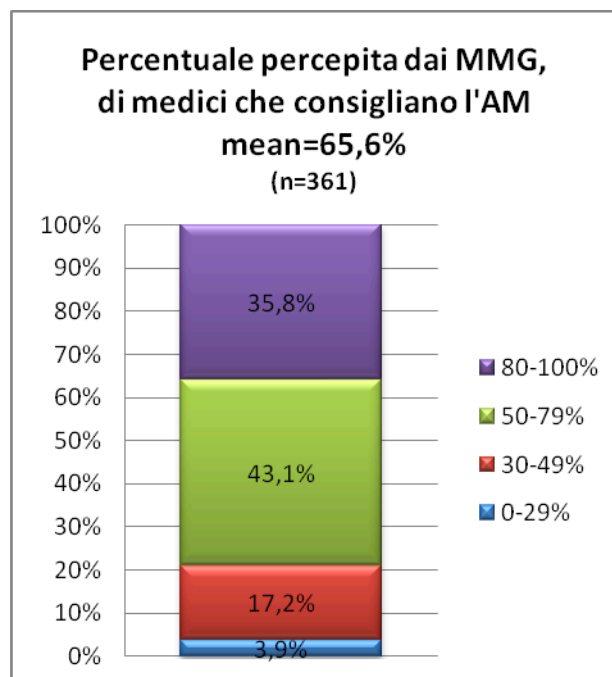


Fig. 10 Percentuale riferita dai MMG di medici trentini che danno consigli sull'attività motoria regolarmente (n=361).

Attività motoria e offerta del territorio

1. Offerta del territorio

E' stato chiesto ai MMG se, per praticare, da adulto, attività motoria non agonistica in Trentino sia necessario il certificato medico. Il risultato, presentato in figura 11 mette in luce come solo il 36,5% dei medici abbia la conoscenza corretta su questo aspetto. Attualmente infatti il certificato medico non è obbligatorio per la pratica di attività sportive non agonistiche da adulto in Trentino.

Questo risultato è perfettamente in linea con un analogo risultato ottenuto da una precedente indagine sui MMG in Trentino¹ dove la percentuale di MMG che hanno la conoscenza corretta su questo aspetto si posizionava su medesimi livelli. Una possibile spiegazione sta nel fatto che molte strutture, sebbene non più previsto per legge, richiedano tuttora il certificato medico per la pratica di sport al loro interno. E' comunque importante verificare meglio la motivazione di questa errata convinzione tra i medici: nell'indagine effettuata sui pazienti è infatti emerso anche tra di loro la prevalenza di questa informazione non corretta, a percentuali comparabili con medici. E' quindi curioso come i medici manifestino lo stesso grado di non informazione dei pazienti.

¹ Nota: "La promozione dell'attività fisica nell'anziano: le opinioni dei medici di famiglia nella provincia di Trento" (Silvano Piffer¹, Pirous Fateh-Moghadam¹, Enrico Nava², Anna Maria Moretti², Paola Ciddio³ e Federico Schena³ per il Gruppo di lavoro aziendale per la promozione dell'attività fisica in provincia di Trento)

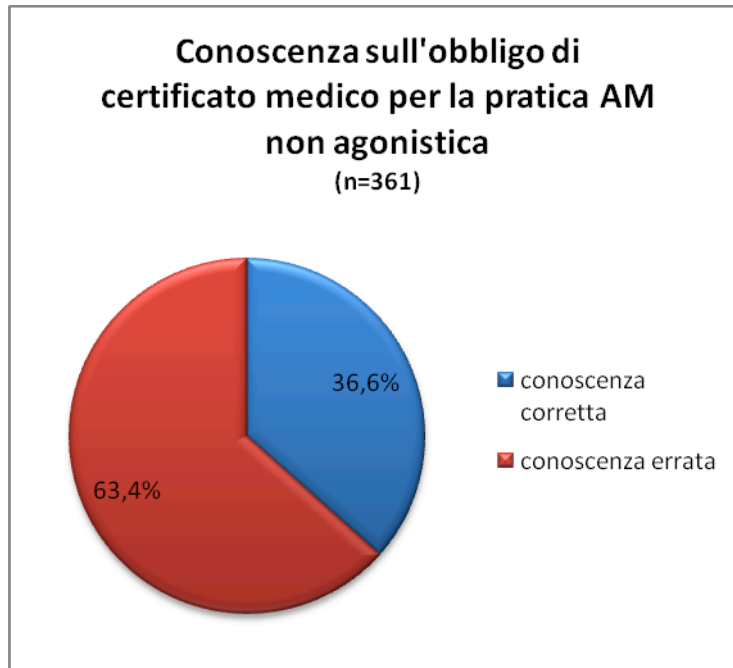


Fig.11 Conoscenza dei medici sull'obbligo di certificato medico in trentino per la pratica di attività motoria non agonistica: risposta corretta "No" (n=361).

Ai medici è stata poi domandata la loro opinione circa le possibilità per la pratica di attività motoria in trentino. Solo il 2,8% dei MMG considera "non adeguato" il territorio quanto ad offerta, il restante 97,2% dei medici ritiene quindi almeno abbastanza adeguata l'offerta del territorio. Confrontando con i risultati ottenuti sui pazienti si nota inoltre che i medici si mostrano un po' più soddisfatti degli stessi: i pazienti infatti ritengono molto adeguata l'offerta del territorio nel 59,5% dei casi, abbastanza adeguata nel 40,5% dei casi e per nulla adeguata nel 3,3% dei casi.

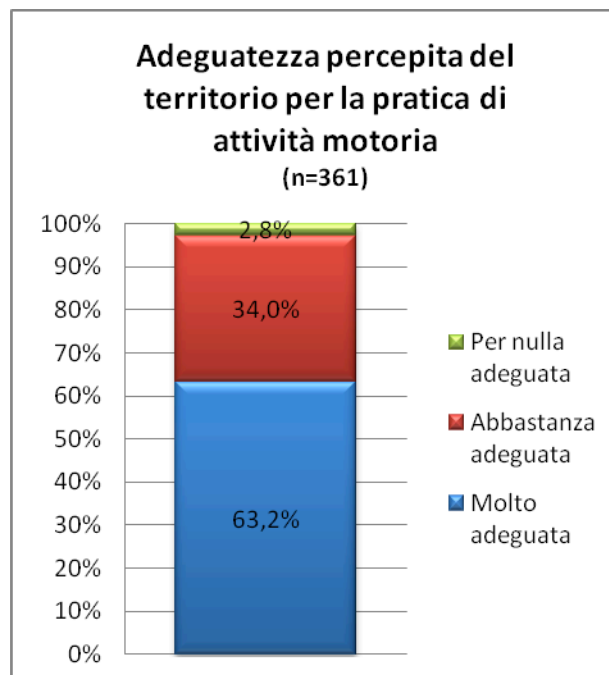


Fig.12 Adeguatezza percepita dai MMG circa l'offerta del territorio per la pratica di AM (n=361).

2. Attività motoria praticata dal MMG

Vista l'importanza del livello di attività motoria praticata nel determinare l'atteggiamento dei medici verso la stessa (e viceversa) sono qui presentati i livelli di attività motoria registrati sui medici trentini che hanno risposto alla intervista telefonica.

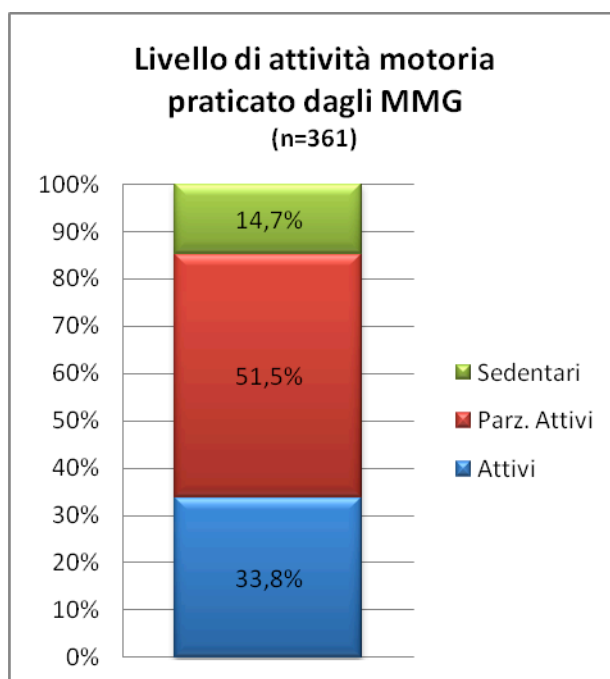


Fig.12 Livello di AM dei medici intervistati (n=361).

Si tenga presente che i MMG svolgono un lavoro che non implica attività fisica e che il campione è costituito da soggetti tra i 35 e i 70 anni.

L'indicatore di attività motoria è quello utilizzato dalle indagini PASSI.

Definizioni

attivo: è un individuo che: a) svolge un lavoro pesante, cioè un lavoro che richiede un notevole sforzo fisico (ad es. manovale, muratore, agricoltore), b) aderisce alle linee guida sulla attività fisica: 30 minuti di attività moderata per almeno 5 giorni alla settimana, oppure attività intensa per più di 20 minuti per almeno 3 giorni settimanali; parzialmente attivo: è un individuo che non svolge un lavoro pesante dal punto di vista fisico, ma fa qualche attività fisica nel tempo libero, senza però raggiungere i livelli raccomandati; sedentario: è un individuo che non svolge un lavoro pesante e che, nel tempo libero, non fa attività moderata o intensa.

Il 33,8% dei medici è attivo mentre il 14,7% dei medici è sedentario. E' stato adattato un modello di regressione logistica per vedere quali variabili influenzano la probabilità di essere attivo piuttosto che sedentario o parzialmente attivo.

L'unica variabile che ha mostrato effetti significativi è la classe di età: come si vede anche dal grafico più aumenta l'età dei medici e più essi praticano attività motoria secondo le linee guida dell'OMS, secondo quanto da loro dichiarato.

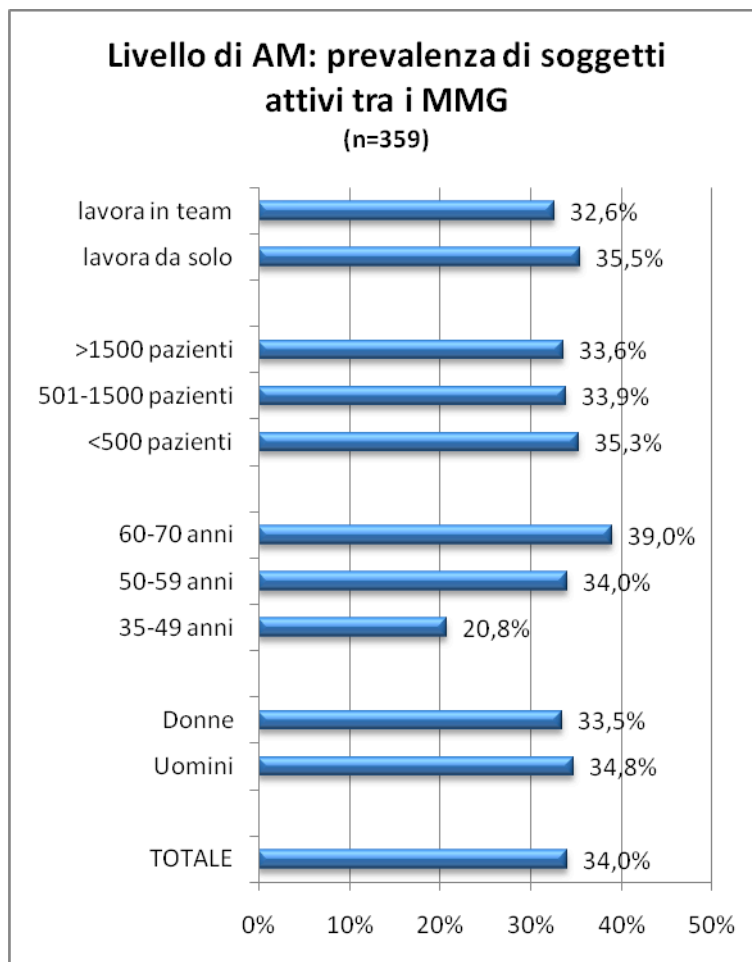


Fig.13 Distribuzione secondo le principali variabili strutturali dell'indicatore del livello di AM del MMG (casi senza valori mancanti,n=359).

Analisi valutativa: valutazione dell'intervento sulla promozione dell'am per i MMG

1. Intervento valutativo: aspetti rilevanti emersi

Nell'ultima parte del questionario è stato chiesto ai MMG se era stato ricevuto il materiale inviato. La domanda era articolata e riguardava lo specifico materiale inviato: "Il kit informativo *Consigliare l'attività fisica* curato dall'APSS. Il kit era composto da una lettera che presentava il progetto, un elenco di attività e strutture per poter svolgere attività fisica nella Sua Comunità di Valle, delle brochure sui benefici dell'attività fisica da consegnare ai pazienti e, se presenti, delle mappe dei 'percorsi salutarì' che ci sono nella zona".

In tabella possiamo vedere le risposte date: il 68,8% dei MMG che ha effettivamente ricevuto il kit afferma di averlo ricevuto, ma anche il 62,4% dei MMG a cui non è stato recapitato il kit afferma di averlo ricevuto.

<i>Ha ricevuto il materiale descritto?(Sì)</i>	
Totale	65,9%
IC (95%)	[60,8%-70,8%]
Presenza di kit	
Gruppo sperimentale	68,8%
Gruppo di controllo	62,4%

Tab. 7 Percentuali di MMG che affermano di aver ricevuto il materiale informativo

Data anche la difficoltà riscontrata nell'effettuare le interviste a molti MMG, come ulteriore verifica di questo risultato, sono state effettuate delle telefonate di controllo ad alcuni MMG nelle zone di non intervento. Dalle telefonate sono emerse risposte analoghe e una generale non chiarezza da parte dei MMG intervistati sul materiale ricevuto (che materiale hanno ricevuto, da chi è stato mandato, quando, cosa nello specifico riguardava).

Questo ci dà indicazioni sull'utilità dell'invio di materiale cartaceo come strumento di promozione rivolto ai MMG. La suddetta categoria è infatti sottoposta ad un continuo invio di materiale informativo da parte di vari soggetti ed Enti; questo comporta l'impossibilità pratica da parte degli MMG di poter dedicare attenzione esaustiva a tutto il materiale ricevuto.

Vale quindi la pena soffermarsi sul senso dell'utilizzo di questo canale per la promozione, che per questa categoria si rivela ormai praticamente saturo.

2. Intervento valutativo: risultati

Nonostante gli aspetti emersi, di cui però bisogna tenere conto nel leggere i risultati delle analisi, sono state analizzate le differenze tra i due gruppi di intervento nelle risposte alle domande del questionario. Considerando la variabile "zona di intervento" congiuntamente alle altre variabili strutturali già precedentemente esposte (sesso, età, tipo di lavoro, livello di attività motoria, n° di pazienti) in un modello di regressione logistica per evidenziare eventuali effetti netti, non sono emerse significative differenze tra i due gruppi per nessuna domanda del questionario.

Nonostante la non significatività dell'effetto, si registrano alcune differenze di pochi punti percentuali inerenti al contenuto del kit. Sono riportati in Figura 14 gli effetti principali.

Le zone di intervento presentano MMG che più spesso consigliano l'attività motoria a tutti i pazienti, indicano le strutture presenti e meno percepiscono la necessità di approfondimento delle loro conoscenze in merito all'attività motoria e le sue applicazioni in ambito preventivo/terapeutico, ritengono molto adeguata l'offerta del

territorio. Anche l'indicatore di "consiglio completo" mostra la maggiore presenza di questo aspetto tra i MMG delle zone di intervento. Come si può notare dalla figura però le differenze sono esigue.

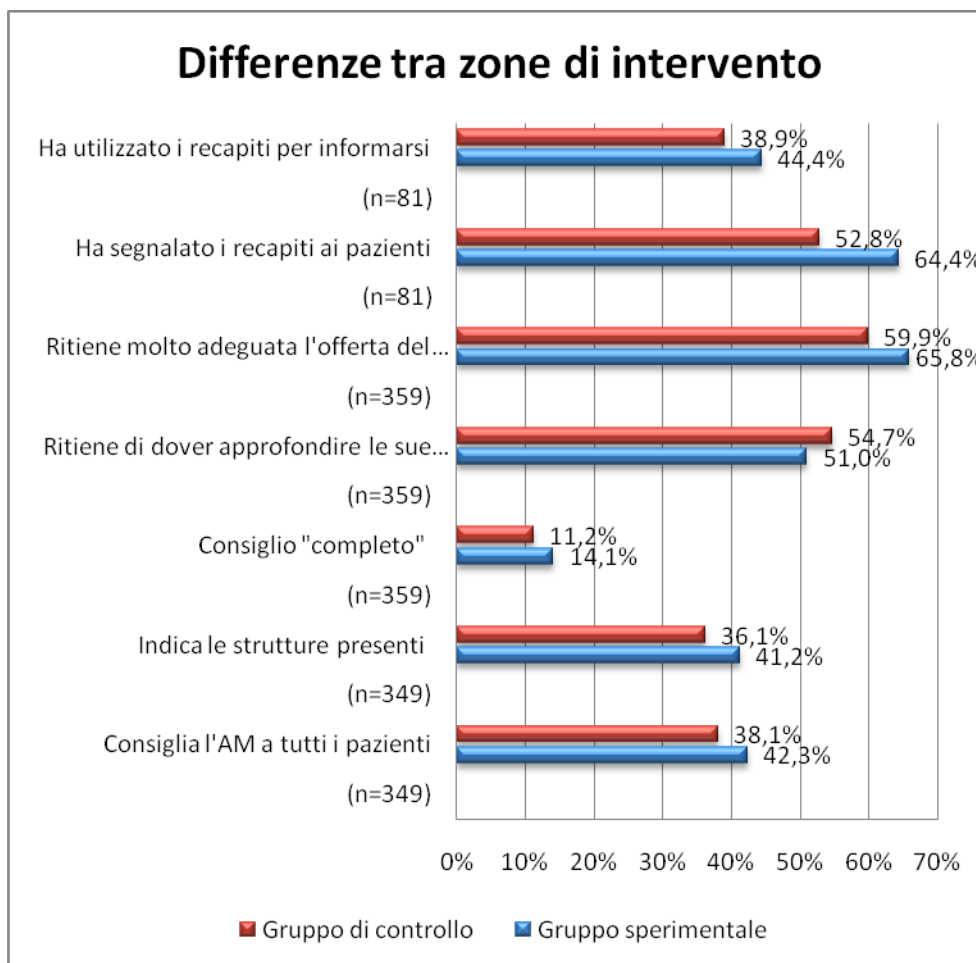


Fig. 14 Differenza tra le due zone di intervento per alcune variabili rilevate: segnalazione dei recapiti ai pazienti (rispondono i MMG che conoscono i recapiti, n=82); adeguatezza percepita del territorio, necessità percepita di approfondimenti in merito all'AM e consiglio "completo" (n=361); indicazione delle strutture ai pazienti e consiglio di aumentare l'am dato a tutti i pazienti piuttosto che solo a pazienti a rischio (rispondono i MMG che danno consiglio il paziente, n=351). Solo casi senza valori mancanti.

In conclusione quindi possiamo rilevare dei deboli segnali di utilità dell'invio del kit che, seppure non significativi se presi singolarmente, possono diventare interessanti se si considerano complessivamente. Infatti su tutte le variabili inerenti al contenuto del kit il gruppo sperimentale di MMG ha comportamenti più orientati al sostegno dell'attività motoria verso i propri pazienti, ma è evidente che l'azione informativa da sola non è sufficiente a spostare realmente il comportamento dei medici.

INDAGINE SUI PAZIENTI

Descrizione del campione

Il campionamento per la rilevazione sui pazienti è stato effettuato per quote, sulla base di età, sesso e Comunità di Valle di residenza. Sono stati intervistati 1200 soggetti di almeno 18 anni compiuti, che riferivano di essere stati dal MMG nei 4 mesi precedenti all'intervista almeno una volta. Di questi 1200 soggetti, 605 appartengono alle zone in cui è stato recapitato il kit sulla promozione dell'attività fisica ai MMG (distretti Est e Centro-Sud), 595 alle zone di controllo, in cui non è stato recapitato il kit (distretti Ovest e Centro-Nord).

Distretto	"Sperimentale"		"Controllo"	
C-N			378	31,5%
O			217	18,1%
C-S	364	30,3%		
E	241	20,1%		
Totale	605	50,4%	595	49,6%
Tot.campione	1200			

Tab8. Distribuzione dei pazienti intervistati per zona di intervento

Sesso	Totale	"Sperimentale"	"Controllo"
M	48,3%	48,3%	48,2%
F	51,8%	51,7%	51,8%
Tot.	1200	605	595

Tab9. Distribuzione dei pazienti intervistati per sesso e zona di intervento

Il 48,3% del campione è composto da Uomini ed il restante da donne. Le proporzioni sono confrontabili tra i due gruppi .

Età	Totale	"Sperimentale"	"Controllo"
18-34	23,2%	23,0%	23,4%
35-64	53,3%	53,6%	53,1%
65+	23,5%	23,5%	23,5%
Tot.	1200	605	595

Tab10. Distribuzione dei pazienti intervistati per età e zona di intervento

La stratificazione per età è stata fatta individuando tre gruppi: persone tra i 18-35 anni pari al 23,2% del campione; soggetti tra i 35 e i 64 anni corrispondenti al 53,3% del campione; soggetti oltre i 65 anni pari al 23,5% del campione. Le proporzioni sono comparabili tra i due gruppi .

Lavoro	Totale	“Sperimentale”	“Controllo”	Dati PASSI 2011
Continuativo	44,8%	45,3%	44,4%	60,2%
Non continuativo	0,9%	1,0%	0,8%	7,1%
Non lavora	54,3%	53,7%	54,8%	32,7%
Tot.	1200	605	595	520

Tab11. Distribuzione dei pazienti intervistati per lavoro e zona di intervento

Il campione è composto prevalentemente da soggetti che non lavorano (54,3%) a seguire lavoratori (44,8%). Rari sono i soggetti che lavorano in modo non continuativo (0,9%). Le proporzioni rimangono simili nei due gruppi. Confrontando questi risultati con la rilevazione PASSI 2011 si vede che vi è un certo effetto di sovra rappresentazione di soggetti non lavoratori. Questo probabilmente deriva dalla natura della indagine telefonica: nonostante gli accorgimenti presi (telefonate effettuate la sera, nei week end,..) è stata probabilmente contattata una quota maggiore di soggetti che stanno più spesso a casa, tra cui ci sono in particolare i non lavoratori. Un'altra possibile spiegazione deriva da una variabile di selezione del campione: sono state intervistate solo persone che sono state dal medico almeno una volta negli ultimi 4 mesi; potrebbe esserci una relazione tra queste due variabili tale per cui i soggetti che vanno più spesso dal medico siano di più tra le persone che non lavorano. Anche per quanto riguarda le difficoltà economiche, che sono strettamente connesse alla situazione lavorativa, notiamo in Tab.12 delle differenze con i dati PASSI 2011: sono infatti più presenti nel campione soggetti con qualche/molte difficoltà economiche rispetto ai dati PASSI. La maggior parte dei soggetti del campione presenta poche/alcune difficoltà ad arrivare a fine mese (78,6% del campione). Il 10,3% del campione non presenta nessuna difficoltà e l'11,2% del campione dichiara di avere molte difficoltà nell'arrivare a fine mese. Le proporzioni rimangono comparabili nei due gruppi.

Reddito: “come arriva a fine mese?”	Totale	“Sperimentale”	“Controllo”	Dati PASSI 2011
Molto facilmente	10,3%	8,3%	12,3%	13,1%
Abbastanza facilmente	44,5%	46,8%	42,2%	51,5%
Con qualche difficoltà	34,1%	31,7%	36,5%	31,2%
Con molte difficoltà	11,2%	13,2%	9,1%	4,2%
Tot.	1200	605	595	520

Tab12. Distribuzione dei pazienti intervistati per situazione economica e zona di intervento

La maggior parte del campione presenta titolo di studio di scuola superiore (45,4%) a seguire scuola media (26,3%), nessuno/elementare (15,0%) e laurea (13,3%). Le proporzioni rimangono simili nei due gruppi di interesse.

Titolo di Studio	Totale	“Sperimentale”	“Controllo”
Nessuno - elementare	15,0%	13,6%	16,5%
Scuola media	26,3%	28,3%	24,2%
Scuola superiore	45,4%	46,9%	43,9%
Laurea	13,3%	11,2%	15,5%
Tot.	1200	605	595

Tab13. Distribuzione dei pazienti intervistati per titolo di studio e zona di intervento

Dato interessante è il numero di visite effettuate dal MMG: la maggior parte dei pazienti riferisce di essere stato dal MMG da 1-3 volte negli ultimi 4 mesi (86,7%). Vi è tuttavia un 13,4% di soggetti che riferisce di essere stato dal MMG dalle 4 volte in su in 4 mesi, fino ad un massimo di 16 visite. La peculiarità di questo gruppo potrebbe avere come una prima, semplice, spiegazione l'essere caratterizzato da patologie cliniche. A testimonianza di ciò si veda Tab. 15 dove, tra i soggetti a cui il medico ha consigliato l'attività fisica, il gruppo dei pazienti caratterizzato dal maggior numero di visite riferisce come scopo principale del consiglio del MMG: “la cura di un problema attuale di salute”. C'è da tenere conto che questo sottogruppo è una quota molto esigua del campione (4,2%). Si è scelto di considerarli separatamente dagli altri pazienti in quanto essi mostrano delle caratteristiche particolari che li differenziano da tutti gli altri. Nonostante ciò bisogna tenere conto della bassa numerosità in quanto le considerazioni fatte su questo gruppo risentono di questo aspetto, pertanto presentiamo i risultati su questo gruppo come spunto per riflessioni.

N° visite Medico	Totale	“Sperimentale”	“Controllo”
1-3	86,7%	87,8%	85,6%
4-6	9,2%	8,6%	9,7%
7-16	4,2%	3,6%	4,7%
Tot.	1200	605	595

Tab14. Distribuzione dei pazienti intervistati per numero di visite effettuate dal medico in 4 mesi e zona di intervento

N° visite Medico	Motivo del consiglio del medico sull'aumento dell'AM		
	Problema attuale di salute	A scopo preventivo	Entrambe le ragioni
1-3	48,0%	33,9%	18,1%
4-6	48,2%	44,4%	7,4%
7-16	77,8%	5,6%	16,7%
Tot.	50,0%	33,1%	16,9%

Tab15. Motivazione alla base del consiglio del medico per numero di visite (rispondono le persone che hanno avuto il consiglio del medico, n=272)

Analisi conoscitiva: i consigli del MMG sull'attività fisica in Trentino

Counseling sull'attività fisica

1. Prevalenza del counseling sull'attività motoria

Presentiamo di seguito i risultati sulla prevalenza del consigli del MMG sull'attività motoria, secondo quanto viene riportato dai pazienti intervistati. I pazienti riportano in generale che il MMG si è informato esplicitamente del loro livello di attività motoria solo nel 43,9% dei casi. Inoltre un 28,6% dei pazienti afferma che, anche se il MMG non si è esplicitamente informato è comunque a conoscenza del suo livello di attività motoria. Rispetto a quanto rilevato sui medici le percentuali di comportamenti di informazione sul livello di attività motoria sono più basse; a maggior ragione se teniamo conto del fatto che i MMG hanno affermato di informarsi su tutte le fasce della popolazione indistintamente (80,1% dei MMG riferisce di essersi informato del livello praticato di tutti i pazienti).

Considerando il consiglio in merito all'aumento dell'attività motoria, solo il 22,3% de pazienti afferma di esserne stato soggetto. Una spiegazione parziale del forte divario con quanto detto dai MMG è il fatto che essi stessi affermano di consigliare l'attività motoria prevalentemente in caso di pazienti a rischio, mentre la rilevazione è stata effettuata su un campione variegato della popolazione.

Per quanto concerne la verifica successiva rispetto ad aver seguito il consiglio del MMG, in questo caso notiamo che medici e pazienti hanno riferito nelle stesse percentuali che questo comportamento è stato messo in atto.

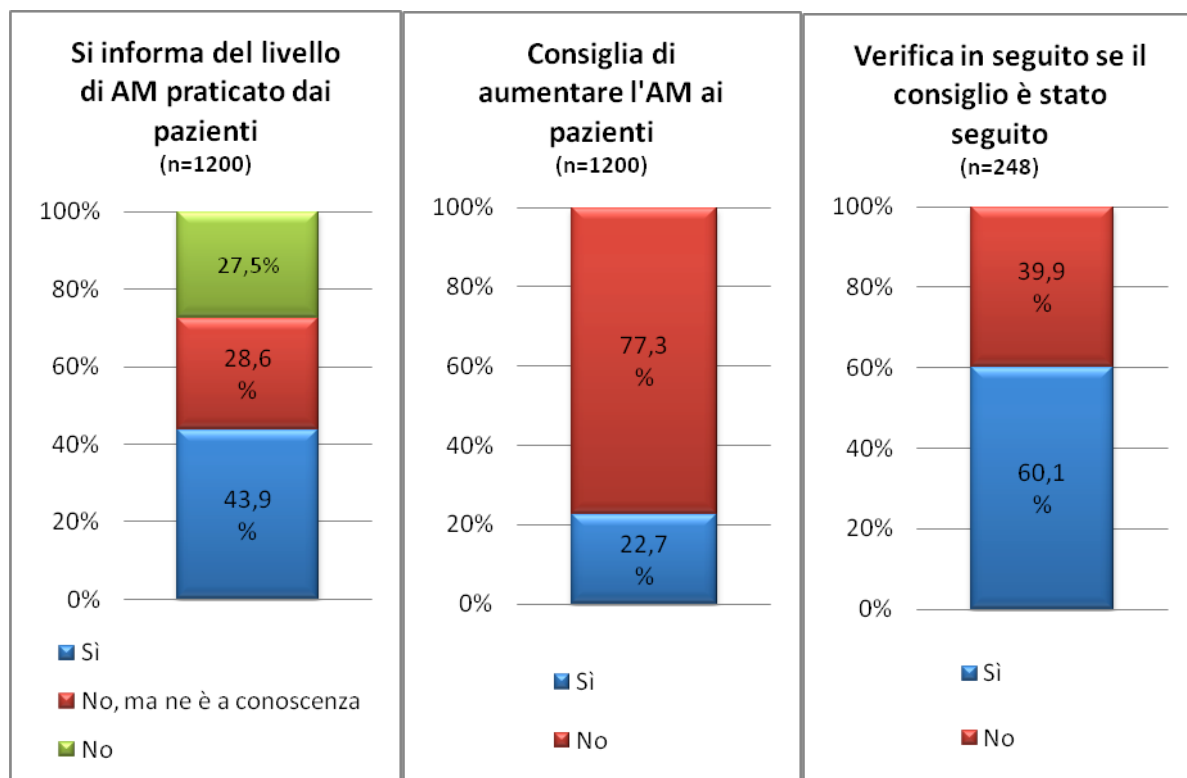


Fig. 14 Prevalenza di: informazione del MMG sul livello di AM del paziente (n=1200); consiglio del medico di aumentare il livello di AM (n=1200); verifica successiva da parte del medico se il consiglio è stato seguito (rispondono i pazienti che riferiscono di aver ricevuto il consiglio e che hanno rivisto il medico, n=248).

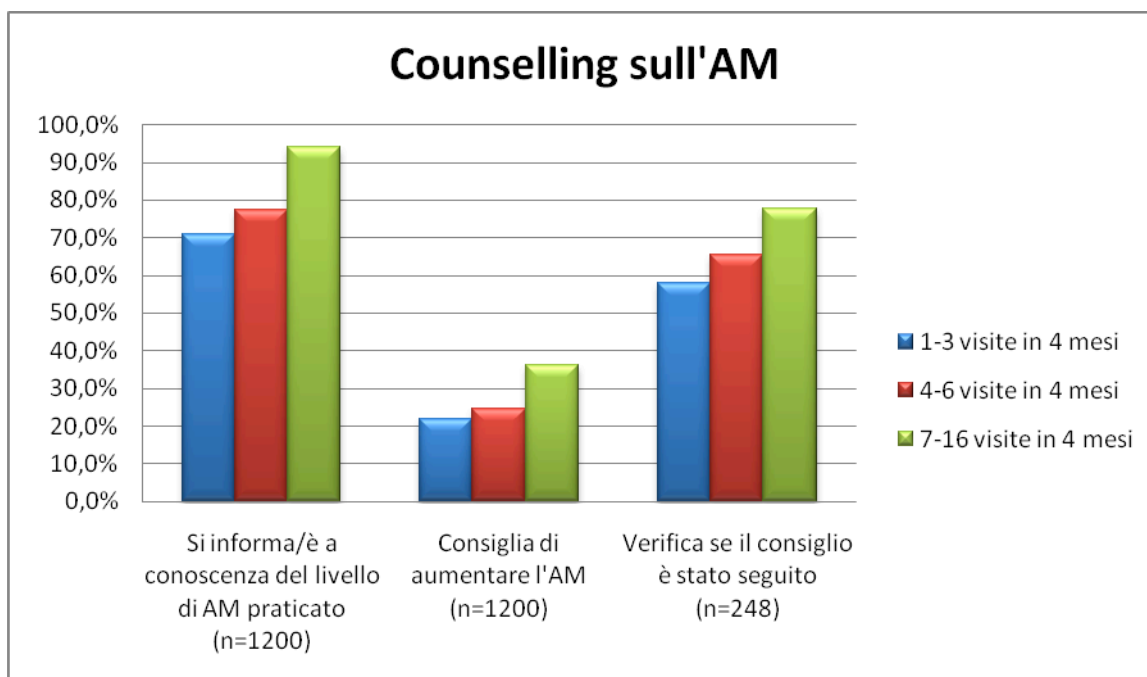


Fig. 15 Prevalenza di: informazione del MMG sul livello di AM del paziente (n=1200); consiglio del medico di aumentare il livello di AM (n=1200); verifica successiva da parte del medico se il consiglio è stato seguito (rispondono i pazienti che riferiscono di aver ricevuto il consiglio e che hanno rivisto il medico, n=248) per numero di visite effettuate dal paziente negli ultimi 4 mesi.

Un aspetto molto importante emerso dalle analisi effettuate sulle variabili nominate finora riguarda il numero di visite effettuate dal paziente. Innanzitutto vediamo in Fig. 15 come all'aumentare del numero di visite aumentino i comportamenti di counselling registrati dai pazienti. Particolarmente forte è l'effetto dei pazienti che sono stati dal MMG 7-16 volte negli ultimi 4 mesi, che come è stato precedentemente verificato sono i soggetti a cui corrispondono maggiori problemi di salute. Anche considerando questa variabile in modelli di regressione logistica, per valutarne quindi l'effetto al netto di altre caratteristiche quali l'età, il sesso, il livello di attività motoria, ecc, l'effetto si mostra significativo. Sembra quindi ragionevole ipotizzare un legame tra il counselling del MMG e lo stato di salute del paziente: come è emerso precedentemente anche dall'analisi sui medici, questi ultimi tendono a scegliere come interlocutore privilegiato nella promozione dell'attività motoria pazienti con patologie presenti o a rischio. Teniamo, tuttavia presente che il sottogruppo di pazienti che è stato dal MMG 7-16 volte in 4 mesi è una quota esigua del campione (4,2%) pertanto l'inferenza che si fa sulle loro caratteristiche non può che risultare penalizzata da questo aspetto.

E' stato poi chiesto ai pazienti che riportano di aver ricevuto il consiglio, da parte del MMG, di aumentare il livello di AM praticato quale è stato il motivo alla base di tale consiglio. I risultati, presentati in Fig. 16 mettono in luce come prevalentemente alla base di tale consiglio ci sia la presenza di una patologia attuale (50,0% dei casi). Solo nel 33,1% dei casi la promozione dell'attività fisica viene effettuata in assenza di problemi di salute, al contrario nel 16,9% dei casi la promozione viene effettuata già in presenza di una patologia, ovvero quasi ad evitare peggioramenti o comunque come un qualcosa da affiancare ad una "cura" già presente.

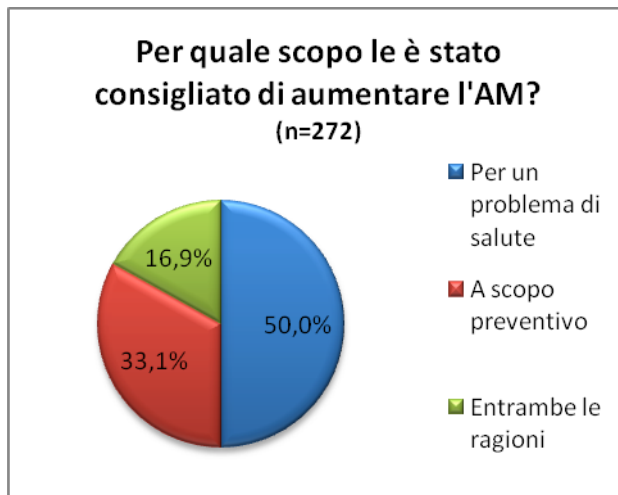


Fig. 16 Motivazioni alla base del consiglio del medico di aumentare il livello di attività motoria (rispondono i soggetti che hanno ricevuto il consiglio del medico, n=272)

2.Modalità del counselling effettuato

Consideriamo come il consiglio del MMG si concretizza nella pratica secondo quanto riportato dai pazienti. Per quanto concerne il tipo di informazioni che il MMG affianca al consiglio di aumentare l'AM, notiamo come l'ordine delle 4 tipologie di informazioni sia lo stesso affermato dai MMG (il 98,6% dei MMG afferma di indicare i benefici sulla salute, il 92,% il tipo di attività da praticare, l'86% la frequenza e durata giornaliera e il 39% le strutture a cui rivolgersi)

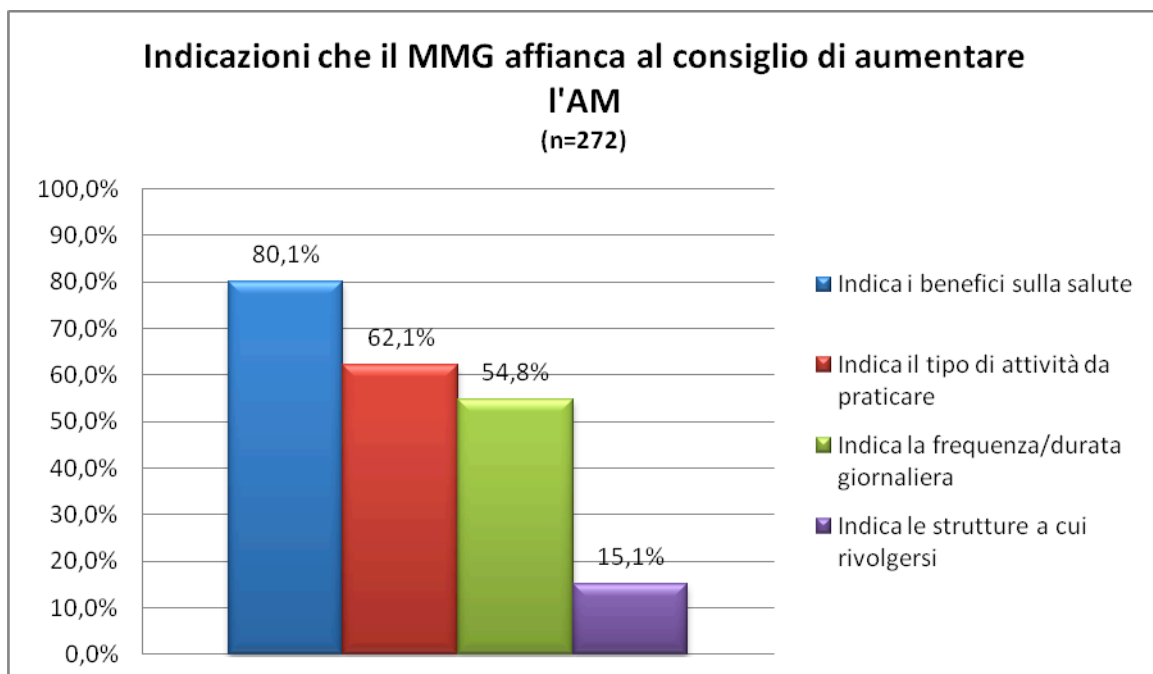


Fig. 16 Informazioni che il paziente riporta di aver ricevuto dal MMG al momento del consiglio di aumentare il livello di attività motoria (rispondono i soggetti che hanno ricevuto il consiglio del medico, n=272)

Il MMG sembra quindi affiancare quasi sempre al consiglio delle spiegazioni in merito ai benefici che l'AM apporterà alla salute del paziente.

E' stato adattato un modello di regressione logistica per vedere quali sono le variabili che incidono sulla probabilità di aver ricevuto questo tipo di informazione . Le persone che sono state dal MMG 1-3 volte in 4 mesi, mostrano di aver ricevuto di più questo tipo di informazione; nessuna altra variabile risulta avere effetti significativi. Questo potrebbe significare che questa informazione viene data indistintamente a tutti i pazienti senza categorie preferenziali ma come aspetto di promozione generalizzata.

Per quanto riguarda le altre informazioni, si manifesta di nuovo l'aspetto di maggior attenzione del MMG sui soggetti a rischio solo per quanto riguarda l'indicazione delle strutture.

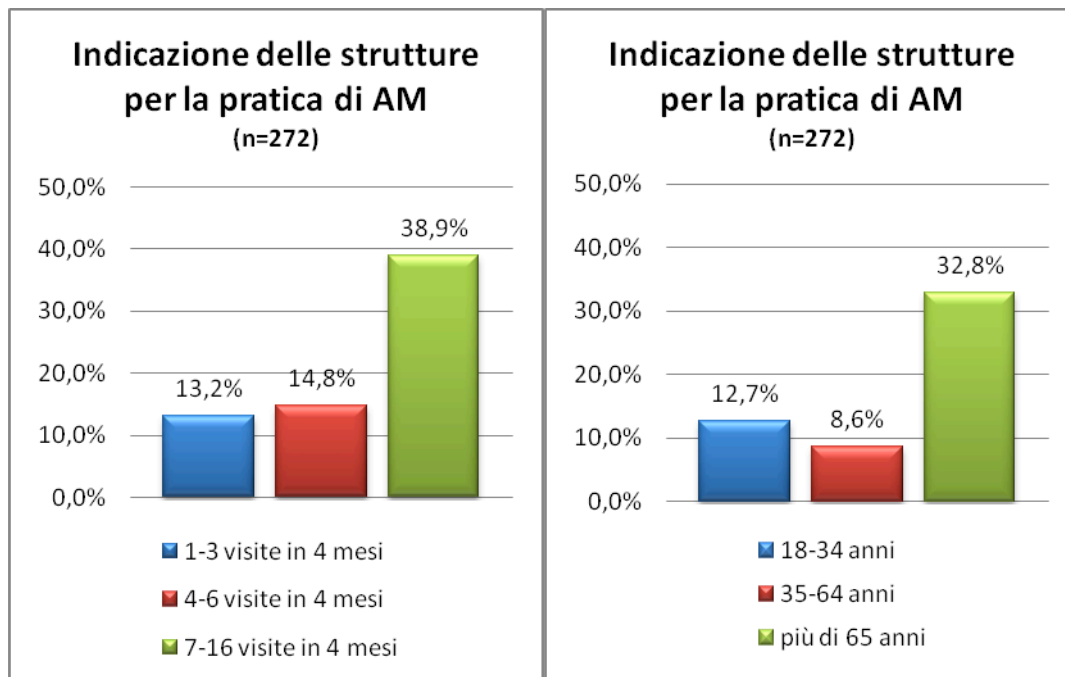


Fig. 17 Soggetti che hanno avuto informazioni dal MMG sulle strutture presenti, per numero di visite ed età (rispondono i soggetti che hanno ricevuto il consiglio del medico, n=272)

La Fig. 17 evidenzia come questo tipo di informazioni siano state ricevute prevalentemente da soggetti con probabili problemi di salute e da anziani. Tali effetti sono risultati significativi considerando congiuntamente tutte le variabili strutturali (sesso, età, livello di attività motoria, lavoro, ecc) in un modello di regressione logistica per analizzare la probabilità di aver ricevuto questo tipo di informazione rispetto al non averla ricevuta.

Non accade lo stesso per quanto riguarda gli altri tipi di informazione considerati: ciò sembra suggerire una privilegiata attenzione a soggetti "a rischio" nella promozione dell'attività motoria, ma per quanto concerne le modalità di promozione, le indicazioni e le spiegazioni che vengono affiancate al consiglio, il differente trattamento di queste categorie rispetto alle altre si mantiene solo per quanto riguarda l'indicazione delle strutture. Si tenga ancora una volta presente che la numerosità del gruppo "7-16 visite dal MMG in 4 mesi" è molto bassa; presentiamo questi risultati come elemento di riflessione.

In Fig. 18 è riportata la conoscenza dei pazienti in merito al recapito esistente per informarsi sulle attività promosse nel territorio. Si noti come questa conoscenza sia più diffusa tra i pazienti che tra i MMG (42,0% dei pazienti rispetto a 22,7% dei MMG risponde di conoscere il recapito); considerando questo aspetto e il fatto che, tra i pazienti che conoscono il recapito, solo il 14,3% lo ha ottenuto dal proprio MMG, si può affermare che tendenzialmente i pazienti ottengono questo tipo di informazioni da altri canali. Si noti anche che, nonostante sia meno conosciuto dagli MMG, essi riferiscono di utilizzarlo di più rispetto ai pazienti (42,7% rispetto a 33,9%).

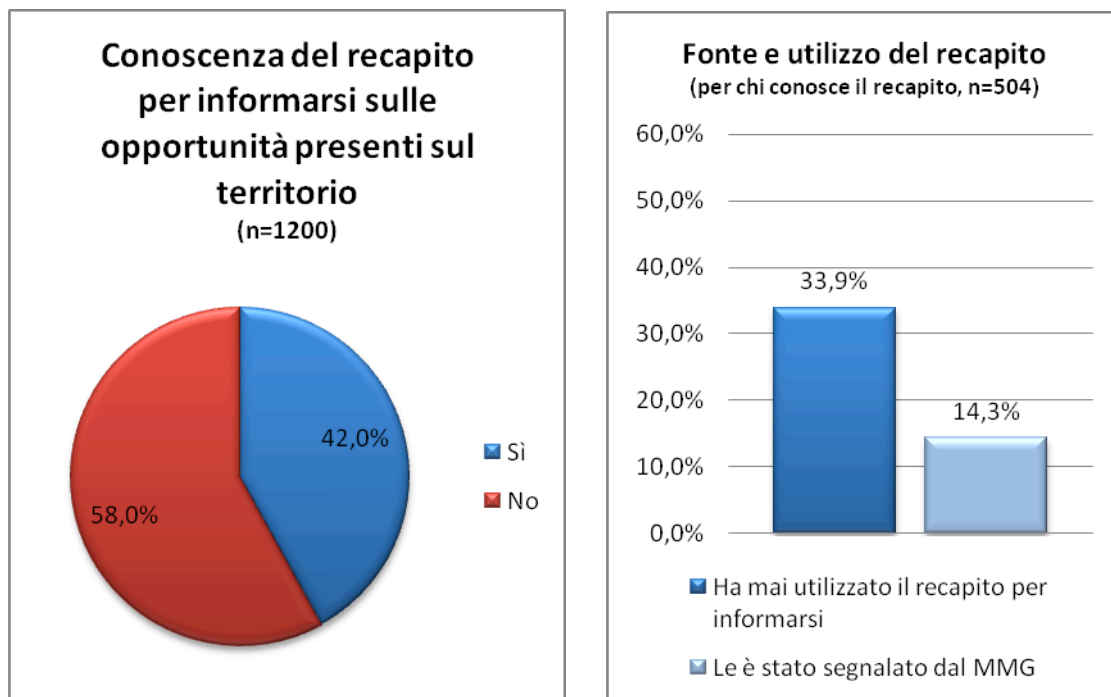


Fig.18 Conoscenza del recapito per informarsi sulle attività nel territorio (rispondono tutti i pazienti, n=1200); utilizzo del recapito e fonte del recapito (rispondono i soggetti che conoscono il recapito, n=504)

3. Influenza del MMG sul comportamento del paziente

Il presupposto del progetto in Trentino è la forte influenza che il MMG può avere sui comportamenti dei pazienti, ed in particolare sulla possibilità di aumentare il loro livello di AM.

E' emersa una forte soddisfazione generale dei pazienti rispetto al MMG. Solo il 2,1% del campione afferma, infatti di non essere soddisfatto del proprio MMG, il 24,2% dei pazienti si dichiara abbastanza soddisfatto mentre la maggior parte del campione (73,8%) si dichiara molto soddisfatto del proprio MMG. Pertanto questo risultato rafforza l'idea che il MMG possa essere un canale adeguato per la promozione di attività motoria; oltre alla competenza che viene in generale attribuita alla figura del MMG i pazienti trentini si rivelano contenti dei propri MMG e come tali saranno molto più probabilmente inclini a seguire le loro raccomandazioni.

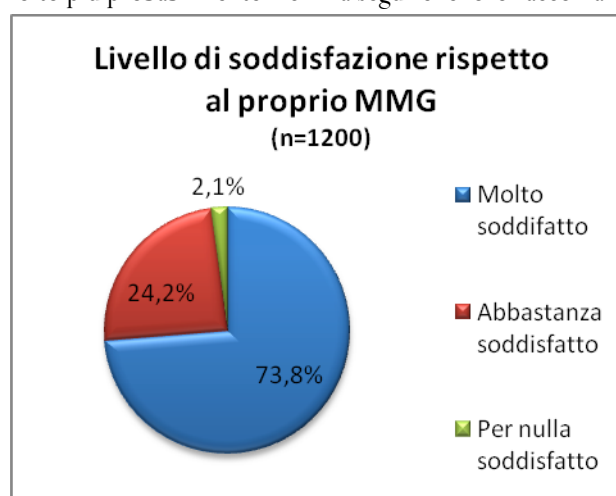


Fig.19 Soddisfazione espressa dai pazienti per i MMG. La domanda prevedeva risposte in scala 1-7: sono "molto soddisfatti" pazienti che rispondono 6-7 nella scala; "per niente soddisfatti" pazienti che rispondono 1-2 nella scala; abbastanza soddisfatti i rimanenti (rispondono tutti i pazienti, n=1200).

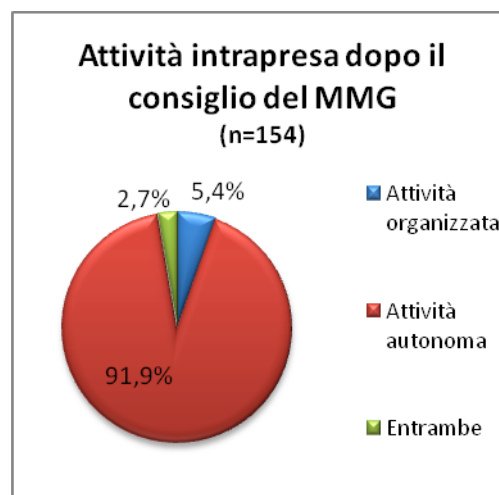
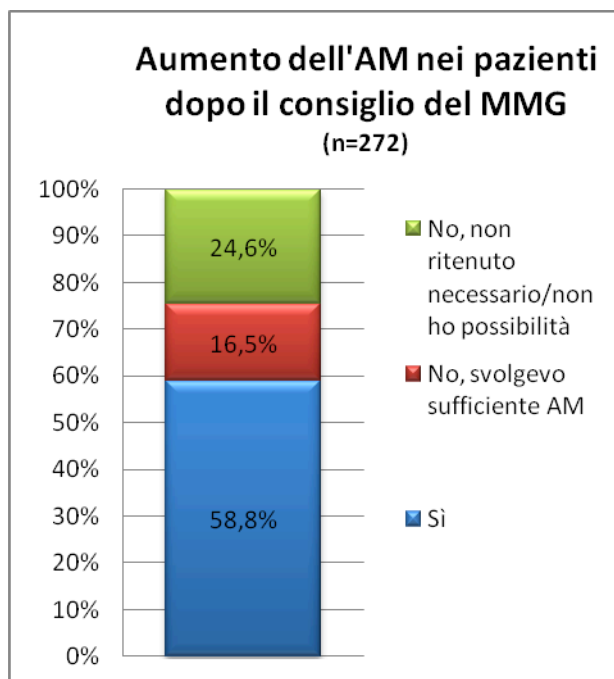


Fig. 20 Aumento dell'AM riferito dai pazienti dopo il consiglio del MMG (rispondono i pazienti che han ricevuto il consiglio, n=272); attività intrapresa dopo il consiglio del MMG (rispondono i pazienti che hanno ricevuto il consiglio, hanno aumentato il livello di AM e hanno dichiarato il tipo di attività intrapresa, n=154).

Sono riportati in Fig. 20 i comportamenti riferiti del pazienti dopo aver ricevuto il consiglio del medico. Il 58,8% dei pazienti afferma che dopo il consiglio del MMG ha effettivamente aumentato la sua attività motoria; il 16,5% sostiene di praticare attività fisica a livello adeguato e pertanto non ha modificato la sua attività motoria. Solo il 24,6% non ha ritenuto opportuno modificare le proprie abitudini o non ha potuto. Nel leggere questi risultati bisogna però tener presente che questa domanda è autoriferita e porta un problema di desiderabilità sociale. Considerando le variabili strutturali all'interno di un modello di regressione logistica per spiegare la probabilità di aver aumentato rispetto a non aver aumentato l'attività motoria è emerso come significativo l'effetto del livello di attività motoria. In Fig. 21 sono riportate le percentuali delle risposte a questa domanda secondo il livello di attività motoria dei pazienti. I pazienti sedentari sono quelli che riferiscono di meno di aver aumentato il loro livello di AM e di più di non aver avuto la possibilità/ritenuto necessario aumentarla. Il fatto che, nonostante l'insita desiderabilità sociale della domanda, i soggetti sedentari manifestino apertamente che non possono/non intendono aumentare la l'attività motoria praticata li presenta come i soggetti su cui è più difficile incidere nella promozione della stessa.

Consideriamo l'utilizzo del recapito per informarsi sulle attività promosse nel territorio: in Fig.22 è riportato l'utilizzo del recapito a seconda del tipo di fonte da cui è derivato. Si noti come cambia fortemente il comportamento a seconda che la fonte sia il MMG o no: il 66,7% dei pazienti che hanno ricevuto il recapito dal medico lo hanno poi utilizzato effettivamente per informarsi, mentre solo il 28,5% dei pazienti che lo ha ottenuto da un'altra fonte lo ha poi utilizzato². Questo risultato mette in luce la forte incidenza dei consigli del MMG nel determinare il comportamento del paziente quanto a pratica di attività motoria.

² Nota: E' stato effettuato un test per verificare l'indipendenza tra la variabile "fonte del recapito" e "utilizzo del recapito". Il valore del test è: $X^2_{oss}=38,5$ con $p\text{-value}<0,01$. Al variare della fonte varia significativamente la percentuale dei soggetti che la utilizzano.

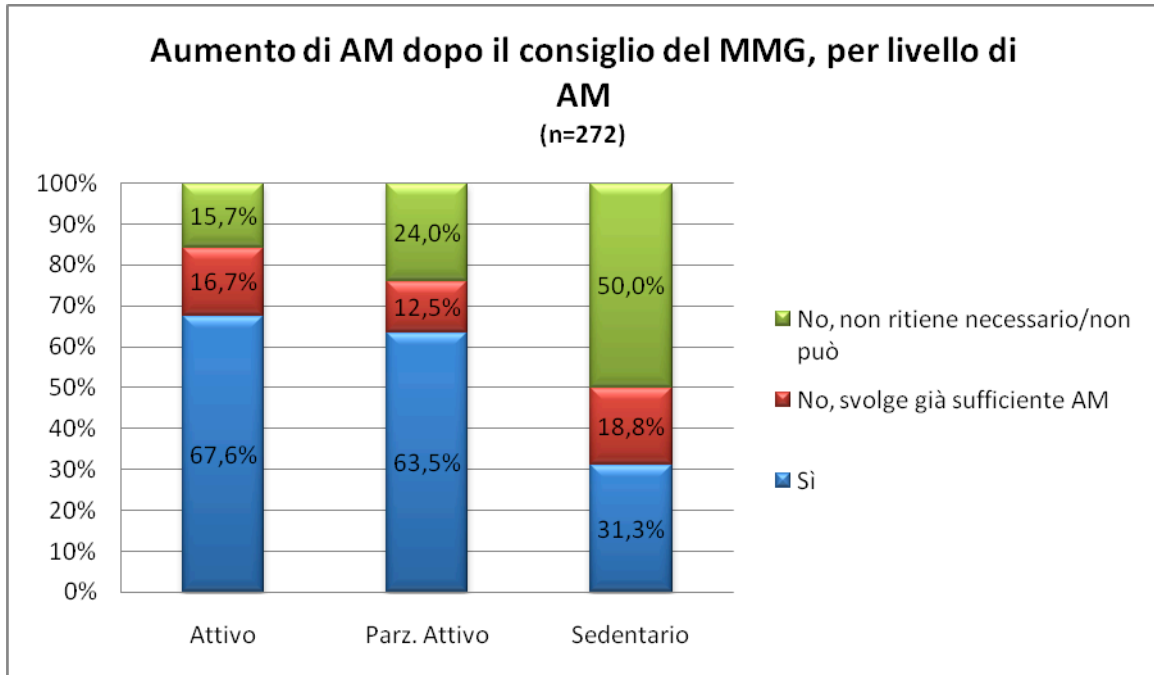


Fig.21 Aumento dell'AM riferito dai pazienti dopo il consiglio del MMG per livello di AM del paziente (rispondono i pazienti che han ricevuto il consiglio, n=272).

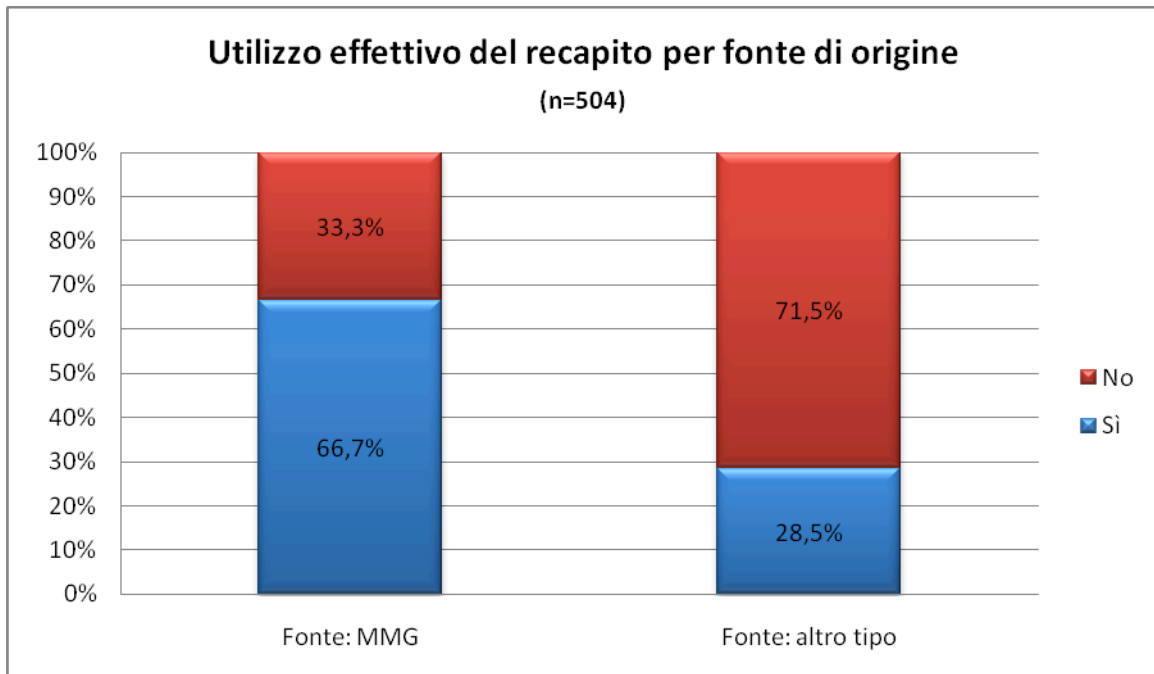


Fig.22 Utilizzo del recapito per fonte da cui il paziente lo ottiene (rispondono i pazienti a conoscenza del recapito, n=504).

Attività motoria e offerta del territorio

1. Offerta del territorio

Ai pazienti intervistati, come ai MMG, è stato chiesto se, per praticare attività motoria non agonistica in Trentino sia necessario il certificato medico. Analogamente a quanto registrato per il MMG, anche tra i pazienti la conoscenza corretta (ovvero l'assenza di obbligo di certificato medico in provincia di Trento) è diffusa solo tra il 37% della popolazione. Tale risultato potrebbe avere come spiegazione il fatto che in molti centri (palestre, ecc) comunque questo tipo di documentazione è richiesta. Pertanto è anche possibile supporre che la maggior parte dei trentini pratici attività sportiva o autonomamente (si vedano i risultati sulle attività dichiarate dopo il consiglio del MMG) o in centri di questo tipo, dato che la maggior parte di loro non è al corrente di questa informazione. Rimane un punto su cui interrogarsi il fatto che MMG e pazienti manifestino lo stesso livello di conoscenze.

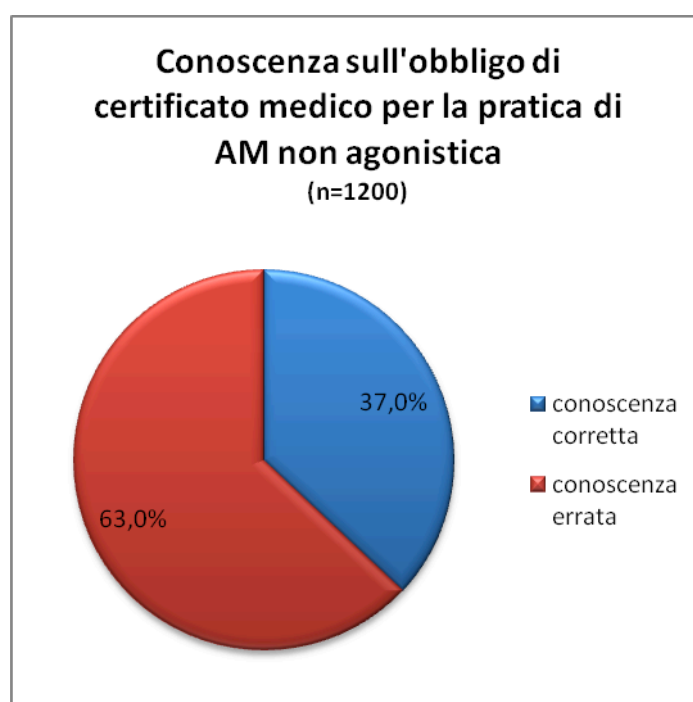


Fig.25 Conoscenza dei pazienti sull'obbligo di certificato medico in trentino per la pratica di attività motoria non agonistica: risposta corretta "No" (n=1200).

E' stato chiesto anche ai pazienti la loro opinione circa le possibilità per la pratica di attività motoria offerta dal territorio. I risultati sono esposti in Fig. 26. E' molto importante notare come solo il 3,3% del campione ritiene inadeguate le possibilità del territorio, quindi il restante 96,7% ritiene il territorio almeno adeguato quanto ad offerta per la pratica di attività motoria.

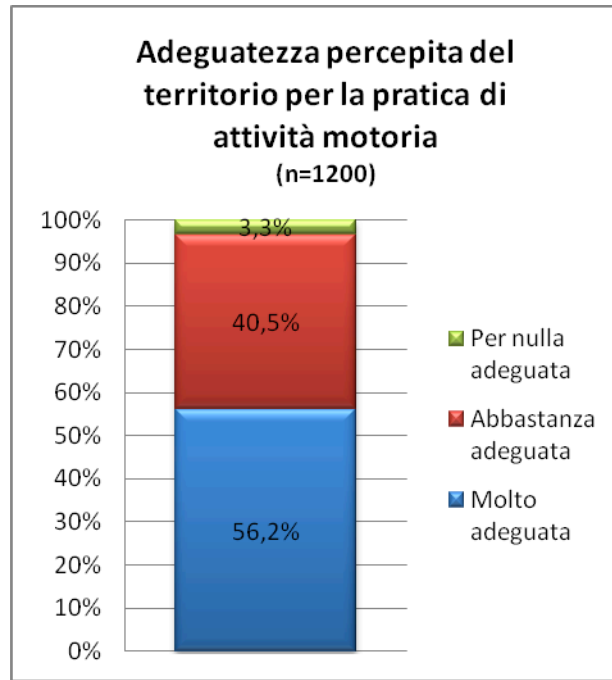


Fig.26 Adeguatezza percepita dai pazienti circa l'offerta del territorio per la pratica di AM (n=1200).

2. Conoscenze dei pazienti sui benefici dell'attività motoria

In una parte del questionario sono state poste ai pazienti alcune domande vero-falso sui benefici che può apportare l'attività motoria a determinate problematiche/patologie. Le percentuali di soggetti che rispondono correttamente a tali domande sono riportate in Fig. 23.

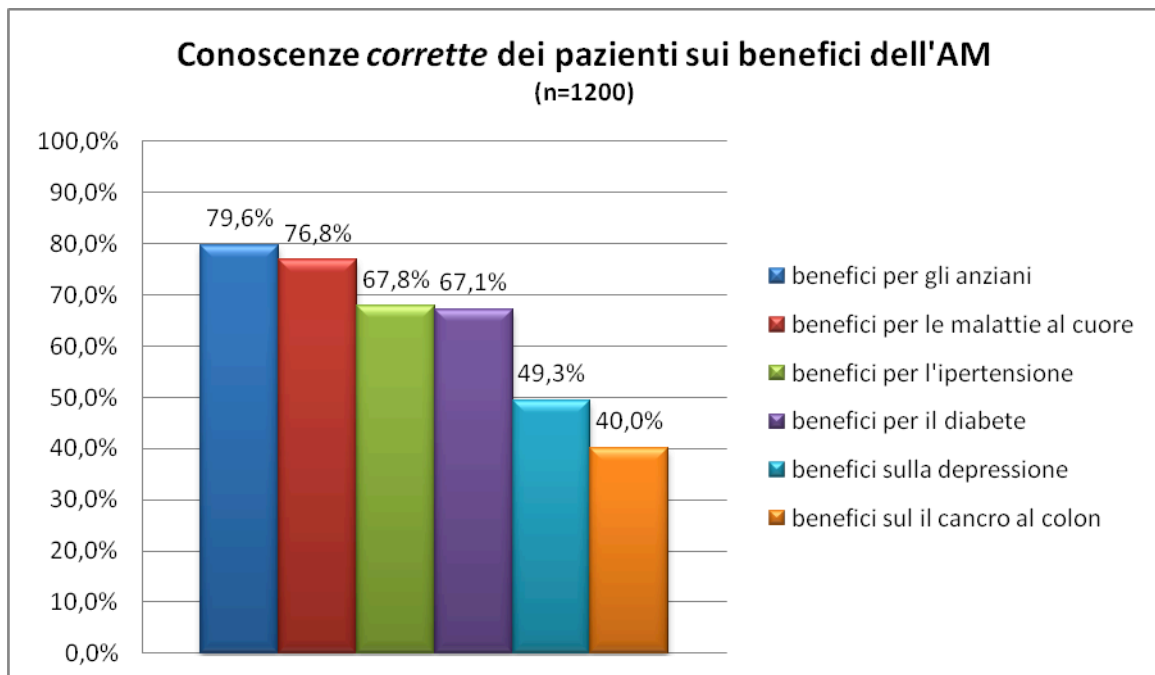


Fig.23 Conoscenze corrette manifestate dai pazienti alle domande sugli effetti dei benefici dell'AM (rispondono tutti i pazienti, n=1200).

Emerge in generale un quadro di conoscenza molto variegato. Alcuni aspetti sono abbastanza conosciuti: tra il 76 e l'80% dei pazienti sa che l'attività motoria può essere praticata anche da anziani e soggetti con malattie croniche al cuore; attorno al 67-68% dei pazienti conosce gli effetti benefici dell'attività motoria su ipertensione e diabete; per quanto riguarda invece gli effetti su depressione e cancro al colon il numero di pazienti che ha la conoscenza della attività motoria come fattore protettivo verso queste due patologie scende sotto il 50%.

E' stato poi costruito un indicatore generale della conoscenza, dando un punto al soggetto per ogni risposta esatta (l'indicatore ha quindi range 0-6). A livello generale risulta che solo il 36,6% ha conoscenze alte, ovvero conosce 5 o 6 dei 6 benefici dell'AM elencati. In Fig.24 sono riportate le percentuali di soggetti che hanno una conoscenza "alta" secondo le varie caratteristiche elencate.

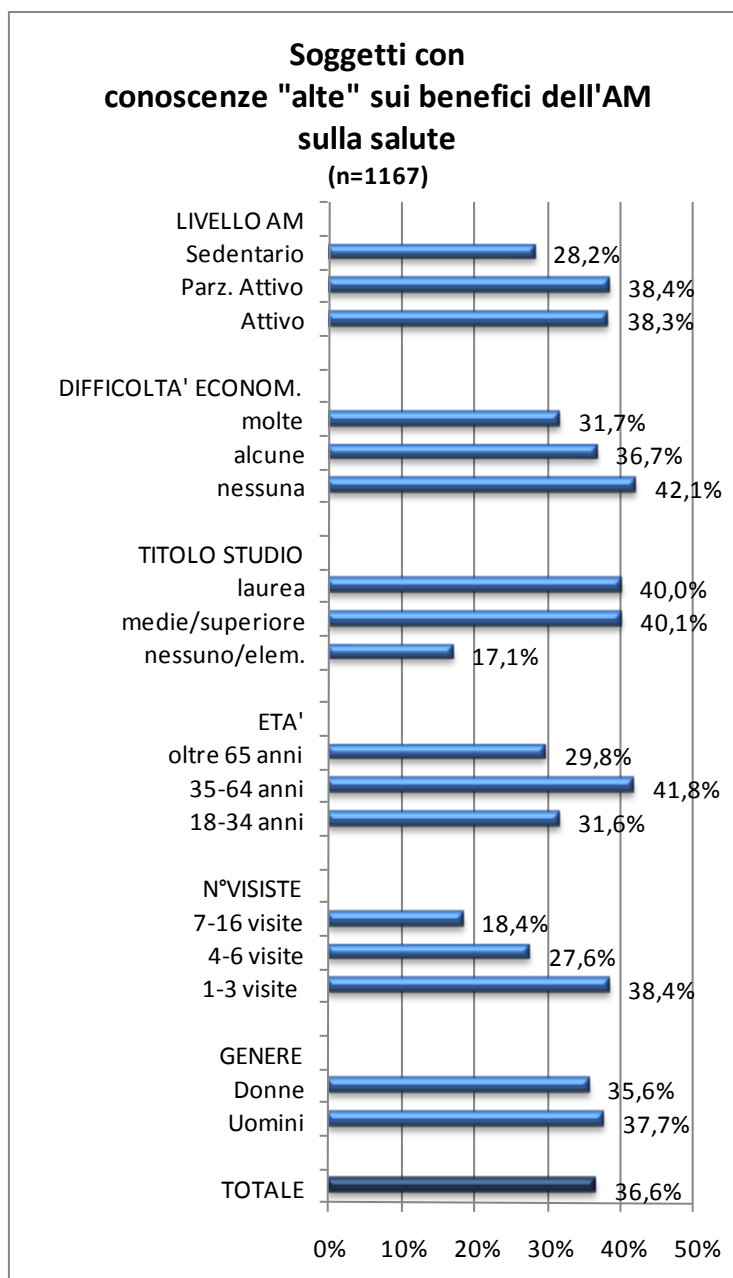


Fig.24 Distribuzione delle conoscenze "alte" secondo l'indicatore, per le principali variabili strutturali (casi senza valori mancanti, n=1167).

E' stato costruito un modello di regressione logistica per modellare la probabilità di avere conoscenza "alta" (valori dell'indicatore 5/6) rispetto a media o bassa. Le variabili che mostrano avere effetti significativi sono: il titolo di studio, in quanto titolo di studio medio e alto sono positivamente associati ad avere una alta conoscenza; il numero di visite dal medico, soggetti che sono stati dal medico 7-16 volte mostrano una conoscenza più bassa degli altri; la classe di età, soggetti con età tra i 35 e i 64 anni mostrano una conoscenza più alta.

Si noti che il gruppo di pazienti con alto numero di viste dal medico manifesta una conoscenza più bassa: è importante notare quindi che il gruppo su cui il medico effettua maggiormente promozione dell'attività motoria sia il più svantaggiato sia a livello di salute che a livello di conoscenze dei benefici che la attività motoria può portare. Anche se gli effetti non sono risultati significativi, si noti una minore conoscenza nei sedentari rispetto alle altre due categorie.

Il forte effetto della seconda classe di età presentato in Fig.24 è spiegabile parzialmente tramite il titolo di studio: si noti in Fig. 25 come tra i soggetti di questa classe sia presente la minore percentuale di soggetti con titolo di studio basso/nessun titolo di studio. Tuttavia il fatto che considerandolo assieme alle altre variabili nel modello di regressione logistica esso permanga significativo (al netto quindi di altri aspetti come il titolo di studio, il numero di visite dal medico, ecc) conferma la maggiore conoscenza di questa classe di età. Un possibile spiegazione può essere il fatto che questi soggetti mostrano più conoscenze dei soggetti giovani in quanto rispetto a molte patologie elencate (ipertensione, diabete, malattie al cuore e cancro al colon) è più probabile che questo gruppo di soggetti sia già venuto a contatto, per lo meno per quanto riguarda la prevenzione. Ciò non è necessariamente vero per i soggetti più giovani.

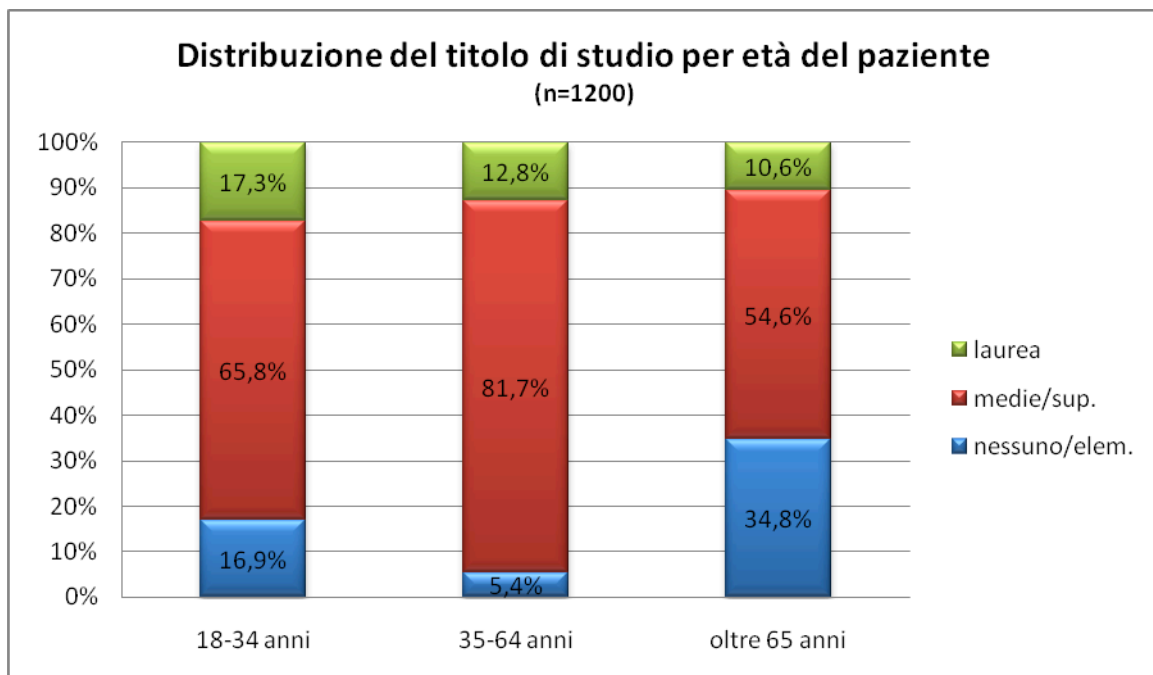


Fig.25 Distribuzione del titolo di studio secondo l'età del paziente (n=1200).

Anche per quanto concerne la variabile "difficoltà economiche", l'apparente effetto che si nota in Fig. 24 scompare se si considera la variabile congiuntamente alle altre: anche questo è spiegabile tramite la composizione di questa classe tramite il titolo di studio: in Fig. 26 si può notare come all'aumentare del titolo di studio diminuiscano le difficoltà economiche, pertanto è piuttosto il titolo di studio a spiegare la differenza nelle conoscenze di questi soggetti.

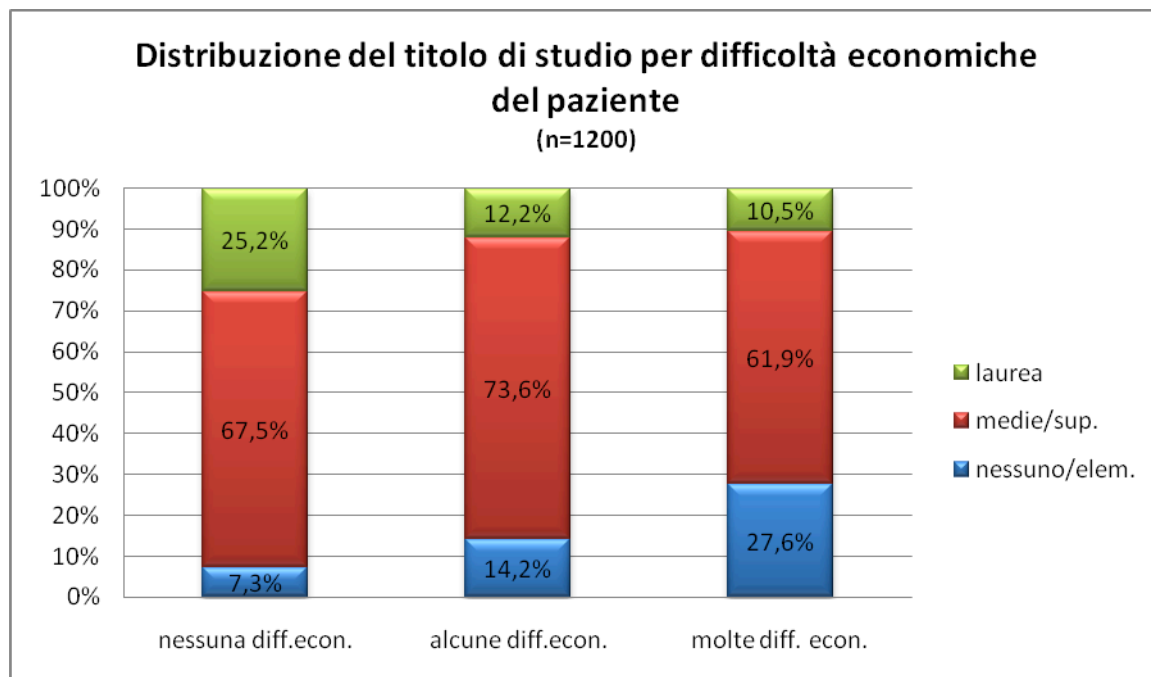


Fig.26 Distribuzione del titolo di studio secondo le difficoltà economiche dichiarate dal paziente (n=1200).

3. Livello di attività motoria dei pazienti

L'indicatore di attività motoria è quello utilizzato dalle indagini PASSI.

Definizioni

attivo: è un individuo che: a) svolge un lavoro pesante, cioè un lavoro che richiede un notevole sforzo fisico (ad es. manovale, muratore, agricoltore), b) aderisce alle linee guida sulla attività fisica: 30 minuti di attività moderata per almeno 5 giorni alla settimana, oppure attività intensa per più di 20 minuti per almeno 3 giorni settimanali;

parzialmente attivo: è un individuo che non svolge un lavoro pesante dal punto di vista fisico, ma fa qualche attività fisica nel tempo libero, senza però raggiungere i livelli raccomandati;

sedentario: è un individuo che non svolge un lavoro pesante e che, nel tempo libero, non fa attività moderata o intensa.

In Fig. 27 sono riportate le proporzioni di soggetti attivi e sedentari nel campione a seconda di alcune caratteristiche dei soggetti. Il campione intervistato presenta una percentuale di attivi pari al 48,1%; i sedentari sono invece il 17,3%.

Sono stati adattati due modelli, uno per modellare la probabilità di essere o meno "attivi" e uno per modellare la probabilità di essere o meno "sedentari".

Per quanto concerne la probabilità di essere attivi si noti l'effetto della variabile "numero di visite": conseguentemente alle ipotesi fatte precedentemente sul gruppo di pazienti che ha effettuato dalle 7-16 visite in 4 mesi, non sorprende che essi siano il gruppo con livello di attività motoria più basso. Tuttavia questo significa anche che la maggiore attenzione riservata dai medici a questo gruppo, comporti una maggiore attenzione in generale sul gruppo di pazienti con il livello di attività motoria più basso. Risultano significativi la differenza di genere, con le donne meno attive, la soddisfazione per il territorio, che aumenta la probabilità di essere attivo. Non risultano invece significative le conoscenze, per lo meno per quanto riguarda gli item rilevati con il questionario.

Per quanto riguarda la probabilità di essere sedentari gli effetti sono simili: i soggetti che sono stati più spesso dal medico sono più sedentari, lo stesso vale per le donne. Non risulta però più discriminante la soddisfazione per il territorio. In entrambi i modelli emerge anche un effetto del titolo di studio: i soggetti con titolo intermedio

presentano più attivi e meno sedentari. L'apparente relazione tra difficoltà economiche e sedentarietà scompare se si considera congiuntamente alle altre variabili nel modello di regressione.

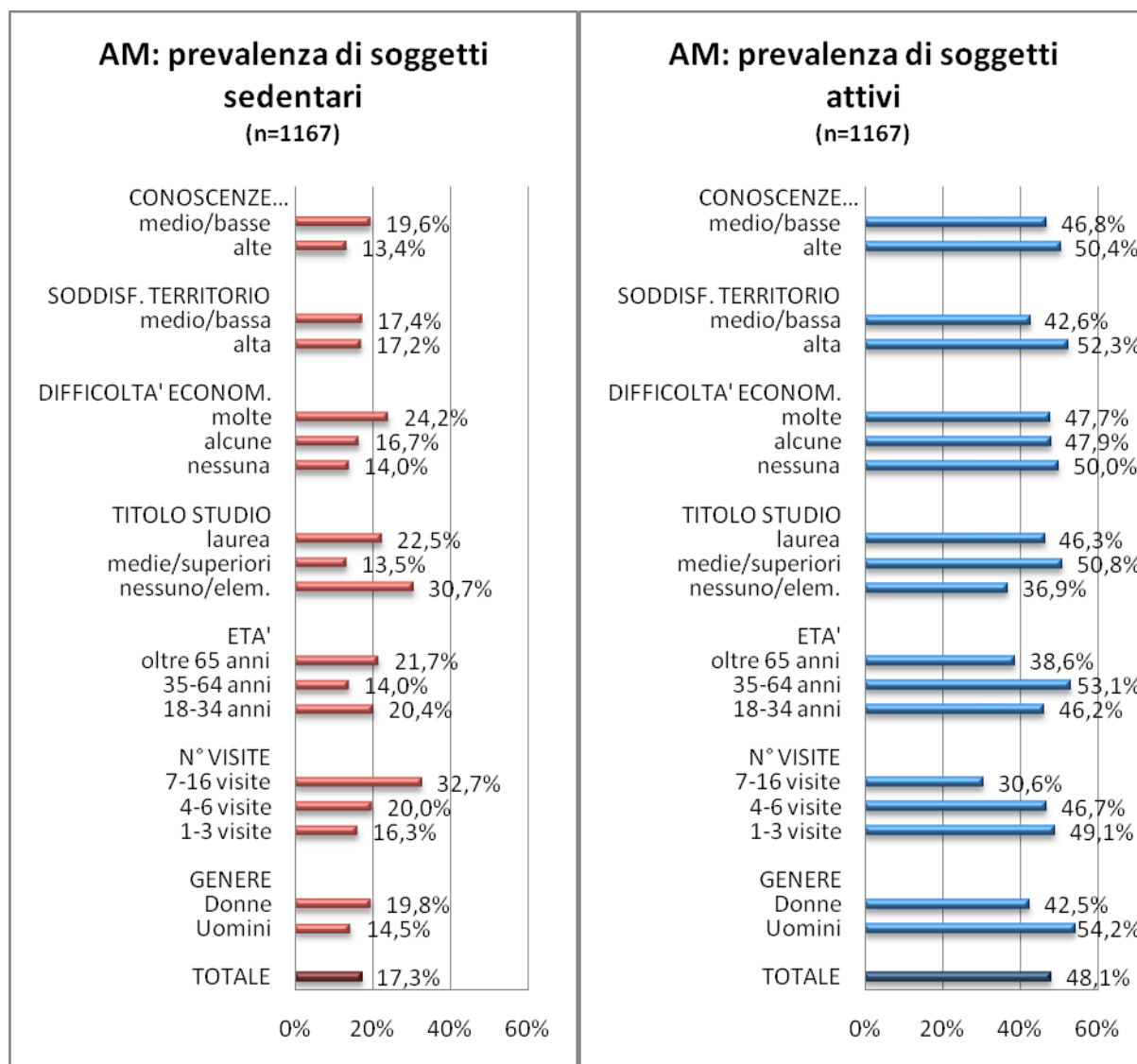


Fig. 27 Prevalenza di soggetti attivi e sedentari, per le principali variabili strutturali (casi senza valori mancanti, n=1167).

Dati PASSI 2011: livello di AM	18-34 anni	35-64 anni	65-69 anni	Totale
Attivo	39,0%	39,5%	48,8%	40,2%
Parz.attivo	40,4%	42,8%	30,2%	41,1%
Sedentario	20,6%	17,7%	20,9%	18,7%
Tot.	136	339	43	518

Tab. 16 Prevalenza di soggetti attivi, parzialmente attivi e sedentari in Trentino, dati PASSI 2011

In Tab. 16 sono riportate le percentuali dei soggetti coinvolti nell'indagine PASSI 2011 in Trentino per età e livello di attività motoria. L'indagine PASSI, diversamente da questa, coinvolgeva soggetti solo fino ai 69 anni di età. Tuttavia si nota una certa differenza per quanto riguarda l'indice di attività motoria nei soggetti dell'età

centrare. Come è già stato fatto notare la rilevazione online non è riuscita ed evitare un leggero effetto di selezione per cui sono stati intervistati più spesso soggetti che non lavorano (e pertanto stavano più spesso a casa e forse sono anche meno sani, dato che sono stati esclusi dal campione soggetti che non sono mai stati dal MMG negli ultimi 4 mesi) con il quale si possono spiegare tali differenze.

Analisi valutativa: valutazione dell'intervento sulla promozione dell'am per i MMG

1. Intervento valutativo: aspetti rilevanti emersi

Sono riportati nella Fig. 26 le differenze tra i due gruppi risultate significative nei modelli di regressione logistica adattati: la significatività di tali differenze è quindi al netto delle altre caratteristiche considerate (età, sesso, livello di AM, titolo di studio, difficoltà economiche e numero di visite effettuate dal medico).

Dalle analisi effettuate emergono differenze significative tra i due gruppi per quanto riguarda il consiglio del medico di effettuare più attività motoria e i consigli sulle specifiche strutture presenti. Questo aspetto si manifesta come un buon risultato per l'intervento: infatti esso si proponeva il principale scopo di aumentare i consigli del medico e le loro informazioni sulle strutture in zona. Emergono anche differenze per quanto riguarda le conoscenze sui benefici dell'attività motoria sulla salute tali per cui i pazienti nelle zone di intervento mostrano conoscenze più alte dei benefici che apporta la attività motoria sulla salute. Anche per quanto concerne la considerazione dell'offerta del territorio i pazienti delle zone di intervento si mostrano più soddisfatti degli altri. Emerge inoltre un effetto contrario sulle conoscenze del recapito e della non necessità di certificato medico per la pratica di attività motoria non agonistica. Precedentemente è stato rilevato come i pazienti mostrassero una conoscenza più alta dei MMG circa l'esistenza dei recapiti facendoci ipotizzare che il MMG non sia il canale principale secondo cui i pazienti ottengono questo tipo di informazione; pertanto la differenza riscontrata tra le due zone di intervento non è probabilmente da imputarsi a un diverso comportamento del medico quanto a contingenze territoriali. Lo stesso tipo di ragionamento può essere applicato alle differenze nelle conoscenze circa il mancato obbligo di certificazione medica per la pratica di attività motoria non agonistica: il fatto che gli stessi medici manifestino un livello di conoscenza pari a quelli dei pazienti fa ipotizzare che l'aver questa informazione dipenda principalmente da altre cause (per esempio vivere in una zona dove vi sono tanti centri che richiedono il certificato medico).

Differenze tra zone di intervento

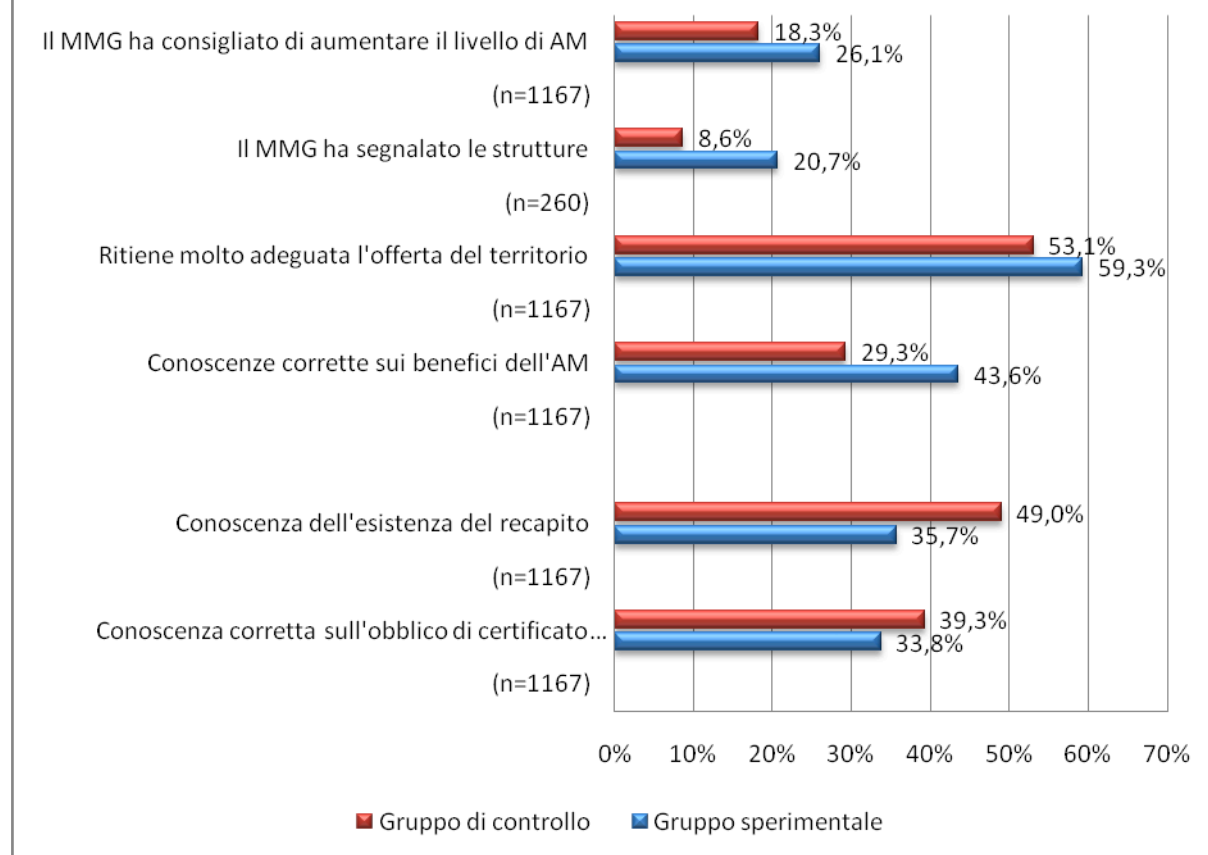


Fig.28 Differenza tra le due zone di intervento per alcune variabili rilevate: consiglio di aumentare l'AM (n=1167), informazione da parte del MMG circa le strutture (per i pazienti che hanno ricevuto il consiglio del MMG, n=260) ; considerazione del territorio circa l'offerta per la pratica di AM (n=1167), conoscenze sui benefici dell'AM (n=1167); conoscenza circa l'esistenza del recapito e sull'obbligo di certificazione medica per la pratica di AM(n=1167). Solo casi senza valori mancanti.

CONCLUSIONI

Analisi conoscitiva: la promozione dell'attività motoria da parte del MMG in provincia di Trento

Il quadro emerso dalle dichiarazioni di pazienti e MMG presenta la figura del medico in Trentino quale soggetto che promuove in maniera attiva l'attività motoria, principalmente in caso di soggetti a rischio e con patologie presenti. Possiamo quindi delineare una figura di MMG che considera l'attività motoria soprattutto un valido strumento di cura o da affiancare alle cure tradizionali, dando specifica attenzione al paziente ed alle sue caratteristiche. La promozione non avviene quindi in maniera generalizzata e uniforme su tutta la popolazione, bensì presenta interlocutori privilegiati e specifiche modalità. Il MMG tende ad affiancare quasi sempre al consiglio delle indicazioni sui benefici che l'attività motoria porterà al paziente; meno frequenti, ma comunque presenti nella maggior parte dei casi, sono le indicazioni sulle modalità dell'esercizio fisico, frequenza durata giornaliera e tipo di attività. Sono invece scarsamente offerte le indicazioni sulle strutture presenti nel territorio per la pratica dell'attività motoria. Per quanto poi concerne l'esistenza del recapito a cui informarsi circa le iniziative presenti, i pazienti si mostrano più informati degli stessi MMG: questo fa ipotizzare che il MMG non sia il principale canale da cui i pazienti ricevono questo tipo di informazioni. Questo potrebbe derivare da diverse cause. Il medico potrebbe non ritenere tra i suoi compiti anche l'indicazione delle strutture e dei recapiti. Oppure lo stesso paziente potrebbe non considerare il medico la fonte a cui chiedere indicazioni di questo tipo, pertanto privilegiando comunicazioni su cose che ritiene di maggiore attinenza al compito del medico nel momento della visita.

Nonostante la maggior parte dei MMG affermi di effettuare regolarmente counselling sull'attività motoria, più di metà del campione ritiene di aver comunque bisogno di ulteriori approfondimenti in merito all'attività motoria e le sue applicazioni in ambito preventivo/terapeutico.

Per quanto riguarda le domande poste ai medici sul loro comportamento di counselling, le analisi di regressione effettuate hanno messo in luce come le caratteristiche demografiche dei MMG e organizzative del loro lavoro (sesso, età, tipo di lavoro, numero di pazienti, livello di attività motoria) scarsamente creano differenziazioni nelle modalità di counselling. Pertanto se ne deduce che il principale fattore che determina la promozione dell'attività motoria nei medici è proprio la sensibilità e l'attenzione personale al problema.

Analisi valutativa: l'intervento di promozione sui MMG in provincia di Trento

Per quanto concerne l'intervento effettuato sui MMG, non si sono riscontrate differenze significative tra i MMG dei due gruppi; tuttavia c'è da tener conto che tutte le risposte date sono riferite e per quanto riguarda il comportamento concreto dei MMG risulta più interessante il confronto con i comportamenti riferiti dai pazienti. Nelle analisi effettuate sui pazienti sono infatti emerse delle differenze tra le due zone di intervento: i pazienti delle zone di intervento affermano di aver avuto più consigli da parte del MMG di effettuare più attività motoria e sulle specifiche strutture presenti. Questo risultato sembrerebbe buono per l'intervento: infatti esso si proponeva il principale scopo di aumentare i consigli del medico e le loro informazioni sulle strutture in zona. Emergono anche differenze per quanto riguarda le conoscenze sui benefici dell'attività motoria sulla salute: i pazienti delle zone di intervento si mostrano infatti più informati rispetto agli altri. Inoltre essi si dichiarano anche più soddisfatti delle opportunità del territorio.

Le differenze tra i due gruppi sono però nella maggior parte esigue e relative solo ai contenuti del kit.

Dalle domande effettuate ai MMG circa il kit informativo inviato, è però emerso una difficoltà da parte degli stessi a discriminare il materiale ricevuto. E' noto come i MMG siano una categoria sottoposta ad un continuo invio di

materiale informativo da diversi Enti ed organizzazioni. Questo ci pone l'interrogativo circa l'efficacia di questo canale divulgativo che per i MMG risulta ormai saturo e quindi non ottimale per gli interventi di promozione. Dalle analisi effettuate il MMG si conferma come una figura cardine per la promozione di attività motoria ai pazienti: oltre al fatto che esso si presenta al paziente come esperto ed autorevole per quanto riguarda le indicazioni sulla salute, al fatto che le modalità di rapporto tra medico e paziente permettono un counselling individuale, faccia a faccia e continuato nel tempo, i pazienti trentini si sono dichiarati molto soddisfatti dei loro medici e come tali probabilmente ancora più inclini a seguire le loro indicazioni, in generale ma anche per quanto concerne l'attività motoria.

Note metodologiche

Le analisi statistiche di tipo inferenziale (modelli di regressione logistica) per le analisi svolte sui pazienti vanno considerate solo come indicative in quanto il piano di campionamento non è di tipo probabilistico, si tratta infatti di un campionamento per quote.

I modelli di regressione adattati riguardano sempre un sottoinsieme del campione per il quale non sono presenti missing nelle covariate. Per quanto concerne i pazienti i valori mancanti (34) derivano dalla variabile “indice di attività motoria”, per un sottogruppo di pazienti non è stato possibile calcolarlo in quanto a riposte “non so” alle domande che concernono il calcolo dell’indice. Per quanto riguarda i medici sono stati esclusi dalle analisi tramite modelli di regressione 2 MMG che presentavano n° di pazienti privo di senso.

APPENDICE

Sono qui presentate le percentuali di risposta ad ogni domanda dei due questionari.

Rilevazione sui MMG

1. Negli ultimi 4 mesi, durante la Sua attività, si è informato del livello di attività fisica dei Suoi assistiti? (n=361)

Sì, di tutti	Sì, di alcuni gruppi a rischio	No
80,1%	8,0%	11,9%

2. Negli ultimi 4 mesi ha consigliato ai Suoi pazienti di fare più attività motoria? (n=361)

Regolarmente	Talvolta	Quasi mai	Mai
82,8%	14,4%	1,1%	1,7%

3. Quando ha consigliato l’attività fisica, lo ha fatto con tutti gli assistiti o solo con alcuni gruppi a rischio? (per i MMG che hanno dato il consiglio, n=351)

A tutti	Solo a gruppi a rischi
40,7%	59,3%

4. Quando ha consigliato l’attività fisica, ha dato anche indicazioni sul tipo di attività da praticare? (per i MMG che hanno dato il consiglio, n=351)

Sempre/Spesso	Raramente/Mai
92,0%	8,0%

5. Quando ha consigliato l'attività fisica, ha dato anche la frequenza e durata giornaliera? (per i MMG che hanno dato il consiglio, n=351)

Sempre/Spesso	Raramente/Mai
86,0%	14,0%

6. Quando ha consigliato l'attività fisica, ha indicato anche le strutture a cui ci si può rivolgere nel territorio? (per i MMG che hanno dato il consiglio, n=351)

Sempre/Spesso	Raramente/Mai
39,0%	61,0%

7. Quando ha consigliato l'attività fisica, ha indicato anche i benefici dell'attività fisica sulla salute del paziente? (per i MMG che hanno dato il consiglio, n=351)

Sì	No
98,6%	1,4%

7.b Quali ? (per i MMG che hanno dato il consiglio e che hanno dato indicazioni sui benefici dell'attività fisica sulla salute, n=346)

Minor rischio di obesità	Minor rischio malattie card.	Minor rischio di diabete	Minor rischio di cancro
63,0%	79,5%	50,6%	21,7%

Salute ossa e muscoli	Salute mentale/benes.	Altro
41,6%	44,5%	6,4%

Benefici sulla salute dell'attività fisica: "Altro"	
Apparato respiratorio	14
Glicemia	4
Apparato intestinale	3
Menopausa	2
Equilibrio e pressione per gli anziani	1
n.=22	

8. Se ha rivisto i pazienti ha chiesto se il consiglio è stato seguito? (per i MMG che hanno dato il consiglio, n=351)

Sempre/Spesso	Raramente/Mai
77,8%	22,2%

9. In Trentino secondo Lei, qual è la percentuale di MMG che da abitualmente consigli sull'attività fisica? (casi validi, n=355)

Mean
65,6

10. Ritiene di dover approfondire le Sue conoscenze riguardo all'attività fisica e le sue applicazioni in ambito terapeutico/preventivo? (n=361)

Sì	No
47,4%	52,6%

11. Per svolgere attività motoria non agonistica in provincia di Trento, un adulto necessita del certificato medico? (n=361")

Sì	No
63,4%	36,6%

12. Secondo Lei, la zona in cui abita offre adeguate opportunità per svolgere attività fisica? (n=361")

"Molto adeguate" (ha risposto 6 o 7 nella scala)	"Abbastanza adeguate" (ha risposto 3-4-5 nella scala)	"Per nulla adeguate" (ha risposto 1 o 2 nella scala)
63,2%	34,1%	2,8%

13. E' a conoscenza di un recapito (numero telefonico/indirizzo e-mail) a cui rivolgersi qualora avesse necessità di informazioni sulle iniziative di attività fisica promosse dalla Sua Comunità di Valle? (n=361")

Sì	No
22,7%	77,3%

14. Ha mai utilizzato tali recapiti per informarsi sulle attività promosse?

(per i medici a conoscenza del recapito, n=82)

Si	No
42,7%	57,3%

15. Ha mai segnalato tali recapiti ai pazienti?

(per i medici a conoscenza del recapito, n=82)

Si	No
59,8%	40,2%

16. Livello di attività motoria

“Attivi”	“Parz. Attivi”	“Sedentari”
33,8%	51,5%	14,7%

- **Materiale informativo: kit sull'attività motoria in Trentino**

Risultati sui MMG delle zone di intervento, n=199.

1. Ha ricevuto il materiale?

Si	No
68,8%	31,2%

2. Il materiale quanto ha aumentato le Sue conoscenze? (per i MMG che dicono di aver ricevuto il materiale, n=238)

“Molto” (ha risposto 6 o 7 nella scala)	“Abbastanza” (ha risposto 3-4-5 nella scala)	“Per nulla” (ha risposto 1 o 2 nella scala)
13,9%	55,5%	30,7%

3. Il materiale quanto ha influenzato il Suo comportamento nel consigliare più attività fisica ai pazienti? (per i MMG che dicono di aver ricevuto il materiale, n=137)

“Molto” (ha risposto 6 o 7 nella scala)	“Abbastanza” (ha risposto 4-5-6 nella scala)	“Per nulla” (ha risposto 1 o 2 nella scala)
11,7%	48,9%	39,4%

4. Si ritiene soddisfatto del materiale? (per i MMG che dicono di aver ricevuto il materiale, n=137)

“Molto” (ha risposto 6 o 7 nella scala)	“Abbastanza” (ha risposto 4-5-6 nella scala)	“Per nulla” (ha risposto 1 o 2 nella scala)
43,8%	43,1%	13,1%

5. E' venuto a conoscenza del progetto tramite qualche altro canale?

Sì	No
31,6%	68,8%

5.b Quale canale? (per i MMG che dicono di essere venuti a conoscenza del progetto tramite anche un altro canale, n=62)

Telefonata	Bollettino	Collega	Incontro al distretto	Altro
14,5%	27,4%	38,7%	22,6%	21,0%

Rilevazione sui pazienti

1. Il medico Le ha chiesto se fa regolare attività fisica? (N=1200)

Sì	No
43,9%	56,1%

2. Il Suo medico, secondo Lei, è a conoscenza del Suo livello di attività fisica? (se il MMG non si è informato del livello di attività motoria del paziente, n=673)

Sì	No
51,0%	49,0%

3. Il Suo medico Le ha consigliato di fare più attività fisica?

Si	No
22,7%	77,3%

4. A quale scopo Le è stato consigliato di svolgere attività fisica?

(per i pazienti a cui il medico ha consigliato l'attività motoria, n=272)

Per un problema attuale di salute	A scopo preventivo	Entrambe le ragioni
50,0%	33,1%	16,9%

5. Quando Le ha consigliato di fare attività fisica, il Suo medico Le ha anche indicato il tipo di attività da praticare?

(per i pazienti a cui il medico ha consigliato l'attività motoria, n=272)

Si	No
62,1%	37,9%

6. Quando Le ha consigliato di fare attività fisica, il Suo medico Le ha anche indicato la frequenza e la durata giornaliera?

(per i pazienti a cui il medico ha consigliato l'attività motoria, n=272)

Si	No
54,8%	45,2%

7. Quando Le ha consigliato di fare attività fisica, il Suo medico Le ha anche indicato le strutture a cui rivolgersi nel Suo territorio?

(per i pazienti a cui il medico ha consigliato l'attività motoria, n=272)

Si	No
15,1%	84,9%

8. Quando Le ha consigliato di fare attività fisica, il Suo medico Le ha anche indicato i benefici dell'attività fisica sulla Sua salute?

(per i pazienti a cui il medico ha consigliato l'attività motoria, n=272)

Si	No
80,1%	19,9%

9. Alle visite successive Le ha chiesto se il consiglio di fare attività fisica è stato seguito? (per i pazienti a cui il medico ha consigliato l'attività motoria, e che hanno rivisto successivamente il medico n=248)

Si	No
60,1%	39,9%

10. Dopo aver ricevuto il consiglio, ha modificato le Sue abitudini in merito all'attività fisica? (per i pazienti a cui il medico ha consigliato l'a.m., n=272)

Si	No-svolgevo già sufficiente a.m.	No-non ho ritenuto necessario /non ho possibilità
58,8%	16,5%	24,6%

11 Se ha aumentato il Suo livello di attività fisica dopo il consiglio del medico, che tipo di attività ha intrapreso? (per i pazienti a cui il medico ha consigliato l'attività motoria che hanno modificato il livello di attività fisica e che hanno dichiarato il tipo di attività intrapresa n=154)

Attività organizzata	Attività autonoma	Entrambe
7,1%	88,3%	4,6%

12. Quanto si ritiene soddisfatto complessivamente del Suo MMG? (n=1200)

“Molto soddisfatto” (ha risposto 6 o 7 nella scala)	“Abbastanza soddisfatto” (ha risposto 3-4-5- nella scala)	“Per nulla soddisfatto” (ha risposto 1 o 2 nella scala)
73,8%	24,2%	2,1%

13. Per svolgere attività motoria non agonistica in provincia di Trento, un adulto necessita del certificato medico? (Conoscenza corretta = "no") (n=1200)

Si	No
37,0%	63,0%

14. Secondo Lei, la zona in cui abita offre adeguate opportunità per svolgere attività fisica? (n=1200)

Molto adeguate" (ha risposto 6 o 7 nella scala)	"Abbastanza adeguate" (ha risposto 3-4-5 nella scala)	"Per nulla adeguate" (ha risposto 1 o 2 nella scala)
56,2%	40,5%	3,3%

15. E' a conoscenza di un recapito (numero telefonico/indirizzo e-mail) a cui rivolgersi qualora avesse necessità di informazioni sulle iniziative di attività fisica promosse dalla Sua Comunità di Valle? (n=1200)

Si	No
42,0%	58,0%

16. Tali recapiti Le sono stati forniti dal Suo Medico? (per i pazienti a conoscenza del recapito, n=504)

Si	No
14,3%	85,7%

17. Ha mai utilizzato tali recapiti per informarsi sulle attività promosse?

(per i pazienti a conoscenza del recapito, n=504)

Si	No
33,9%	66,1%

18. Livello di attività motoria (sui pazienti su cui è stato possibile calcolare l'indice, n=1167)

"Attivi"	"Parz. Attivi"	"Sedentari"
48,1%	34,6%	17,3%

2. Conoscenze corrette sui benefici dell'attività motoria sulla salute (n=1200)

Attività fisica e depressione	Attività fisica e diabete	Attività fisica negli anziani
49,3%	67,1%	79,6%

Attività fisica e ipertensione	Attività fisica e malattie al cuore	Attività fisica e cancro al colon
67,8%	76,8%	40,0%