

Stabilire connessioni. Vi raccontiamo “Ampio Spettro*”. Un progetto per contrastare l’antibiotico resistenza

Peter Konstantin Kurotschka¹, Alice Serafini², Federico Contu³, Viviana Forte⁴, Luca Pasolli⁵, Giuseppe Parisi⁶

¹ Medico di Medicina Generale in Formazione, Dipartimento di Scienze Mediche e Sanità Pubblica, Università degli Studi di Cagliari, Cagliari, Italia (<https://orcid.org/0000-0003-3750-6147>)

² Medico di Medicina Generale in formazione, Azienda USL di Modena, Modena, Italia

³ Medico di Medicina Generale in Formazione, Azienda Tutela Salute Sardegna, Cagliari, Italia

⁴ Medico di Medicina Generale, Azienda Tutela Salute Sardegna, Cagliari, Italia

⁵ Medico di Medicina Generale, Trento

⁶ School of Medicine and Surgery, Università di Milano Bicocca - giuseppe.parisi.trento@gmail.com

RIASSUNTO

Partendo dall’osservazione della distanza esistente tra le indicazioni delle linee guida e la pratica prescrittiva dei medici rispetto all’utilizzo degli antibiotici in persone che presentano sintomi/segni da infezioni di grado lieve è stato messo a punto un progetto su due assi: un asse di ricerca che andasse a studiare le cause profonde del problema dell’inappropriata prescrizione di antibiotici e un asse formativo che avesse l’obiettivo di modificare le abitudini prescrittive dei medici. Ciò cercando contemporaneamente di dipanare le grandi incertezze che i clinici devono affrontare quotidianamente nella loro pratica durante la pandemia da COVID-19.

Altri obiettivi sono stati diffondere una cultura della ricerca tra le giovani generazioni dei medici di medicina generale, e creare un gruppo di giovani professionisti che apprendessero i rudimenti della formazione nel progettare e attuare il percorso formativo stesso.

* “Ampio Spettro” è un progetto finanziato dalla Fondazione di Sardegna (Bando “Salute pubblica, medicina preventiva e riabilitativa” 2020).

Vogliamo narrare la storia di quest'esperienza no profit, voluta e portata avanti da un gruppo piccolo di giovani medici in formazione in Medicina Generale -che è stata caratterizzata dalla costruzione continua di connessioni: connessioni tra l'area professionale e l'accademia e altre istituzioni come l'Istituto Superiore di Sanità, la ATS Sardegna e SIPeM, tra ricerca e formazione, tra gli aspetti comunicativi del lavoro del medico e quelli clinici.

Di pregio in questo progetto due aspetti: il primo è l'individuazione dei problemi sul campo da parte dei professionisti coinvolti e che possano avvalersi, nella raccolta e nell'analisi dei dati, del contributo metodologico di istituzioni indipendenti. Il secondo la scelta di una formazione che non sia appiattita su una formalizzazione di didattica tradizionale ma sia rivolta al cambiamento e alla costruzione di un professionista capace di riflessione e pensiero indipendente, che lavori sempre sulla base di evidenze contesto specifiche.

Parole-chiave. Formazione Medica Continua, Medicina Generale, Antibiotico-Resistenza, Farmaci antibatterici, epidemiologia

ABSTRACT

A gap seems to exist between clinical guidelines and the prescribing practices of General Practitioners with respect to the use of antibiotics. This is true especially in patients presenting with symptoms and signs of upper respiratory tract infections. The Broad-Spectrum project was established to address this issue: at the one hand, different research methods are applied to understand the determinants of inappropriate prescriptions of antibiotics; at the other hand, a nationwide distance learning course will be distributed among Italian General Practitioners with the aim of changing the actual prescribing habits of physicians, contemporarily addressing uncertainties faced by clinicians when planning their daily work during the COVID-19 pandemic.

Further aims of the project are to spread a culture of research and evidence-based teaching among the younger generations of General Practitioners, and to create a group of young professionals trained in medical research and teaching.

We want to tell the story of this non-profit experience, carried out by a group of young doctors in training in General Practice - which was characterized by the continuous construction of connections: connections between clinicians and the academy and other institutions and associations such as the National Institute of Health, the Local Medical Boards, the Regional Health Trust of Sardinia and the Italian Society of Medical Education (SIPeM), between research and training, between the communicative and clinical aspects General Practice.

Two features of this project are valuable. The first is that the identification of problems was done by the involved professionals who sought the methodological and institutional collaboration of others in the healthcare system to collect and analyse data perceived as important for daily practice with patients. The second is the choice of a training that is not flattened on a formalization of traditional teaching but is aimed to foster a change in everyday practice through reflection and independent thinking on the basis of context-specific evidence.

Keywords. Continuing medical Education, Family Medicine, Antimicrobial Resistance, Antibacterial Drugs, Epidemiology

TAKE HOME MESSAGE

L'innovazione nella pratica della medicina parte dall'individuazione dei problemi della pratica clinica da parte dei professionisti coinvolti, in uno spirito di collaborazione inter-istituzionale e intergenerazionale.

Il progetto Ampio Spettro può essere un esempio di innovazione nella pratica della medicina generale in Italia che parte proprio da queste premesse: individuazione dei problemi sul campo, rigore scientifico e metodologico, collaborazioni scientifiche inter-istituzionali e intergenerazionali per favorire un cambiamento delle pratiche.

INTENTI DELLA COMUNICAZIONE

Stanno per essere completati i contenuti della FAD "Ampio Spettro", connessa al braccio formativo di un più ampio progetto omonimo di formazione e ricerca (Kurotschka 2020), finanziato dalla Fondazione di Sardegna (Bando "Salute pubblica, medicina preventiva e riabilitativa" 2020). Vogliamo narrare la storia di quest'esperienza, che è stata caratterizzata dalla costruzione continua di connessioni: connessioni tra l'area professionale della medicina generale e l'area dell'accademia e delle istituzioni della sanità pubblica, tra colleghi della vecchia generazione di medici di medicina generale e un gruppo di giovani frequentanti il corso triennale in medicina generale, tra obiettivi formativi e obiettivi di sperimentazione di una attività formativa, ma non solo, anche connessioni tra paradigmi diversi: tra il programma incitativo educativo di cam-

biamento dei comportamenti dei professionisti e il programma della formazione continua, tra ricerca e formazione, tra gli aspetti comunicativi del lavoro del medico e quelli clinici, tra linee guida e ragionamento probabilistico (Parisi 2020)

PREMESSA METODOLOGICA

La formazione continua del professionista è intesa prevalentemente come la manutenzione delle conoscenze in rapido cambiamento in una attività come la medicina, e dal 2002 in Italia è formalizzata nel sistema di Formazione Continua in Medicina (E.C.M.): si prevede che sia le aziende sanitarie che i professionisti si impegnino nell'implementazione e nella fruizione di attività che facilitino l'apprendimento e che siano utili allo sviluppo professionale del singolo, alle esigenze dei servizi socio-sanitari e ai bisogni dei pazienti. Un apparato amministrativo detta, come è noto, le regole

di ingaggio e fruizione del servizio, in modo che il professionista singolo possa effettuare i percorsi di apprendimento che ritiene utili e possa tenerne contezza.

La formazione continua nel tempo è passata da una iniziativa individuale ed episodica del professionista incentrata sulla trasmissione di un sapere tecnico specifico e desiderato dal singolo ad uno strumento per la diffusione della qualità dell'assistenza, coniugando la formazione "desiderata" con una formazione necessaria alle esigenze dell'organizzazione sanitaria (Prandi 2006, Terri 2017). La formazione si configura così come una azione a sostegno del cambiamento professionale, ed emerge la necessità ineludibile di una formazione efficace, cioè capace di modificare i comportamenti professionali.

La formazione continua attuale si viene così a scontrare con il problema della non linearità del rapporto tra formazione e cambiamento: infatti, il cambiamento delle attività sanitarie e il miglioramento delle prestazioni sono obiettivi considerati da sempre difficili da raggiungere, in quanto i fattori del cambiamento sono molteplici e ben descritti nei modelli delle influenze non cliniche sui comportamenti medici (Hajajj 2010).

Si può ricordare l'importanza dei fattori organizzativi, legati alla cultura professionale dei gruppi rispetto ai quali il cambiamento

è richiesto: le logiche individuali e quelle di gruppo si intersecano, rendendo difficile una presa di responsabilità diretta del singolo (Reschovsky 2015, Scott 2013).

Per queste ragioni è cruciale che la formazione riesca non solo a favorire l'apprendimento ma anche a trasformare i presupposti e di conseguenza i comportamenti. E' quello che Mezirow (2003) chiama apprendimento trasformativo. I principi dell'Andragogia proposti da Knowles (Knowles 1996) possono essere utile guida nella progettazione della formazione: il professionista deve essere coinvolto in una formazione su problemi che sente come concreti e importanti nella propria attività, le competenze trasmesse devono essere applicabili nel proprio lavoro, il partecipante deve sentirsi protagonista del processo di apprendimento ed essere messo nella condizione di pensare, ragionare, riflettere con la propria testa sulla propria pratica affinché nasca qualcosa di nuovo (Mezirow 2003).

Nella progettazione del percorso formativo si deve quindi partire dall'individuazione del problema concreto per stimolare il partecipante ad una visione che non implichi solo un apprendimento cognitivo e tecnico-strumentale, ma anche un apprendimento più profondo come ad esempio un'attribuzione di senso o la consapevolezza che l'apprendimento tecnico-strumentale si verifica

in un contesto comunicativo. Successivamente, si devono proporre le strategie per la sua correzione, che non necessariamente sono eventi formativi o azioni favorevoli all'apprendimento, ma possono anche essere guide, linee guida, procedure o modelli organizzativi. Infine, la messa in atto del cambiamento implica la sperimentazione sul campo di ciò che si è appreso o di ciò che è contenuto negli strumenti *guida* offerti per il lavoro di tutti i giorni, seguendo il ciclo proposto da Kolb (Kolb 1984).

La parte che appare più interessante di questo processo è quella finale, dove un'accurata analisi dei risultati porta ad una valutazione dell'impatto dell'azione messa in atto,

per poter poi raccogliere gli esiti dell'applicazione della nuova procedura, oppure ritornare all'analisi dei problemi quando l'impatto fosse valutato insufficiente (Tabella 1).

Questo processo, che almeno in parte ricalca il ciclo dell'audit, ed è la base teorica della Formazione sul Campo (Marzano 2017), mette in luce anche la complementarità tra ricerca e formazione, e l'ovvia considerazione che studiare gli interventi medici senza tentare di correggere le pratiche inappropriate rimane un puro interesse teorico e non incide sulla realtà clinica che sta cuore al professionista (Tor 2016).

<i>FASI DI LAVORO</i>	<i>DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ</i>
Fase di analisi e studio	Studio individuale o di gruppo, approfondimento teorico condotto o meno da un esperto, ricerca bibliografica, analisi del contesto
Individuazione di correttivi/strategie di intervento	Lavoro in gruppo per decidere strategie o azioni per affrontare il problema identificato
Costruzione strumenti per applicare nuovi comportamenti	Predisposizione di protocolli, procedure, checklist, materiali divulgativi...
Messa in atto del cambiamento	Applicazione di linee guida/procedure, adozione di nuove pratiche lavorative o nuovi modelli organizzativi
Monitoraggio del cambiamento	Descrizione delle modalità e/o degli strumenti da utilizzare per il monitoraggio del cambiamento
Valutazione dell'impatto del cambiamento	Indicazione dei risultati attesi in termini di prestazioni, di ricaduta sul paziente o sull'organizzazione e le relative modalità di valutazione
Produzione di relazione finale, protocolli, documenti operativi e/o innovativi	Stesura di report o i risultati finali del lavoro del gruppo
Raccolta sistematica dati	Monitoraggio nel tempo delle nuove attività e degli esiti sui pazienti

Tabella 1. Fasi delle Formazione sul Campo

STORIA DEL PROGETTO: LE ORIGINI

Ognuno di noi, nell'iniziare la propria pratica clinica, si è forse sorpreso della distanza esistente tra le indicazioni delle linee guida e la pratica prescrittiva dei medici rispetto all'utilizzo degli antibiotici in persone che presentano sintomi/segni da infezioni di grado lieve; approfondendo questo fenomeno si scopre -per esempio -che l'approccio alle cure delle infezioni delle vie aeree superiori è uno dei processi diagnostico-terapeutici in cui, nonostante la benignità e l'autolimitazione della patologia nelle maggior parte dei casi e la relativa facilità nel porre un'accurata diagnosi e nello scegliere la terapia farmacologica e non-farmacologica si innesca un'inappropriata, nel senso di eccessiva prescrizione di antibiotici, al punto da portare AIFA ad affermare che "(...)gran parte dell'utilizzo degli antibiotici avviene a seguito della prescrizione di Medici di Medicina Generale (...), pertanto la Medicina Generale rappresenta il punto focale per il monitoraggio del consumo di questa classe di farmaci e per l'implementazione di iniziative di informazione e formazione per migliorare l'appropriatezza prescrittiva" (Osservatorio 2019: 13, 31)

È stato così messo a punto a grandi linee un progetto che andasse a studiare le cause profonde del problema e le sue dimensioni: il progetto Ampio Spettro, con l'intento di

Stabilire connessioni: Il progetto Ampio Spettro

connettere- anzi ri-connettere la teoria con la pratica.

Anzitutto, è stata progettata e si sta attuando una prima fase di ricerca: grazie al lavoro coordinato di un team composto da Medici di Medicina Generale, Istituto Superiore di Sanità, Università di Cagliari e ATS Sardegna, è in corso un'indagine indirizzata ai circa 1200 Medici di Medicina Generale (MMG) operanti in Sardegna, sulle attitudini e conoscenze riguardo l'antibiotico-resistenza e la prescrizione di antibiotici attraverso la somministrazione di un questionario adattato dallo spagnolo alla lingua e alla cultura italiana (Lopez-Vazquez, 2016, Kurotschka, 2020). Contemporaneamente, si stanno raccogliendo le prescrizioni di antibiotici dei MMG in termini di quantità, tipologia farmacologica e variabilità e ciò permetterà di studiare l'associazione tra i risultati del questionario e i comportamenti prescrittivi, utilizzando dati in forma anonima. Questa fase permetterà di costruire una rappresentazione chiara e reale del fenomeno *prescrizione di antibiotici* in medicina generale, cioè sia dei suoi determinanti socio-culturali che di sistema, che dei comportamenti prescrittivi che ne derivano.

La richiesta da parte dell'Associazione Italiana Giovani Medici del co-coordinamento scientifico all'Istituto Superiore di Sanità (ISS) e al Dipartimento di Scienze Mediche e Salute Pubblica dell'Università di Cagliari

ha lo scopo di stabilire le prime connessioni tra il gruppo di ricerca territoriale e le istituzioni pubbliche dove la ricerca farmacoepidemiologica e clinica fondano la mission strutturale di questi enti. L'intento è un lavoro sul campo che possa utilizzare tutti i saperi utili al raggiungimento dell'obiettivo della ricerca. Altro obiettivo, non secondario in questo processo, è quello di diffondere una cultura rigorosa della ricerca tra le giovani generazioni dei medici di medicina generale.

STORIA DEL PROGETTO: L'ASSE FORMATIVO

L'altro aspetto, non immediatamente implicito in questo percorso, è stato quello di affiancare la ricerca con la formazione in modo da connettere questi due mondi. L'obiettivo è il cambiamento delle abitudini prescrittive con un approccio formativo. In collaborazione con la Società Italiana di Pedagogia Medica (SIPEM) si è progettato questo asse, con due obiettivi: da una parte costruire un progetto formativo che tenga conto delle migliori evidenze disponibili in letteratura per essere efficace e, dall'altra, creare un gruppo di giovani professionisti medici di medicina generale che apprendessero i rudimenti della formazione nel progettare e attuare il percorso formativo stesso.

Si è così identificata una fase "zero" del corso di formazione a distanza (FAD) nella quale veniva data una formazione di base al team "Ampio Spettro" con due obiettivi:

- preparare i giovani medici all'attività didattica di facilitatori di un piccolo gruppo di discussione in ambiente virtuale.
- preparare i giovani medici a gestire e collaborare efficacemente agli eventi formativi nel medio e lungo periodo.

Si è quindi iniziata la progettazione della FAD, prevedendo anche una fase di diffusione, comunicazione e consolidamento: la diffusione e la cura della comunicazione non sono intese come una restituzione finale dei risultati ottenuti ma piuttosto come vero e proprio piano comunicativo e di advocacy riguardo al problema della antibiotico-resistenza che accompagnerà lo sviluppo del progetto in tutte le sue fasi. Inoltre, tutti i materiali prodotti nel corso dei Workshop della seconda fase verranno diffusi negli ambulatori dei MMG, in modo da consentirne una fruizione da parte dei pazienti. Durante questa fase sarà previsto un monitoraggio dei risultati, da realizzarsi sia in forma qualitativa, mediante interviste semi-strutturate rivolte sia ai MMG partecipanti che ai pazienti, che in forma quantitativa, mediante uno studio di efficacia della formazione su indicatori forti.

Definizione dell'obiettivo formativo e dei metodi

Si è scelto di focalizzare la formazione sulla appropriatezza prescrittiva nelle infezioni delle alte vie aeree, con l'obiettivo ancillare di aiutare i medici ad aumentare la capacità di diagnosi differenziale tra COVID-19 e altre infezioni delle vie aeree superiori, migliorando in tal modo la risposta del sistema Italia alla minaccia incombente di un secondo picco epidemico.

Come fare in modo che il medico - prescriva meno, prescriva meglio, prescriva appropriatamente e possa avere un aiuto concreto nella migliore gestione delle infezioni delle alte vie respiratorie in epoca COVID-19?

Si è partiti dalla considerazione che il medico prescrittore è solo l'ultima pedina di una macchina complessa: informatori del farmaco, industrie farmaceutiche, protocolli aziendali, richieste ed aspettative del paziente e della popolazione.

È evidente che il medico non deve essere l'unico target dell'azione, quindi. "Si deve progettare un'azione che presenti aspetti meramente informativi ma anche formativi, oltre alla presa in considerazione di aspetti organizzativi e di sistema. Dal punto di vista del miglioramento della qualità si parte da ciò che è noto e riportato in letteratura fin dagli anni Novanta: l'informazione da sola

non cambia le abitudini dei medici, la prescrizione è un processo complesso non esclusivamente determinato da fattori clinici (Parisi 2020).

La letteratura relativa all'analisi dell'efficacia delle azioni formative nel campo del miglioramento della qualità prescrittiva degli antibiotici riporta una grande varietà di metodi e strumenti (Coxeter 2015, Roque 2014), per cui è difficile avere un riferimento specifico nella progettazione di una azione formativa, ma ci dà alcune informazioni importanti:

1. Sono più efficaci le modalità di formazioni blended, ovvero quelle che prevedano un contemporaneo utilizzo di eventi interattivi, FAD e reminders per il medico.
2. È fondamentale che la formazione del medico non sia disgiunta dall'informazione al paziente mediante materiali in sala di aspetto o altre strategie.
3. Un atteggiamento volto ad esplorare attivamente le preoccupazioni ed aspettative del paziente, necessario per rendere condivisa con il paziente la decisione sul miglior percorso clinico da intraprendere, è una delle tecniche più efficaci per aumentare la qualità dell'azione clinica e il grado di soddisfazione del paziente, oltre ad essere eticamente e deontologicamente desiderabile.

4. Il partecipante deve essere posto in ruolo attivo, e gli si deve fornire adeguato feedback e audit (Forsetlung 2012, Davis 1999)

Si è proposto quindi un progetto formativo che abbia questi requisiti di efficacia ed utilizzi gli strumenti che abbiano caratteristiche di fattibilità nella realtà italiana.

Anche qui la sfida è sempre mettere in connessione, in questo caso stabilire una connessione tra formazione e cambiamento, far sì che si possa apprendere e cambiare.

Il progetto formativo

La necessità imposta dalla situazione di COVID-19 è stata quella di utilizzare un format a distanza. L'obiettivo di riuscire a coinvolgere un gran numero di colleghi rendeva difficile la progettazione di moduli sincroni, si è quindi privilegiata la costruzione di moduli a distanza asincroni, che avevano un triplice obiettivo: favorire la riflessione del discente sul proprio lavoro, informare il discente sulle *best practice* e sulle linee guida attuali e riconosciute relativamente agli interventi medici di fronte ad un problema clinico definito nell'area delle infezioni delle alte vie respiratorie, ed evidenziare le aree in cui l'incertezza è maggiore e insegnare a gestirla, affrontarla ed eventualmente ridurre. Le lezioni ed interviste ad esperti

sono intervallate, nella formazione, da consultazioni simulate, ovvero costruite "in laboratorio" sulla base di consultazioni reali provenienti dall'esperienza dei medici consulenti e contenenti elementi critici atti a stimolare il ragionamento clinico. Il discente è così costretto a confrontarsi con una pratica reale e non con una linea guida disincarnata, ed è impegnato a seguire un certo metodo di osservazione dei fenomeni.

L'informazione viene data attraverso lezioni frontali brevi e succinte, corredate da materiali scritti e da quesiti finali che impegnano il discente a rievocare i concetti presentati, per facilitare così la loro memorizzazione. La lezione parte solitamente dalle osservazioni del caso stimolo per poi esporre le regole generali, ed è quindi maggiormente fruibile perché connessa direttamente alla pratica.

Infine, è posta particolare cura a evidenziare le aree di maggiore incertezza, attraverso la tecnica del dibattito o della tavola rotonda tra esperti, autorizzando i discenti ad interrogare i dubbi ed utilizzare anche le loro capacità critiche attraverso il buon uso del metodo clinico.

Un discorso a parte meritano le competenze di gestione della decisione condivisa in antibiotico terapia, che in letteratura risultano importanti per migliorare l'appropriatezza prescrittiva (Coxeter 2015). Esse sono, come è noto, competenze comunicative e

relazionali difficili da trasmettere: l'intento è stato di introdurre i partecipanti all'analisi delle consultazioni simulate attraverso una griglia di osservazione ad hoc, ma anche di mostrare come le decisioni cliniche finali e in particolare la prescrizione di antibiotici venivano fortemente influenzate dalla buona comunicazione e dall'atteggiamento generale del medico.

Descrizione del percorso formativo in FAD

La struttura della FAD, quindi, si riferisce e segue la struttura del pensiero clinico del

medico di medicina generale dal momento in cui si trova davanti ad un caso specifico fino alla decisione finale nella consultazione (Figura 1). Si è cercato di costruire l'apprendimento partendo da ciò che realmente avviene sul lavoro: infatti, nella consultazione tutte le competenze del medico si attuano e si articolano tra di loro, e una formazione che eserciti i discenti a pensare, a utilizzare le conoscenze e a strutturarle all'interno della consultazione dovrebbe aiutare maggiormente i professionisti nel cambiamento della propria pratica (Parisi 2016).

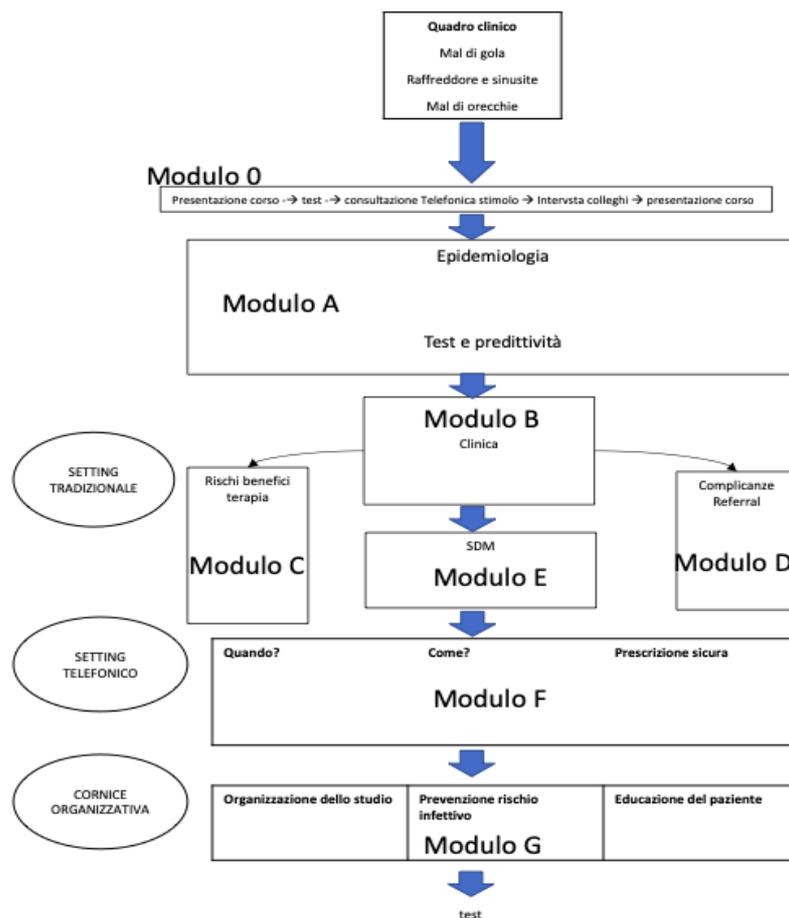


Tavola 3. Mappa della FAD "Ampio Spettro"

Si è scelto, pertanto, di focalizzare l'attenzione sui quadri di più frequente presentazione in medicina generale, quadri esemplari tra i tanti nell'area delle infezioni delle vie aeree superiori: il mal di gola, il raffreddore, la rinosinusite e il mal di orecchie. Si noti come la trattazione parta considerando la ragione dell'incontro del paziente e non la diagnosi clinica. Infatti, il discente è invitato a ragionare e apprendere partendo dalla ragione dell'incontro per arrivare alla diagnosi operativa, escludendo i quadri patologici severi, quantificando probabilisticamente il rischio di sviluppare complicanze, e infine decidere gestendo l'incertezza, attraverso una scelta equilibrata tra rischio e beneficio (Parisi 2016).

Nel modulo O si è definito tale campo di azione della FAD attraverso la visione di un caso stimolo e l'invito a iniziare a confrontarsi con la propria pratica, mostrando anche le pratiche virtuose di colleghi.

Nel modulo A si sono invitati i partecipanti a riflettere sulla situazione epidemiologica delle infezioni virali versus batteriche e il recente problema delle infezioni di COVID-19.

La sezione successiva del corso pone l'attenzione dei partecipanti sul setting tradizionale, presentando il modulo B, cuore della FAD, nel quale si prendono in esame i vari quadri: il ragionamento clinico, la diagnosi, la valutazione e la decisione.

Il modulo C è incentrato sui rischi e benefici della terapia, il modulo D sulle complicanze, le *red flags* e le ragioni e priorità di invio allo specialista.

Il modulo E prende in considerazione le modalità della decisione finale condivisa e la successiva sezione, nel modulo F, ha l'obiettivo di informare il partecipante sui principi metodologici della consultazione telefonica, setting clinico che recentemente è diventato cruciale per l'esercizio della medicina di primo livello, fornendo schemi concettuali e procedure utili alla buona conduzione della consultazione telefonica.

L'ultima sezione, modulo G, prende in esame la cornice organizzativa in epoca COVID-19, partendo dal presupposto che non ci può essere buona clinica senza una buona organizzazione ambulatoriale: l'organizzazione non è un supporto morto alla clinica, ma è uno strumento flessibile per una buona pratica. Il modulo è pensato per trasmettere quegli strumenti riflessivi utili ad una riorganizzazione pratica dell'ambulatorio al fine di ridurre la probabilità di trasmissione del contagio dell'infezione da Sars-CoV-2.

CONCLUSIONI

Nonostante la mancanza di un dipartimento di cure primarie, un gruppo di giovani medici di MG - di medici in formazione - è riuscito a progettare e ha iniziato ad attuare

una ricerca sui comportamenti prescrittivi dei MG e ha promosso (con una formazione con caratteristiche corrispondenti a quelle che in letteratura sono state considerate efficaci, e con particolare riguardo all'efficacia degli aspetti comunicativo-relazionali) il cambiamento su un tema di ampio impatto per la sanità italiana, tema di cui si parla ma sul quale non sono stati fatti interventi così su larga scala e lo ha fatto creando connessioni con istituzioni.

La formazione ha tenuto conto delle esigenze di informazione dei medici, dell'importante parte che ha nell'apprendimento la riflessione sulla propria pratica, e infine ha favorito l'identificazione delle aree di incertezza nelle decisioni inerenti i quadri trattati, richiamando l'importanza del ragionamento clinico non tanto come pensiero teorico e staccato dalla realtà del lavoro, ma come parte del lavoro del medico nella consultazione, che tiene conto delle specificità del paziente e del contesto.

Un progetto no profit come questo ci si augura possa produrre quelle evidenze contesto specifiche necessarie "per fungere da ponte, da una parte, tra le evidenze sperimentali e la pratica clinica quotidiana e, dall'altra, tra passato e futuro della medicina generale" (Parisi 2020)

Di pregio in questo progetto due aspetti: il primo è l'individuazione dei problemi sul campo da parte dei professionisti coinvolti

Stabilire connessioni: Il progetto Ampio Spettro

e che possano avvalersi, nella raccolta e nell'analisi dei dati, del contributo metodologico di istituzioni indipendenti che possano anche finanziare la ricerca. Il secondo la scelta di una formazione che non sia appiattita su una formalizzazione di didattica tradizionale ma sia rivolta al cambiamento e alla costruzione di un professionista capace di riflessione e pensiero indipendente, che lavori sempre sulla base di evidenze contesto specifiche.

BIBLIOGRAFIA

- Coxeter P. et al. (2015). Interventions to facilitate shared decision making to address antibiotic use for acute respiratory infections in primary care. Hoffmann TC, ed. *Cochrane database Syst Rev*;11(11): CD010907.
- Davis D, O'Brien MA, Freemantle N, Wolf FM, Mazmanian P, Taylor-Vaisey A. (1999). Impact of formal continuing medical education: Do conferences, workshops, rounds, and other traditional continuing education activities change physician behavior or health care outcomes? *JAMA*, 282(9):867–874.
- Forsetlund L, Bjørndal A, Rashidian A, Jamtvedt G, O'Brien MA, Wolf FM, Davis D, Odgaard-Jensen J, Oxman AD. (2012). Continuing education meetings and

- workshops: effects on professional practice and health care outcomes (Review). *The Cochrane Library*, Issue 11.
- Hajjaj FM, Salek MS, Basra MK, Finlay AY. (2010). Non-clinical influences on clinical decision-making: a major challenge to evidence-based practice. *J R Soc Med*. May;103(5):178-87. doi: 10.1258/jrsm.2010.100104. PMID: 20436026; PMCID: PMC2862069.
- Knowles MS. (1996). *Quando l'adulto impara*. Milano: Franco Angeli.
- Kolb DA. (1984). *Experiential learning*. Englewood cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Kurotschka, P.K.; Serafini, A.; Massari, M.; Da Cas, R.; Figueiras, A.; Forte, V.; Moro, M.F.; Massidda, M.; Contu, F.; Minerba, L., et al. (2020). Broad Spectrum project: factors determining the quality of antibiotic use in primary care: an observational study protocol from Italy. *BMJ Open* 10, e038843, doi:10.1136/bmjopen-2020-038843.
- Kurotschka, P.K., Moro, M.F., Demurtas, J., and Serafini, A. (2020). [General practitioners knowledge and attitudes on antibiotics and resistance: cross-cultural adaptation and preliminary validation of KAAR-11 questionnaire.]. *Recenti progressi in medicina* 111, 368-370.
- Lopez-Vazquez, P., Vazquez-Lago, J.M., Gonzalez-Gonzalez, C., Pineiro-Lamas, M., Lopez-Duran, A., Herdeiro, M.T., Figueiras, A., and Group, G. (2016). Development and validation of the knowledge and attitudes regarding antibiotics and resistance (KAAR-11) questionnaire for primary care physicians. *J Antimicrob Chemother* 71, 2972-2979.
- Marzano A, Parisi G. (2017). Organizzare la formazione sul campo: metodi, modelli ed esperienze. *Tutor* Vol. 17, N. 3: 21-28 DOI: 10.14601/Tutor-21151
- Mezirow J. (2003). *Apprendimento e trasformazione*. Milano: Cortina Editore.
- Osservatorio Nazionale sull'impiego dei Medicinali. (2019). *L'uso degli antibiotici in Italia. Rapporto Nazionale 2018*. Roma: Agenzia Italiana del Farmaco.
- Parisi G, Clavenna A. (2020). [Building context-specific evidence to fight antimicrobial resistance: the role of Family Medicine research.]. *Recenti Prog Med*, 111, 351-353, doi:10.1701/3394.33755.
- Parisi G, Pasolli L. (2016). *Clinica, relazione, decisione. La consultazione medica nelle cure primarie*. Milano: Franco Angeli, 2016.
- Prandi F. (2006). Le culture della formazione in sanità. Un'analisi storico-critica

dei modelli di apprendimento nel sistema sanitario. *FOR Rivista per la formazione*, n° 68

Reschovsky, J.D., Rich, E.C. & Lake, T.K. (2015). Factors Contributing to Variations in Physicians' Use of Evidence at The Point of Care: A Conceptual Model. *J Gen Intern Med* 30, 555–561 <https://doi.org/10.1007/s11606-015-3366-7>

Roque, F., Herdeiro, M.T., Soares, S. *et al.* (2014). Educational interventions to improve prescription and dispensing of antibiotics: a systematic review. *BMC Public Health* 14, 1276 <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-1276>

Stabilire connessioni: Il progetto Ampio Spettro

Scott, I.A. and Elshaug, A.G. (2013), Forgoing low-value care: how much evidence is needed to change beliefs?. *Intern Med J*, 43: 107-109. doi:[10.1111/imj.12065](https://doi.org/10.1111/imj.12065)

Terri F, Lelli MB, Priami D. (2017) Accompagnare le persone nei processi di cambiamento. Dossier 262 Servizio Sanitario Regionale. Regione Emilia Romagna. <http://assr.regione.emilia-romagna.it/it/servizi/pubblicazioni/dossier/doss262>

Tor, E.; Steketee, C.; Mak, D. (2016). Clinical audit project in undergraduate medical education curriculum: an assessment validation study. *Int J Med Educ*, 7, 309-319, doi:[10.5116/ijme.57da.c89a](https://doi.org/10.5116/ijme.57da.c89a).