

# Condivisione anziché delibere: dalla formazione sul campo alla valutazione del cambiamento

Maria Milano<sup>1</sup>, Alda Cosola<sup>2</sup>, Giuseppe Ventriglia<sup>3</sup>

<sup>1</sup> MMG, ASL TO3, Commissione Formazione per la Medicina Generale; Consiglio Direttivo CSeRMEG. E-mail: milanomar@gmail.com

<sup>2</sup> Psicologa, responsabile Progetti Promozione della Salute, ASL TO3

<sup>3</sup> MMG, ASL TO3, Commissione Formazione per la Medicina Generale, Responsabile Formazione SIMG

## ABSTRACT

**Introduction.** Following an act of Piemonte region about the appropriateness of lab test orders, a project of blended education (front and “learning on the job” education) was designed and implemented, with the aim of increasing the knowledge and awareness of General Practitioners (GP) about the appropriateness of orders of a set of lab tests (PSA, VES, PCR, tests for risk assessment before estro-progestinic medication). The main expected outcome was a change in order habits, with a decrease in the number of inappropriate orders. A “halo effect” was expected as well, showed by a decrease in orders of other lab tests than the ones addressed by the educational program.

**Methods.** The project was designed according to the nine phases of PRECEDE-PROCEED model, particularly addressed to identify effective assessment models for interventions of improvement of health and to assist their implementation and evaluation. All 430 GPs of the local Health Trust ASL TO3 were involved and joined the project, organized in 28 local teams of about 20 members each. The educational program was held in 2012 and was based on two class general meetings (introduction of the project, guidelines for the appropriateness of orders, interim report on the activities of local teams, final report on results and suggestions), intertwined with local team meetings, in which the members of the teams reported about the audit of their behavior and about the mechanisms they identified as a cause of inappropriate ordering. Many of the teams displayed the characteristics of community of practice, with a reflective and active attitude.

**Results.** At the end of the project the orders addressed by the educational program decreased overall of 29%, with the decrease of single exams ranging from 10 to 56%. This decrease corresponded to a decrease of € 523,471 of cost. Many feedback emerged from the local teams, pointing to the influence that the dispositions from consultants had in the process of request of lab tests. As a by-product, data from the ASL TO3 management control office showed a decrease of 15.59% of all lab tests in 2012.

**Keywords:** training on the job, appropriateness, continuous quality improvement

## RIASSUNTO

È stato progettato e condotto nel 2012 un intervento formativo in presenza e sul campo, indirizzato all'appropriatezza prescrittiva di PSA, VES, PCR e degli esami prima di terapia estro-progestinica. Tutti i 430 medici di medicina generale (MMG) della ASL TO3, suddivisi in 28 equipe locali di circa 20 medici l'una, hanno partecipato a 2 incontri in plenaria, intercalati da lavoro personale e di equipe sui propri comportamenti prescrittivi.

Il Controllo di Gestione della ASL ha evidenziato una diminuzione complessiva del 29% della prescrizione degli esami in oggetto, con un range per i singoli esami fra 10 e 56%, nonché una diminuzione complessiva del 15,59% di tutte le richieste di esami di laboratorio.

**Parole chiave:** formazione sul campo, appropriatezza, miglioramento continuo qualità

## INTRODUZIONE

La Regione Piemonte con la DGR n. 16-1829 del 07/04/2011 sull'Appropriatezza prescrittiva degli esami ematochimici ha dato indicazione alle ASL di inserire il protocollo suggerito tra le proprie procedure interne. L'ASL TO3, verificato di essere tra quelle con il più elevato numero di prescrizioni di esami ematochimici, ha deciso di imporre i protocolli quali Progetto obiettivo obbligatorio per il 2012 per la Medicina Generale (MG) e ha chiesto di ridurre la prescrizione del 10% degli esami fruiti per singolo assistito portando il valore globale unitario medio per assistito a 10,5 esami per paziente/anno. La maggior parte dei Medici di MG (MMG) non era in realtà a conoscenza della Delibera Regionale e l'ASL aveva anche proposto il Progetto Obiettivo Aziendale senza dare né alcuna indicazione tecnica rispetto agli esami a rischio di inappropriata prescrizione né alcuna informazione rispetto alle prescrizioni dei singoli medici.

La Commissione Formazione per la Medicina Generale (organismo appositamente deliberato da questa ASL allo scopo di progettare ed ottimizzare interventi formativi efficaci a sostegno di percorsi di miglioramento diffusi) aveva assunto il Progetto approfondendone alcuni punti critici, rivisitandolo e contestualizzandolo nella realtà locale. Aveva quindi proposto un nuovo Progetto secondo le logiche del modello transteoretico ed ecologico di Green e Kreuter, sviluppandolo nell'arco temporale di un biennio (2012-2013) per i MMG con l'obiettivo di condividere e rendere realizzabile il Progetto Obiettivo iniziale.

L'ipotesi generale di partenza era che una prescrizione di test diagnostici più consapevole e aggiornata da parte dei MMG ed il coinvolgimento nel percorso anche dei medici specialisti, spesso grandi induttori di prescrizioni anche inappropriate,

avrebbero consentito di ottenere risultati migliori da un punto di vista sia di appropriatezza sia di riduzione dei costi, con il grande valore aggiunto di attivare una comunicazione meno conflittuale e più collaborativa tra MMG, Specialisti (coinvolti nel secondo anno del progetto) e Asl. In rappresentanza dell'ASL e quali "intermediari culturali" interessati a raggiungere l'obiettivo mediando tra le prospettive della MMG e quelle dei medici specialisti si è deciso di coinvolgere tutti i Direttori dei nove Distretti dell'ASL TO3.

Come documentato in letteratura [1, 2], solo una formazione efficace ha effetto durevole nel cambiamento dei comportamenti e pertanto all'interno del Progetto è stato sperimentato un intervento educativo basato sull'ipotesi sperimentale che un'attività partecipativa, formativa, fondata su comunità di pratica fosse in grado di produrre una migliore appropriatezza prescrittiva ed una riduzione dei costi.

La Commissione Formazione propose e progettò un percorso formativo biennale (2012-2013) per i MMG con l'obiettivo di condividere e rendere realizzabile il Progetto Obiettivo Aziendale. In questo lavoro presentiamo sommariamente i contorni dell'intero Progetto e puntualmente i risultati del primo anno del Percorso Formativo.

## OBIETTIVI DEL PROGETTO

**1. Fase informativa:** diffondere e condividere le normative e le indicazioni regionali rispetto agli esami a rischio di inappropriata prescrizione;

**2. Fase formativa:** attraverso un percorso educativo *blended* cambiare la modalità prescrittiva passando da automatismi inveterati a scelte consapevoli per ottenere una prescrizione più appropriata che comportasse anche una riduzione (concordata con

l'ASL) del 2% di un piccolo set di esami di frequente prescrizione a potenziale rischio di inappropriata. Una ipotesi più generale era che l'aumento della consapevolezza prescrittiva relativa ad un subset di indagini potesse generare un "effetto domino" sulle prescrizioni in generale.

**3. Fase progettuale:** elaborare strategie per condividere con gli specialisti le indicazioni sull'appropriatezza degli esami di laboratorio.

## OBIETTIVI SPECIFICI DELLA FASE FORMATIVA

Modificare i comportamenti prescrittivi di un set di esami che comprendeva: PSA free, VES e PCR, QPE e un set di esami richiesti "per terapia estro-progestinica (EP)" cioè Antitrombina III, Proteine C e S coagulativa e test della Resistenza alla Proteina C Attivata (aPCR).

Nello specifico:

- Il PSA non è indicato dalle Linee Guida come esame di screening, per cui l'indicatore di appropriatezza è stato individuato nella diminuzione della prescrizione di PSA free a fronte di un valore inalterato di PSA riflesso (prescritto per diagnosi) e di PSA (follow up).
- PCR e VES: non è ovviamente pensabile definirli in alcun modo esami inappropriati, ma può essere inappropriata la loro costante prescrizione contemporanea; l'indicatore di appropriatezza in questo caso è stato il delta, inteso come aumento della differenza di prescrizione dei due esami.
- Quadro Proteico Elettroforetico (QPE) e set "esami per terapia Estro-progestinica (EP)" (outcome secondari): in riferimento al documento Regionale sull'appropriatezza prescrittiva, che li indica come esami a rischio di inappropriata, si è attesa semplicemente una loro riduzione.

## DISEGNO COMPLESSIVO DEL PROGETTO

Il modello che si è scelto, per le sue caratteristiche di flessibilità e completezza, è il Modello PRECEDE-PROCEED [3, 4, 5]. La fase PRECEDE (Predispo-

sing, Reinforcing, Enabling, Constructs in Educational Diagnosis, Evaluation) individua evidenze, mete e criteri specifici per la scelta dei modelli applicativi efficaci per la valutazione dell'appropriatezza di un intervento di promozione della salute, fase che Green ha definito "diagnostica", in quanto conoscitiva. La fase PROCEED (Policy, Regulatory, Organizational Constructs in Educational and Environmental Development) riguarda l'implementazione dell'intervento e la sua valutazione.

Il Modello PRECEDE-PROCEED è strutturato in 9 fasi, che vengono qui di seguito dettagliate per la tematica dell'Appropriatezza prescrittiva (Fig. 1).

**Fase 1.** "Valutazione sociale e analisi situazionale" (individuazione delle preoccupazioni della popolazione riguardanti le patologie che si intende contrastare).

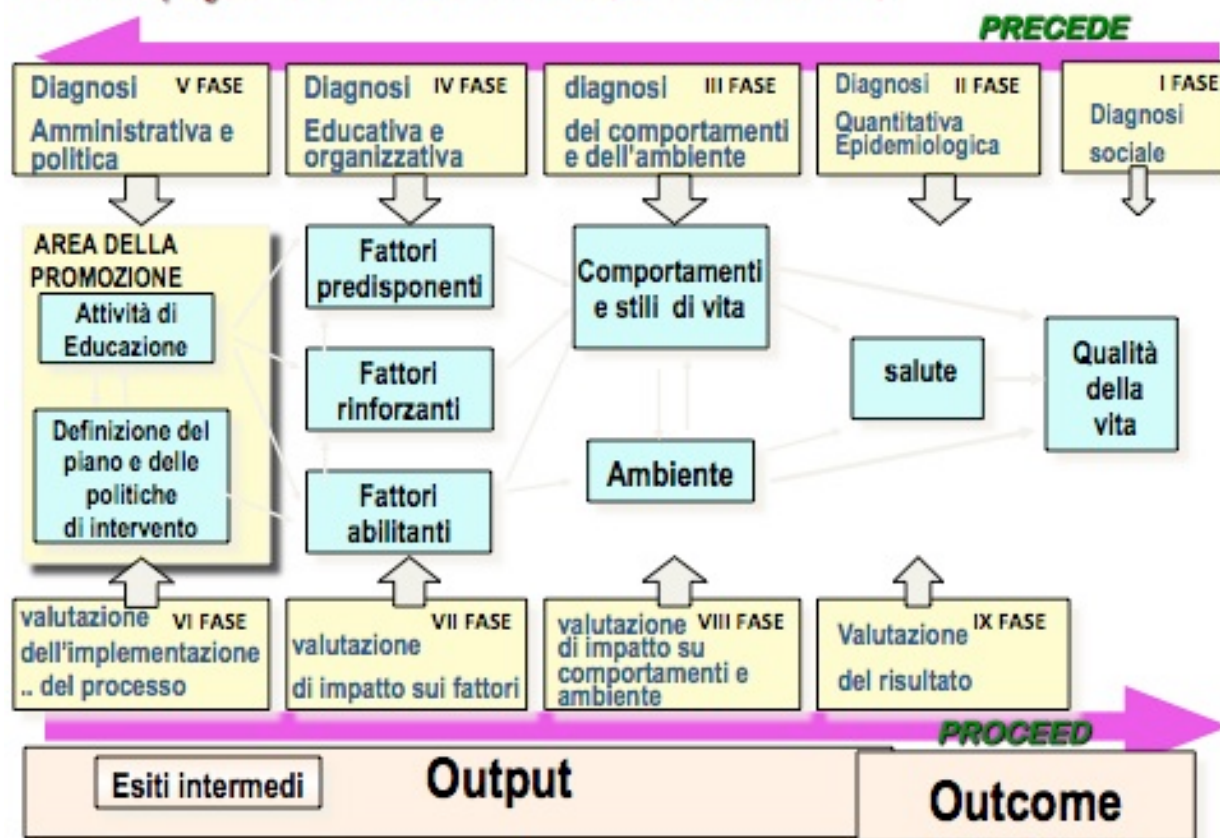
Il cittadino può temere che il rifiuto espresso dal MMG circa la prescrizione di alcuni esami possa tradursi in un danno per la propria salute. La percezione è che si facciano dei tagli solo per ridurre la spesa, senza preoccupazioni vere per lo stato di salute dei cittadini [6].

**Fase 2.** "Valutazione epidemiologica" (Identificazione e quantificazione dei problemi di salute che minacciano il benessere dell'individuo).

Sulla base della Delibera Regionale che elencava gli esami a rischio di inappropriata venivano fissati dei parametri circa il numero di prescrizioni attese per assistito. I dati regionali indicavano che l'ASL TO3 era tra le maggiori prescrittrici di esami ematochimici. La responsabilità veniva attribuita tout-court alla Medicina Generale, ma da un'analisi più approfondita emergeva che erano state prese in esame tutte le prescrizioni, anche quelle ospedaliere (calcolate sui codici fiscali degli assistiti del territorio) e non solo quelle del MMG. Dalla ricerca fatta esaminando soltanto le ricette prodotte dalla MG (calcolate sul codice a barra del ricettario regionale personale del medico), il numero di prescrizioni scendeva drasticamente, spesso al di sotto del valore atteso regionale. I MMG decidevano però di approfondire comunque la questione dell'inappropriata delle loro prescrizioni.

**Fase 3.** "Valutazione comportamentale e ambientale": identificazione dei fattori comportamentali e ambientali relativi ai temi evidenziati nelle fasi 1 e 2 che inficino la messa in atto di comportamenti adeguati.

**Modello di progettazione PRECEDE/PROCEED (L.W.Green & Kreuter 1992)**



**Fig. 1.** Schema complessivo del modello PRECEDE-PROCEED [3], con evidenza delle 9 fasi e della loro distribuzione nei processi PRECEDE (fasi 1-5) e PROCEED (fasi 6-9), nonché delle attività e classi di informazioni correlate

Dalle analisi dei dati della sorveglianza nazionale PASSI [6], relativi al periodo 2007-2010, era stato evidenziato, in Regione Piemonte, sul piano dei comportamenti, un atteggiamento di delega da parte di alcuni MMG, che di fronte alle pressanti richieste dell'assistito di ottenere prescrizioni di esami ematochimici, spesso indotte da specialisti, rinunciava al proprio ruolo nel processo di diagnosi, che lo avrebbe portato a valutare la reale necessità, in termini di qualità e quantità di approfondimenti ematochimici. Per tale comportamento venivano spesso adottati obblighi burocratici imposti da decisori vissuti come invisibili, impersonali e distanti, accompagnati da un senso di esclusione dal sistema dell'Azienda Sanitaria. Inoltre l'atteggiamento del cittadino che si rivolgeva al MMG confermava, in

una percentuale ridotta, ma significativa, una rappresentazione del Medico come mero compilatore di richieste e quindi esecutore e non interlocutore privilegiato e competente per la propria salute. A questo va aggiunto da parte del cittadino una fiducia crescente verso una diagnostica strumentale, a discapito della valutazione clinica da parte del MMG.

Al contempo si registrava un generale malcontento da parte del medico conseguente a tale svuotamento di ruolo, per la perdita sia sul piano relazionale nei confronti del cittadino, sia sul piano professionale per un impoverimento delle conoscenze e una generalizzata e crescente sfiducia verso la propria comunità professionale, sia infine sul piano personale per una crescente insoddisfazione fino al

burnout, rinforzato dall'isolamento in cui il professionista si trova ad operare. Questi aspetti hanno rappresentato i principali problemi legati ai comportamenti, che si volevano affrontare con il percorso formativo, attraverso azioni mirate sul piano qualitativo.

Sul piano del contesto ambientale proprio l'isolamento, culturale e geografico, potrebbe essere la condizione operativa in cui si trovano spesso ad operare i 430 Medici della ASL TO3, al di là delle formule organizzative adottate (es: medicina di gruppo) e degli strumenti a disposizione (riunioni mensili di équipe). La popolazione di questo territorio (574.222 abitanti, di cui in carico alla Medicina Generale 510.471) vive in situazioni ambientali molto variegata, in quanto l'ASL TO3 include 109 comuni, sparsi tra territori montani, pedemontani e di pianura fino alla prima cintura metropolitana. La grande variabilità degli ambienti di vita determina differenze nei problemi di salute, ma anche differenze nell'opportunità di accesso ai servizi. Si evidenzia un maggiore "consumo" di servizi e prestazioni nei territori metropolitanici rispetto a quelli montani e pedemontani, in cui viceversa è rinforzato il ruolo del medico di medicina generale come interlocutore privilegiato e spesso unico per l'ascolto e la valutazione dei sintomi e delle malattie [7].

**Fase 4.** *“Valutazione educativa ed ecologica”.* I **fattori predisponenti** raggruppano i fattori psicologici quali le dimensioni cognitive e affettive delle conoscenze, degli atteggiamenti, delle credenze, dei valori e le percezioni di controllo ed efficacia, che facilitano o ostacolano il comportamento e la motivazione a metterlo in atto o modificarlo.

Abbiamo ipotizzato conoscenze non aggiornate o parziali del MMG circa gli esami inappropriati o usati in modo inappropriato, scarso aggiornamento rispetto alle più nuove tecniche di laboratorio che hanno modificato sensibilità e specificità degli esami ematochimici, scarsa conoscenza circa gli scostamenti delle proprie prescrizioni in riferimento a quelle dei colleghi, certezza della forte induzione da parte degli specialisti ospedalieri, ambulatoriali e privati e convinzione che questa induzione, non valutata da parte dell'ASL, non sia modificabile.

I **fattori abilitanti** sono quelli che facilitano la messa in atto di un'azione rilevante per la salute da parte dei

singoli individui o delle organizzazioni. Sono le abilità, le risorse sociali o le barriere che possono aiutare o ostacolare i cambiamenti di comportamento sperati. Includono anche la disponibilità e l'accessibilità dei servizi sanitari e delle risorse della comunità, le condizioni di vita che ostacolano l'azione, l'acquisizione di nuove abilità personali per modificare un determinato comportamento. Nel nostro caso sono **fattori abilitanti**: la DGR regionale come quadro normativo di riferimento, le riunioni di équipe come occasione per la formazione orientata al cambiamento, la presenza della Commissione Formazione per la MG in ASL TO3 come promotore e organizzatore, infine la presenza di un obiettivo aziendale dato alla MG e la sua parziale declinazione in obiettivo formativo.

I **fattori rinforzanti** coincidono con il sostegno sociale che interviene nell'esecuzione e nel mantenimento del comportamento. Il coinvolgimento della totalità della MG nel percorso è un forte fattore rinforzante, infatti è dimostrata l'efficacia del rinforzo tra pari nei processi di cambiamento, così come la presenza di una struttura aziendale dei Servizi Territoriali, e una deputata alla Formazione che credono fortemente al progetto, il supporto organizzativo e la partecipazione attiva dei Direttori di Distretto, la disponibilità del Controllo di Gestione e dei Direttori dei Laboratori Analisi che hanno messo a disposizione i dati e la loro competenza sugli stessi.

**Fase 5.** *“Valutazione amministrativa e politica”:* prende in considerazione tutti gli aspetti tecnici, amministrativi, economici e politici che possono favorire o ostacolare la possibilità di fornire gli strumenti pratici più appropriati – individuati nella fase precedente – per l'attuazione degli interventi. Sostegno della Direzione Generale e della Direzione Sanitaria al progetto. La Direzione Amministrativa rendeva disponibile un budget espressamente dedicato a questo progetto nel primo anno poi un'importante implementazione del budget nel secondo anno. Il Controllo di Gestione ha supportato tutto il progetto fornendo i dati necessari allo studio.

**Fase 6.** *“Implementazione”:* conversione degli obiettivi del programma in azioni.

Gli obiettivi del progetto sono stati definiti su tre livelli: informativo, formativo, progettuale.

**Fase 7-8-9.** *“Valutazione di processo, di impatto e di risultato”.*



La valutazione si è articolata su più livelli

- **di processo** attraverso il costante controllo in itinere della attuazione delle fasi previste, dell'efficacia delle tecniche adottate e del grado di accettazione da parte della popolazione target, cioè i Medici di medicina generale;
- **di impatto** attraverso l'analisi finale del grado di efficacia delle tecniche didattiche adottate.
- **di risultato** attraverso la constatazione dell'effettivo cambiamento di comportamento dei medici.

## METODI DEL PERCORSO FORMATIVO

**Disegno:** si è configurato come uno studio osservazionale longitudinale cross sezionale pre-post.

**Setting:** ASL TO3, 574.222 abitanti (2012) di cui 510.471 in carico alla Medicina Generale.

**Partecipanti.** Coinvolti *tutti* i 430 MMG dell'ASL TO3, i direttori dei 9 distretti sanitari, i Direttori dei 2 laboratori analisi, la Struttura Complessa ricerca e formazione, la Struttura Complessa controllo di gestione dell'ASL To3.

**Metodi.** La modalità didattica individuata è stata la formazione sul campo, accreditata secondo il sistema regionale di Educazione Continua in Medicina ECM, con 20 crediti per l'anno 2012. Il progetto ha previsto per ciascun medico un impegno quantificato per questo progetto in 40 ore complessive tra fasi di lavoro individuale e incontri-discussioni in équipe (peer review) ed in riunioni plenarie. Le 28 équipe territoriali, composte da un massimo di 20 MMG sono state individuate come gruppi di miglioramento. Alcune di loro, particolarmente funzionali, hanno agito come vere e proprie "comunità di pratica" con buona capacità riflessiva e propositiva.

**Strumenti.** Sono state utilizzate in vari momenti lezioni frontali con diapositive; è stata fornita bibliografia EBM aggiornata e documentazione personalizzata sui flussi dei dati da parte del Controllo di Gestione per il self audit e le riunioni di équipe; dopo ogni incontro di équipe e in plenaria è stata redatta una relazione dettagliata (verbale).

## Tappe di lavoro.

Il percorso formativo è iniziato con un incontro congiunto in plenaria di più Equipe: i 430 MMG sono stati riuniti per distretto (quindi 9 plenarie); è stato presentato l'intero progetto (quello aziendale era per contratto obbligatorio) e nello specifico quello formativo (facoltativo) chiedendone l'adesione. Durante questo incontro sono stati forniti i dati di prescrizione dell'anno precedente, aggregati a livello aziendale, distrettuale, di équipe ed individuale relativi agli esami oggetto dello studio. Sono state offerte lezioni frontali di contenuto [8, 9, 10], con una revisione del significato dei singoli esami alla luce dell'evoluzione delle tecniche di laboratorio e quindi alle modifiche relative alla sensibilità e specificità degli esami stessi. Sono stati presentati dai progettisti e dal coordinatore generale i coordinatori distrettuali ai quali i referenti avrebbero fatto riferimento. Successivamente, per 4 mesi, i 430 MMG nelle loro riunioni periodiche di équipe territoriale hanno svolto un lavoro di confronto fra pari: i primi due incontri sono stati realizzati all'inizio dell'estate. Il primo ha fatto seguito ad un lavoro individuale di analisi dei dati personali di prescrizione da confrontare, per singolo esame, con quelli dell'équipe territoriale di appartenenza e con quelli complessivi dell'ASL. Durante il secondo incontro sono state riesaminate le Linee Guida sull'appropriatezza prescrittiva per diversi esami ematochimici che ciascuno medico aveva individualmente riestudato. Durante il terzo incontro in settembre sono stati consegnati i report intermedi sull'andamento delle prescrizioni singole, di équipe e di ASL per il primo semestre dell'anno in corso confrontate con il primo semestre dell'anno precedente. Durante il quarto incontro le équipe hanno messo a fuoco le prescrizioni indotte, in particolare hanno discusso sugli esami e le aeree specialistiche di riferimento, formulando ipotesi sulle strategie di miglioramento. L'ultimo incontro di fine anno è stato nuovamente in riunione plenaria, non più distrettuale ma organizzate per distretti aggregati per un totale di 4 plenarie, durante i quali è stato restituito il risultato complessivo del percorso per Distretti e per équipe, con i suggerimenti rispetto alle induzioni di prescrizioni emersi dalle équipe stesse.

Prima di ogni incontro, il MMG progettista e coordinatore generale di questo evento, ha avuto momenti di briefing con i coordinatori di distretto per preparare e condividere con loro gli aspetti formativi che poi avrebbero riportato in modo omogeneo ai referenti di tutte le equipe rispetto al mandato dell'incontro. I coordinatori hanno quindi incontrato i referenti motivandoli al mandato specifico, hanno fornito loro il materiale da distribuire e discutere con i colleghi di MG nelle riunioni. Dopo ogni incontro, i coordinatori hanno raccolto dai referenti i commenti e le considerazioni emerse durante la riunione d'Equipe sintetizzate nei verbali. È quindi seguito un debriefing tra i coordinatori di distretto ed il coordinatore generale. È stata così creata una rete capillare di feedback circolari e continui con un flusso in andata progettista-coordinatore distrettuale-referente equipe-singoli MMG e ritorno.

Il Progetto formativo 2012 è terminato il 31.12.2012.

### Modalità di analisi dei dati

I dati numerici sulle prescrizioni sono stati elaborati dalla Struttura Complessa Controllo di Gestione dell'ASL TO3. I dati qualitativi (verbali degli incontri) sono stati analizzati dagli autori di questa pubblicazione ma non essendo obiettivo di questa pubblicazione se ne omettono i dettagli.

## RISULTATI

La **valutazione di processo** ha visto l'adesione del 100% dei MMG. Il 98% dei MMG coinvolti è giunto al termine del percorso con esito positivo (l'obiettivo fissato era il 90%). L'1% non ha avuto

le presenze sufficienti a garantire l'esito positivo (era necessario presenziare all'80% degli incontri), il restante 1% non ha raggiunto gli obiettivi di prescrizione attesi. Dai verbali delle equipe e dalle discussioni durante le plenarie di fine percorso è emerso l'entusiasmo dei colleghi di MG. Tra le frasi ricorrenti c'era: "smettiamo di lamentarci per essere a volte trattati come biechi scribacchini: riprendiamo in mano la nostra professionalità e proviamo a cambiare le cose!". Il percorso è stato accettato e condiviso ed è stata particolarmente gradita la possibilità di proporre strategie con l'obiettivo di cambiare il quadro attuale, anche nella prospettiva che esse sarebbero state ascoltate. A nostro parere è rilevante che i medici abbiano scelto di proseguire nel lavoro pur avendo raggiunto gli obiettivi aziendali (non formativi) già al secondo incontro: a dimostrare la piena partecipazione anche alla co-costruzione del percorso dei partecipanti stessi.

Rispetto al **livello informativo**: è stata condivisa la conoscenza delle normative e delle indicazioni regionali rispetto agli esami a rischio di inappropriata. Sono stati ottenuti e poi analizzati i report individuali e di gruppo iniziali, ed infine valutati a metà ed al termine del percorso.

**Valutazione d'impatto del livello formativo**: il risultato atteso era la diminuzione complessiva del 2% del set di esami selezionati rispetto all'anno precedente, il risultato raggiunto è stato in realtà del -29% (Tabella I): un cambiamento, quindi, estremamente significativo delle abitudini prescrittive.

**Valutazione di risultato**: se si leggono e si interpretano i risultati in termini di appropriatezza per i singoli test:

- è diminuita del 56% la prescrizione del PSA free, ma anche del 10% del PSA totale: è possibile de-

	Tot prestazioni	Valore prestazioni (in euro)	N. prestazioni per 100 assistiti
Prestazioni 2011	291.643	2.036.248	57,0
Prestazioni 2012	206.442	1.512.777	40,4
Differenza assoluta (%)	- 85.201 (-29,21)	- 523.471 (-25,71)	- 16,6 (29,12)

**Tabella I.** Prescrizioni dati annuali 2011/2012 e valorizzazione economica del set di esami del Progetto Formativo: PSA free, VES e PCR, quadro proteico elettroforetico, Antitrombina III, Proteine C e S coagulativa e test della Resistenza alla Proteina C Attivata (aPCR).

sumere che sia diminuita la prescrizione combinata PSA/PSA free precedentemente utilizzata (inappropriatamente) come screening.

- a fronte della riduzione del 14,69% della prescrizione della PCR, la VES è stata ridotta del 37,43%: si può dedurre che sia stata privilegiata la prescrizione della PCR a quella della VES;
- infine è stata registrata una riduzione del 43% nella prescrizione del Quadro Proteico Elettroforetico e dal 14 al 21%, a seconda degli singoli esami considerati, per il set di esami per terapia estro-progestinica.

**Rispetto al livello progettuale:** un effettivo cambiamento di comportamento e di atteggiamento verso la tematica “appropriatezza” è risultata evidente dai risultati ottenuti malgrado la consapevolezza di aver raggiunto gli obiettivi numerici imposti dall’ASL maturata già a maggio a seguito della correzione dell’errore di imputazione delle prescrizioni. La profonda riflessione sull’argomento, ma anche sul proprio ruolo professionale e sull’influenza che questo può avere sul contesto, ha condotto ad estendere l’argomento “soluzioni ulteriori possibili” alla correzione del fenomeno dell’induzione della prescrizione da parte dei colleghi specialisti. Le aree indicate dai colleghi MMG come maggiormente responsabili di prescrizione indotta di esami ematochimici a rischio di inappropriata sono state: la ginecologia (24%), la nefrologia (19%), la reumatologia (19%) e l’oncologia (17%). Le strategie proposte sono state: incontri tra MMG, specialisti e dirigenza aziendale per concordare Percorsi Diagnostici (PD) comuni; invio a tutti gli specialisti di un documento ufficiale dell’ASL che rendesse visibili i PD condivisi negli incontri in precedenza citati; un maggior utilizzo dei ricettari “regionali” da parte degli specialisti ed un maggior utilizzo dei ricettari “ad uso interno” per consentire la tracciabilità di quanto da loro prescritto.

### LIMITI DELLO STUDIO

Il percorso, fortemente innovativo per il numero e la tipologia di professionisti coinvolti (tutti i MMG operanti nella ASL), per la modalità formativa e per il risultato misurabile, non ha trovato confronto con esperienze simili e pertanto non si è in gra-

do di formulare ipotesi a priori sul mantenimento del cambiamento negli anni. Gli Autori ritengono peraltro che le caratteristiche del percorso attuato, l’attuazione di ulteriori progetti sulla tematica dell’appropriatezza ed il coinvolgimento periodico, con vari strumenti, dei medici possa contribuire a contrastare il fisiologico decadimento dei messaggi formativi proprio di qualsiasi evento didattico.

### CONCLUSIONI

Rispetto a quanto già esposto, consideriamo valori aggiunti: il recupero della capacità di autocritica, l’entusiasmo nel riflettere in modo condiviso (a livello delle equipe territoriali) sul proprio operato da parte della Medicina Generale e la grande collaborazione ed il senso etico dimostrati dai MMG, malgrado dalla rielaborazione dei dati risultasse che circa il 45% di quanto inizialmente imputato a loro prescrizione scorretta fosse da riferire in realtà a prescrizioni di derivazione specialistica ed ospedaliera.

Ci sembra poi tutt’altro che trascurabile un risultato immateriale fatto di crescita culturale, scambi, stimolo al confronto tra professionisti con la percezione più volte e da molti evidenziata di “sentirsi finalmente un gruppo che pensa insieme” valutato anche attraverso la produzione di proposte concrete per superare le criticità.

Ed ancora ci pare importante che si siano create le basi concrete per un futuro lavoro su ulteriori specifiche aree di criticità prescrittiva e per una maggiore collaborazione tra professionisti che riteniamo possa ulteriormente migliorare in futuro l’appropriatezza prescrittiva con ulteriori importanti risparmi.

Purtroppo, a nostro parere, una criticità è il non riuscire a premiare adeguatamente i comportamenti appropriati ed i “già virtuosi” che non hanno potuto raggiungere il generico obiettivo “quantitativo” di una riduzione ulteriore in quanto ciò avrebbe comportato un danno all’utenza. Resta insoluto il problema di come aumentare la motivazione dei colleghi che durante il percorso hanno manifestato segni da noi interpretati come indicatori di burnout.

Il percorso formativo descritto è continuato nel 2013, orientato al mantenimento del cambiamen-



	Tot prestazioni	Valore prestazioni (in euro)	N. prestazioni per 100 assistiti
Prestazioni 2011 (per 511.206 assistiti)	3.991.532	19.870.552	7,8
Prestazioni 2012 (per 510.471 assistiti)	3.369.395	16.706.592	6,6
Differenza assoluta (%)	- 622.137 (-15,59)	- 3.163.9560 (-15,92)	- 1,2 (15,38)

**Tabella 2.** Risultati relativi al Progetto Obiettivo Aziendale su tutti gli esami ematochimici (branca 98 del nomenclatore tariffario regionale)

to: è stato ultimato e sarà oggetto di una prossima pubblicazione.

In prospettiva futura ci si prefigge di valutare la possibilità di esaminare aspetti legati all'impatto sulla salute dei cittadini per capire se la flessione nella prescrizione abbia diminuito la capacità di intercettare problemi di salute.

In realtà questo percorso formativo ha permesso il raggiungimento anche dell'obiettivo legato al Progetto Aziendale per la MG. Per un apparente "effetto domino" infatti, la prescrizione consapevole e appropriata sembra essersi diffusa a molti esami ematochimici, ottenendo un risultato superiore a quanto richiesto dal progetto cioè una media ASL pari a 8,9 esami/paziente/anno, di cui prescritti dai MMG 6,6 esami/paziente/anno (l'atteso era di 10,5 esami/paziente/anno), pari al -15,6 % di prescrizioni rispetto al 2011. In termini economici questo risultato è stato "valorizzato" dal Controllo di Gestione dell'ASL in 3.163.960 di euro per i 7 mesi reali di lavoro (Tabella 2).

Riteniamo che il raggiungimento dell'obiettivo aziendale, data l'assoluta inconsistenza della motivazione di natura economica (l'incentivo a favore dei MMG per obiettivo raggiunto era pari a 0,25 euro/paziente) sia dovuto esclusivamente alle ricadute positive del progetto formativo, alla sua progettazione ed alla modalità di conduzione che ha permesso, attraverso un lavoro continuo e capillare di tutoraggio e di confronto tra pari, l'adesione del 100% dei Medici di Medicina Generale dell'ASL.

## RICONOSCIMENTI

Si ringraziano i 430 medici di Medicina generale dell'ASL TO3 per l'impegno e l'entusiasmo profuso.

I coordinatori distrettuali per il fine lavoro capillare: Enrico Bruno, Marco Canta, Vincenzo Ciciarella, Marco Marchetto, Enrico D'Alessandro, Simonetta Miozzo e Pierangela Rista e i 28 referenti che hanno fattivamente collaborato. I Direttori dei Laboratori di Rivoli e Pinerolo, rispettivamente Daniela Zanello e Maria Rita Cavallo per il preziosissimo apporto tecnico. Simona Martina e Barbara Pociati del Controllo Gestione Dati per l'affiancamento ed il costante flusso dati fornito. I Direttori dei Distretti per il supporto logistico e le mediazioni svolte: Lorenzo Angelone, Isabella De Marco, Marco Farina, Paola Fasano, Claudio Fonsato, Valter Girotti, Pasquale Grassano, Giuseppe Massobrio, Barbara Vinassa. Il Direttore del SC Servizio territoriale continuità delle Cure Silvio Venuti per aver voluto e appoggiato la realizzazione dell'intero progetto. Il Direttore Sanitario Luisella Cesari e il Direttore Generale Gaetano Cosenza per aver creduto e finanziato l'iniziativa. I costi del progetto, sostenuti dall'ASL, senza sponsor esterni, sono stati di circa 18.000 euro comprensivi di progettazione, organizzazione, coordinamento, verifiche e costi per le riunioni plenarie.

## BIBLIOGRAFIA.

- [1] Forsetlund L. Et al. Continuing education meetings and workshops: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database Syst rev.* 2009, 15(2):CD003030
- [2] Ivers N. Et al. Audit and feedback: effects on professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012; 13(6):CD000259
- [3] Green & Kreuter, *Health program planning: An educational and ecological approach.* 4th edition, 2005. New York, NY: McGrawhill

- [4] Federici A, Guarino A, Serantoni G Adesione ai programmi di screening di prevenzione oncologica: proposta di una modellizzazione dei risultati di revisione della letteratura secondo il Modello PRECEDE-PROCEED, in *Epidemiologia e Prevenzione*, anno 36 (1) gennaio-febbraio 2012 Appendice 3, pagg 1-15
- [5] Hannan, C., Chappelle, E., Williams-Piehot, P., & Renaud, J. (2008). The rationale for state efforts to address policy, legislative, and environmental change for obesity prevention. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 40 (4, Suppl. 1):S22.
- [6] [www.epicentro.iss.it/passi](http://www.epicentro.iss.it/passi)
- [7] Costa G., Città e Salute Quinto rapporto, versione 7. Servizio di Epidemiologia sovrazonale ASL TO3 Piemonte [www.epicentro.iss.it/focus/guadagnare\\_salute/workshop/Costa.pdf](http://www.epicentro.iss.it/focus/guadagnare_salute/workshop/Costa.pdf)
- [8] Guida all'uso clinico dei biomarcatori in oncologia: i marcatori nelle diverse neoplasie - Parte II. Gion M., Trevisiol C., Pregno S., Aline S.C. Fabricio a nome dei Gruppi e Comitati di Progetto della Guida. *Biochim Clin* 2011; 35, n. 1-4.
- [9] Antonozzi I., Gulletta E., "Medicina di Laboratorio: Logica & Patologia Clinica, Piccin, 2013
- [10] Laposata M. "Medicina di Laboratorio: la diagnosi nel laboratorio clinico, Piccin, 2012