

Valutazione del progetto pilota Girasole nel
Cantone Ticino: rapporto di sintesi

Rapporto all'attenzione dell'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP)

Lucerna, 22 gennaio 2019

SIGLA EDITORIALE

Autori

Manuela Oetterli, dipl. sc. nat. PF e Master in Public Health (direzione del progetto)
Anina Hanimann, Master of Arts in scienze politiche
Prof. Dr. Andreas Balthasar (garanzia della qualità)

INTERFACE

Politikstudien Forschung Beratung
Seidenhofstrasse 12
CH-6003 Lucerna
Tel. +41 41 226 04 26
luzern@interface-pol.ch
www.interface-pol.ch

Committente

Ufficio federale della sanità pubblica UFSP, Dipartimento federale dell'interno

Durata

Da febbraio 2016 a gennaio 2019

Periodo di rilevamento dei dati

Da settembre 2016 ad aprile 2018

Direzione del progetto di valutazione presso l'Ufficio federale della sanità pubblica UFSP

Christine Heuer

Gruppo di accompagnamento

Marcacci Alberto, UFSP, Berna; Bouvier Gallacchi Martine, SPVS, Bellinzona; Auer Reto, BIHAM, Berna; Heuer, Christine, UFSP, Berna

Metavalutazione

L'incarico di redigere il presente rapporto è stato conferito dall'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP) a una società esterna per ottenere una risposta indipendente e scientificamente fondata a quesiti rilevanti. L'interpretazione dei risultati, le conclusioni ed eventuali raccomandazioni all'attenzione dell'UFSP e di altri attori possono dunque differire dall'opinione o dalla posizione dell'UFSP.

La bozza del rapporto è stata oggetto di una metavalutazione da parte del Servizio valutazione e ricerca dell'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP) e del Gruppo di accompagnamento della valutazione (v. sopra). La metavalutazione (controllo della qualità di una valutazione in termini scientifici ed etici) si basa sugli standard di qualità della Società svizzera di valutazione (standard SEVAL). Il risultato della metavalutazione è stato comunicato dal team incaricato della valutazione e tenuto in considerazione nel presente rapporto.

Ritiro

Ufficio federale della sanità pubblica, servizio Valutazione e ricerca (V+R), 3003 Berna,
<https://www.bag.admin.ch/bag/it/home/das-bag/publikationen/evaluationsberichte.html>

Traduzione

Tradotto dal tedesco in italiano da Pozzi-Milloni Elisabetta

Proposta di citazione

Oetterli, Manuela; Hanimann, Anina; Balthasar, Andreas (2019): valutazione del progetto pilota Girasole nel Cantone Ticino: rapporto di sintesi. Rapporto all'attenzione dell'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP), Interface Politikstudien Forschung Beratung, Lucerna.

Riferimento del progetto

Numero di progetto: P16-08

INDICE

SIGLA EDITORIALE	2
1 INTRODUZIONE	5
1.1 Il progetto pilota Girasole	5
1.2 Design di valutazione	9
2 RISULTATI	14
2.1 Reach: raggiungibilità	14
2.2 Effectiveness: efficacia	17
2.3 Adoption: accettazione e radicamento	18
2.4 Implementation: attuazione	22
2.5 Maintenance: persistenza	23
3 CONCLUSIONE E RACCOMANDAZIONI	25
3.1 Conclusione in merito alla realizzazione e all'impatto di Girasole	25
3.2 Raccomandazioni	27

1 INTRODUZIONE

L'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP) ha incaricato la Scuola Universitaria Professionale della Svizzera Italiana (SUPSI) di Lugano di *valutare l'attuazione* e Interface Politikstudien Forschung Beratung di Lucerna di *valutare l'impatto* del progetto pilota Girasole nel Cantone Ticino¹. Il presente rapporto sintetizza le due valutazioni e formula raccomandazioni all'attenzione dei responsabili delle decisioni a livello cantonale e nazionale.

1.1 IL PROGETTO PILOTA GIRASOLE

Il progetto pilota Girasole è stato concepito e realizzato dal Servizio di promozione e di valutazione sanitaria (SPVS) del Dipartimento della sanità e della socialità (DSS) nel Cantone Ticino dal 2014 al 2018 e fa parte delle misure varate nell'ambito della Strategia nazionale sulla prevenzione delle malattie non trasmissibili (Strategia MNT). Nella fase di elaborazione ha ottenuto il sostegno dell'UFSP che lo ha finanziato insieme al DSS. Si inserisce in una serie di progetti e programmi analoghi, svolti negli scorsi anni negli studi dei medici di famiglia per la promozione della salute e la prevenzione. Tra questi si annoverano, per esempio, i programmi PAPRICA² e Pas à Pas³ nella Svizzera romanda o Coaching Santé⁴ nella Svizzera tedesca.

1.1.1 OBIETTIVI E GRUPPI TARGET

Il progetto si prefiggeva l'obiettivo di introdurre a titolo sperimentale nel Cantone Ticino un approccio d'intervento che integrasse i metodi e i contenuti dei programmi Coaching Santé e PAPRICA. Prima di tutto, si trattava di testare la fattibilità dell'attuazione negli studi dei medici di famiglia in Ticino. Secondariamente, occorreva verificare l'efficacia dell'approccio. In terzo luogo, era necessario studiare l'impatto dell'intervento sul comportamento dei pazienti⁵ e, in particolare, sulla loro attività fisica⁶. L'intervento, infatti, intendeva contribuire a ridurre i fattori di rischio delle malattie non trasmissibili con particolare attenzione alla promozione dell'attività fisica. Dall'Indagine sulla salute in Svizzera (ISS) svolta nel 2012 è emerso che l'insufficiente pratica del movimento

¹ Oetterli, Manuela; Hanimann, Anina; Gianola, Giada (2018): Externe Evaluation des Pilotprojekts Girasole im Tessin: Wirksamkeit des Pilotprojekts. Teil II der Evaluation. Bericht zuhanden des Bundesamts für Gesundheit (BAG), Interface Politikstudien Forschung Beratung, Lucerna e Caiata-Zufferey, Maria; De Pietro, Carlo. (2018): Evaluation du projet-pilote Girasole: Le processus de mise en oeuvre. Rapport à l'attention de l'OFSP. SUPSI/DEASS: Lugano-Manno.

² Koutaissoff, Daria; Jeannin, André; Dubois-Arber, Françoise (2012): Evaluation de la Formation PAPRICA (Physical Activity promotion in Primary Care), Losanna.

³ Locicero, Stéphanie; Samitca, Sanda; Bize, Raphaël (2018): Evaluation formative du projet „Pas à Pas“ avec délégation médicale du conseil en activité physique auprès de spécialistes en activités physiques adaptées. Losanna.

⁴ Grüninger, Ueli; Schmid, Margareta; Hösli, Ruedi; Egli, Fabian; Neuner-Jehle, Stefan (2012): Gesundheitscoaching. Schlussbericht Projekt Gesundheitscoaching KHM. Gesundheitscoaching: Förderung von gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen in der Arztpraxis, Berna.

⁵ Per rendere la lettura più scorrevole, nel testo si è rinunciato all'utilizzo della forma femminile, che è sottintesa.

⁶ Ufficio federale della sanità pubblica UFSP (2016): Procès-verbal décisionnel - Evaluation du projet pilote Girasole au Tessin: ébauche du concept du 10 juin 2016. UFSP, Berna.

è un fenomeno particolarmente diffuso in Ticino⁷. A tal fine i medici di famiglia ticinesi (gruppo target diretto del progetto pilota Girasole che fungevano da intermediari) dovevano consigliare i loro pazienti (gruppo target indiretto) su comportamenti favorevoli alla salute e motivarli a sviluppare insieme a loro un proprio progetto per la salute. I pazienti potevano eseguirlo da soli o con l'ausilio di un repertorio delle proposte di attività fisica. Grazie al ricorso al nuovo approccio d'intervento da parte del medico di famiglia, uno su sei dei pazienti reclutati avrebbe dovuto riscontrare un miglioramento nel proprio comportamento ai sensi della promozione della salute⁸. Inoltre, si voleva migliorare la competenza dei medici partecipanti al progetto in materia di consulenza e coaching in funzione degli obiettivi d'intervento. Infine, il progetto pilota doveva contribuire a integrare l'azione dei medici nel contesto di vita e di relazioni del paziente, per valorizzare il contributo che queste ultimi possono dare nel condurre un progetto personale mirato al benessere e alla salute.

1.1.2 BASI CONCETTUALI

Le basi concettuali del progetto pilota Girasole comprendevano un progetto di massima elaborato dall'SPVS⁹, i verbali del gruppo di coordinamento del progetto pilota¹⁰ e un modello d'impatto elaborato da un mandatario esterno incaricato dall'UFSP¹¹. In collaborazione con i due team di valutazione, nel 2016 queste basi frammentarie sono state consolidate e concretizzate nell'ambito di un progetto di valutazione. In particolare, il team di valutazione ha adeguato la Teoria d'azione allo stato attuale di avanzamento del progetto, coinvolgendo l'SPVS e il servizio Valutazione e ricerca dell'UFSP¹².

1.1.3 APPROCCIO D'INTERVENTO

L'approccio d'intervento del progetto pilota Girasole si orientava ai metodi e ai contenuti di progetti esistenti, i cui elementi sono stati ripresi, unificati e adeguati alle esigenze del Cantone Ticino. Dal programma Coaching Santé del Collegio di medicina di base (CMB) è stato mutuato il metodo del colloquio motivazionale con i relativi fogli di lavoro e il modello del processo decisionale condiviso tra medico e paziente. Il programma PAPRICA del Policlinico medico universitario di Losanna è servito al progetto pilota Girasole come modello per integrare la promozione dell'attività fisica nella formazione sul colloquio motivazionale.

⁷ Ufficio federale di statistica (2014): Indagine sulla salute in Svizzera 2012. Comunicato stampa, Neuchâtel (<www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/news/medienmitteilungen.html?pressID=9761>, accesso il 5 luglio 2018). Appena il 60,8 per cento delle persone intervistate nel Cantone Ticino ha indicato di svolgere attività fisica, a differenza della media svizzera che si attesta al 72,5 per cento.

⁸ Presentazione di Martine Bouvier Gallacchi «Progetto Girasole. Empowerment e coaching nello studio medico. Formazione Coaching salute e Paprica Centro sportivo nazionale di Tenero 16–17 settembre 2016».

⁹ Cantone Ticino (2014): Progetto Girasole. Progetto per l'integrazione di attività di promozione dell'attività fisica e di prevenzione dei fattori di rischio legati alla sedentarietà nel sistema di cura, in particolare nella pratica della medicina di base, Cantone Ticino, Bellinzona.

¹⁰ Ufficio federale della sanità pubblica UFSP (2015): Règles de communication projet-pilote Girasole. UFSP, Berna e Ufficio federale della sanità pubblica UFSP (2014): Procès-verbal: 1ère Rencontre GL (Gruppo di lavoro) Girasole, UFSP, Berna

¹¹ Simonson, Thomas; Bize, Raphaël (2015): Actualisation de la théorie d'action du projet Girasole et proposition d'indicateurs en vue de l'évaluation, Losanna.

¹² Oetterli/Hanimann/Gianola (2018) e Caiata-Zufferey/de Pietro (2018).

1.1.4 CAMPI D'INTERVENTO E MISURE

Il progetto pilota Girasole si è articolato in tre campi d'intervento: la formazione ad hoc dei medici di famiglia, l'intervento nello studio medico e il supporto dei medici di famiglia.

Formazione ad hoc dei medici di famiglia

Coinvolgendo quattro medici di famiglia selezionati (cosiddetti istruttori), l'SPVS ha elaborato in collaborazione con il CMB una formazione ad hoc associando Coaching santé e PAPERICA. Nel mese di settembre del 2016 l'SPVS e i quattro istruttori hanno svolto tale formazione al Centro sportivo nazionale di Tenero. Essa intendeva ampliare le conoscenze dei medici di famiglia a livello di metodi e contenuti e far acquisire familiarità con il loro nuovo ruolo di coach. Inoltre, sono stati illustrati i loro compiti nell'ambito della valutazione del progetto pilota Girasole¹³.

I medici di famiglia invitati a partecipare al progetto pilota e a seguire la formazione ad hoc sono stati scelti attingendo alla rete di contatti dell'SPVS. Una delle condizioni era che avessero un interesse per la conduzione del colloquio motivazionale. Nella scelta dei medici, si è tenuto conto delle diverse caratteristiche geografiche e sociali del Cantone Ticino.

Intervento nello studio del medico di famiglia

Negli studi medici la fase d'intervento è cominciata nel mese di ottobre del 2016 con il reclutamento dei pazienti da parte dei medici. I criteri d'inclusione prendevano in considerazione pazienti di età compresa tra i 40 e i 75 anni, che si recavano regolarmente in uno studio medico e che, secondo il giudizio del medico curante, presentavano uno o più fattori di rischio di tipo comportamentale (in particolare sedentarietà).

Una volta reclutati i pazienti, cominciava la vera e propria fase d'intervento¹⁴. Il coaching da parte del medico di famiglia comprendeva quattro fasi, distribuite su più consultazioni¹⁵: in una prima fase, il medico sensibilizzava i pazienti a modificare il proprio comportamento. Nella seconda fase, il paziente sceglieva, insieme al medico, uno o più ambiti in cui modificare il proprio comportamento e formulava la sua motivazione. Nella terza fase il paziente e il medico, insieme, pianificavano un personale progetto di salute articolato con obiettivi e misure concreti. Nella quarta e ultima fase, il medico e il paziente verificavano la realizzazione e il raggiungimento degli obiettivi del progetto di salute. Quanto avveniva nelle quattro fasi era annotato in tre fogli di lavoro¹⁶.

¹³ Per la valutazione dell'impatto, i medici di famiglia dovevano in primo luogo tenere un elenco dei pazienti partecipanti rilevando inizialmente 9 variabili sulla situazione del paziente (ad es. età, sesso, fattori di rischio) e in seguito per ogni consultazione fornendo indicazioni su altre 4 variabili (ad es. durata della consultazione). Secondariamente, i medici di famiglia dovevano consegnare ai pazienti partecipanti un questionario con il loro codice personale sia all'inizio che alla fine dell'intervento. In terzo luogo, dovevano apporre il codice del rispettivo paziente sui fogli di lavoro riguardanti l'intervento. Quarto, i medici stessi dovevano compilare due brevi questionari (dopo la formazione ad hoc e alla conclusione del progetto pilota). Per la valutazione dell'attuazione i medici di famiglia dovevano partecipare due volte a un'intervista (di gruppo).

¹⁴ Così come nel modello d'impatto di Simonson/Bize (2015) concernente il progetto pilota, «coaching» è utilizzato come sinonimo di «intervento» e si riferisce alla consulenza che il medico di famiglia svolge con il paziente secondo l'approccio metodologico del colloquio motivazionale e del processo decisionale condiviso.

¹⁵ Il numero delle consultazioni si è orientato alle esigenze dei pazienti.

¹⁶ I fogli di lavoro sono stati ripresi dal programma Coaching Santé, tradotti e leggermente adattati alla realtà ticinese.

Il progetto pilota, quindi l'accompagnamento dell'SPVS, si è concluso nel mese di dicembre del 2017 con la chiusura ufficiale, alla quale hanno partecipato l'UFSP, dell'SPVS, i medici di famiglia coinvolti e i due team di valutazione. I medici, invece, hanno concluso la fase d'intervento a marzo 2018 e gli elementi acquisiti in questa fase sono confluiti nella presente valutazione.

Supporto dei medici di famiglia

Il sostegno ai medici comprende tutte le forme di supporto fornite dall'SPVS, tra cui si annoveravano:

- un repertorio delle proposte di attività fisica reperibili su tutto il territorio cantonale che i medici potevano utilizzare nell'elaborazione del progetto di salute¹⁷;
- tre incontri tra i medici di famiglia aderenti al progetto per promuovere lo scambio di esperienze e la loro elaborazione (follow up);
- una locandina e un opuscolo, messi a disposizione dei medici, per richiamare l'attenzione dei pazienti sull'offerta di coaching¹⁸;
- l'SPVS, insieme all'Ordine dei medici del Canton Ticino (OMCT), ha suggerito ai medici aderenti come fatturare le prestazioni di coaching nell'ambito del progetto pilota, dopo aver valutato e stabilito anche se e come informare le casse malati¹⁹;
- un contributo dell'SPVS di 500 franchi per la partecipazione al progetto. Anche la partecipazione alla formazione specifica a titolo gratuito è stata considerata un benefit²⁰;
- Infine, l'SPVS ha sottoposto ai medici diverse proposte di altri servizi di supporto (p. es. workshop di formazione ad hoc);
- una formazione sulla gestione dello stress nella prassi quotidiana del medico tenuta da un esperto in materia; quest'ultima formazione non è stata considerata nella valutazione.

1.1.5 ORGANIZZAZIONE E COMPITI

L'organizzazione del progetto pilota si è svolta su due livelli, uno strategico e l'altro operativo²¹.

Livello strategico

I *committenti* del progetto pilota erano l'UFSP, rappresentato dalla Divisione Prevenzione malattie non trasmissibili (MNT), e il Dipartimento della sanità e della socialità (DSS), rappresentato dall'SPVS. La divisione MNT ha cofinanziato il progetto insieme al DSS²². Inoltre, il servizio Valutazione e ricerca dell'UFSP ha messo a disposizione le risorse umane e finanziarie per la direzione

¹⁷ Il repertorio è stato messo a disposizione dei medici di famiglia in forma prima cartacea, poi elettronica; tuttavia i medici hanno preferito la forma cartacea per interagire con i pazienti. Il repertorio ha sostituito il materiale tradotto in italiano o di PAPRICA che non è stato ritenuto utile dagli istruttori.

¹⁸ Questo materiale può essere scaricato dal sito dell'SPVS: <<https://www4.ti.ch/dss/dsp/spvs/progetti/alimentazione-e-movimento/girasole/>>, accesso l'8 giugno 2018.

¹⁹ I medici di famiglia hanno potuto fatturare le consulenze che hanno fornito con il codice TARMED 00.0510. Ogni medico era libero di scegliere se utilizzare o meno questo codice.

²⁰ La direzione del progetto ha rinunciato a remunerare i medici di famiglia per ogni paziente partecipante – come nel caso di altri progetti quali, ad esempio, il programma Coaching Santé – poiché non appariva rilevante per i medici aderenti e co-munque ne avrebbe influenzato il comportamento, costituendo un bias nella valutazione.

²¹ I committenti (UFSP, Divisione MNT e SPVS/DSS) hanno convenuto un organigramma definitivo solo dopo la fine della fase pilota nell'ottobre del 2018.

²² La quota della Divisione MNT è ammontata a 177 330 franchi per gli anni 2014–2017, quella del DSS a 59 900 franchi. L'Ufficio del medico cantonale ha approvato formalmente il preventivo complessivo del progetto nel 2015.

e lo svolgimento del progetto di valutazione esterno. Il *gruppo di coordinamento* a livello nazionale, presieduto dall'UFSP, era composto da rappresentanti dell'UFSP e dell'SPVS ed è intervenuto soprattutto nei lavori preliminari di natura concettuale e nella gestione dei rapporti con i partner nazionali del progetto, facenti capo al Collegio di medicina di base (CMB), coinvolti nel trasferimento delle conoscenze su Coaching santé e PAPRICA

Livello operativo

La *direzione* operativa del progetto pilota è stata affidata all'SPVS, i cui compiti comprendevano il reclutamento dei medici, la preparazione del materiale e degli strumenti necessari, l'organizzazione e lo svolgimento della formazione per i medici di famiglia e il loro supporto durante la fase d'intervento. In parallelo l'SPVS ha mantenuto i rapporti con il partner cantonale OMCT, coinvolto quale referente verso le associazioni mediche regionali (in particolare l'Associazione ticinese medici di famiglia, ATIMEF) e sugli aspetti inerenti la fatturazione delle prestazioni. Inoltre, l'SPVS ha partecipato all'organizzazione della valutazione (tra gli altri la richiesta del nullaosta al Comitato etico cantonale o la preparazione e la distribuzione del materiale per gli studi medici) e ha assicurato il contatto tra il team di valutazione e i medici. Anche a livello cantonale ha operato un *gruppo di accompagnamento* composto dall'SPVS, dai quattro medici incaricati della formazione sul CM e supportato dal Presidente dell'OMCT²³

1.2 DESIGN DI VALUTAZIONE

1.2.1 OBIETTIVO E QUESITI

L'obiettivo della valutazione consisteva nel verificare l'attuazione e l'impatto del progetto pilota Girasole nel Cantone Ticino, nell'ottica di una sua ottimizzazione e di una possibile estensione su scala nazionale²⁴. La valutazione verteva sulle tre fasi del progetto pilota Girasole (1. formazione dei medici di famiglia, 2. attuazione dell'intervento, 3. supporto dei medici durante l'attuazione) e sui diversi attori del progetto Gruppo target diretto dei medici, gruppo target indiretto dei pazienti nonché i principali attori ticinesi (in particolare l'SPVS).

I quesiti estrapolati dagli obiettivi della valutazione sono stati strutturati per la sintesi secondo i criteri RE-AIM (cfr. illustrazione D 1.1)²⁵. RE-AIM è un modello con cinque parametri che misurano lo sviluppo dell'efficacia degli interventi: raggiungibilità (**R**each) del gruppo target, efficacia (**E**ffectiveness), accettazione e radicamento (**A**doption) presso il gruppo target, attuazione (**I**mplementation) e persistenza (**M**aintenance) dell'intervento. In questo caso il modello RE-AIM serve soprattutto a strutturare i risultati, poiché le due valutazioni parziali hanno utilizzato griglie diverse²⁶.

²³ Il CMB ha ricevuto l'incarico dall'UFSP; cfr. Ufficio federale della sanità pubblica UFSP (2014): Décision (N°14.017101). Compte/crédit 3119502050/N° de tâches 60105/Ernährung und Bewegung du 11.11.2014, UFSP, Berna.

²⁴ Ufficio federale della sanità pubblica UFSP (2016): Procès-verbal décisionnel - Evaluation du projet pilote Girasole au Tessin : ébauche du concept du 10 juin 2016. UFSP, Berna.

²⁵ Glasgow, Russell E.; Klesges, Lisa M., Dzewaltowski, David A.; Estabrooks, Paul A.; Vogt, Thomas M. (2006): Evaluating the impact of health promotion programs. Using the RE-AIM framework to form summary measures for decision making involving complex issues, in: Health Education Research 21(5), p. 688–694.

²⁶ Tuttavia i parametri RE-AIM si ritrovano anche nel modello d'impatto, che è servito come griglia di valutazione dell'impatto; cfr. Oetterli/Hanimann/Gianola (2018).

D 1.1: Domande di valutazione per gruppo target (secondo RE-AIM)

Domande di valutazione	R	E	A	I	M
Medici di famiglia					
Numero di partecipanti, caratterizzazione, reclutamento dei medici di famiglia, motivazione?	I/II				
Modifica della competenza in materia di consulenza e coaching?		II			
Soddisfazione per la formazione ad hoc/l'attuazione/il supporto/l'approccio d'intervento?			I/II		
Valore della promozione della salute e della prevenzione?			I/II		
Attuazione dell'intervento?				I	
Numero di medici di famiglia che proseguono il progetto Girasole?					I
Pazienti					
Numero di partecipanti, caratterizzazione, motivo del rifiuto/dell'interruzione?	II				
Raggiungimento degli obiettivi personali?		II			
Modifica dello stato di salute, del comportamento e della competenza in materia?		II			
Soddisfazione per il coaching?			II		
Fiducia di riuscire a mantenere il comportamento a favore della propria salute?					II
Attori					
Radicamento nel Cantone?			I/II		
Attuazione del progetto pilota da parte della direzione del progetto?				I	
Proseguimento di Girasole da parte della direzione del progetto?					I/II

Legenda: I = Attuazione (componente della valutazione parziale I), II = effetti (componente della valutazione parziale II). Fonte: schema elaborato da Interface.

1.2.2 LIVELLI DI CONFRONTO

Per rispondere ai quesiti della valutazione si è fatto ricorso a tre criteri di confronto: mediante comparazioni tra la situazione auspicata e quella reale si è verificato se il progetto Girasole ha conseguito gli obiettivi stabiliti. Per determinare gli effetti sui pazienti e sui medici di famiglia, sono stati svolti confronti tra prima e dopo l'intervento. Le misurazioni all'inizio e alla fine dell'intervento consentono di determinare i cambiamenti rispetto alla situazione iniziale. Per quanto possibile sono stati predisposti confronti anche tra i medici di famiglia e i pazienti partecipanti, mentre i risultati riguardanti gli effetti sui pazienti sono stati confrontati con i dati disponibili dall'Indagine sulla salute in Svizzera del 2012²⁷, dai programmi Coaching Santé, PAPRICA e dal progetto Pas à Pas²⁸.

²⁷ I dati dell'ultima indagine ISS non erano disponibili al momento della stesura del rapporto parziale 2.

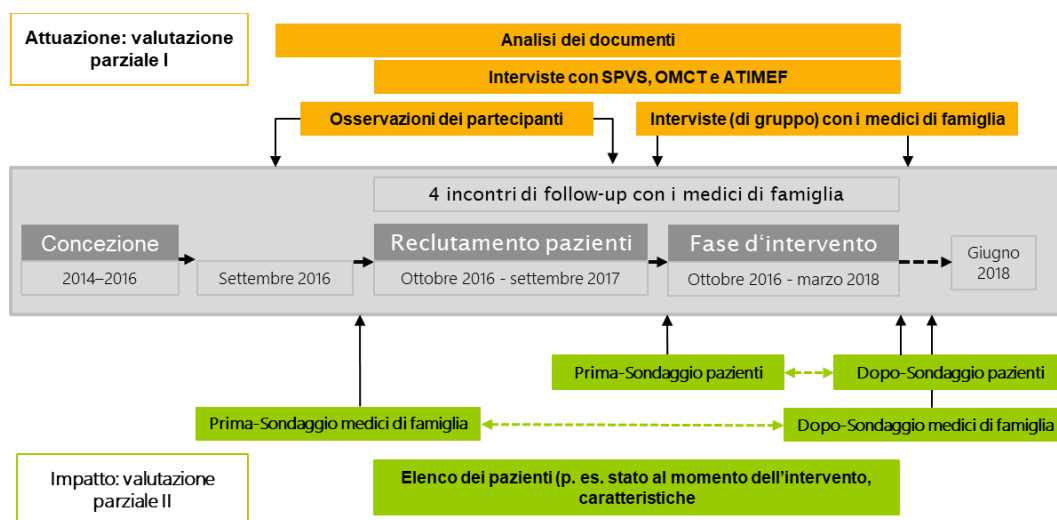
²⁸ Oltre ai tre programmi e progetti menzionati, negli ultimi anni sono state attuate altre misure di prevenzione negli studi dei medici di famiglia in Svizzera. Tra questi si ricordano il progetto di consulenza medica per la disassuefazione dal fumo «Frei von Tabak – ärztliche Beratung zum Rauchstopp», la guida «Kurzinterventionen bei Patienten mit risikoreichem Alkoholkonsum» (solo in tedesco), il programma di incentivazione della prevenzione e della promozione della salute «EviPrev» o il documento di base «Krise und Suizid» per sviluppare le competenze dei medici nell'interazione con pazienti affetti da turbe emotive o pensieri suicidari. L'approccio aperto di Girasole ha consentito fondamentalmente di combinare l'intervento dei medici di famiglia con strumenti tratti da altri programmi e progetti (p. es. brevi interventi in caso di consumo elevato di alcol, se il paziente aveva un obiettivo in questo ambito). Tuttavia, dal momento che il progetto pilota Girasole era focalizzato in primo luogo sull'attività fisica, la valutazione non ha indagato più a fondo quanto i medici aderenti abbiano fatto ricorso agli strumenti dei progetti e dei programmi summenzionati.

1.2.3 RILEVAMENTO DEI DATI

Nel grafico seguente sono riepilogati i metodi qualitativi e quantitativi utilizzati per il rilevamento. La *valutazione dell'attuazione* si è basata sulla teoria di Dearing²⁹ riguardante la diffusione di innovazione; essa prevedeva l'analisi di documenti, l'osservazione dei medici partecipanti alla formazione e a due incontri di follow-up, interviste di gruppo e individuali.

La *valutazione dell'impatto* si è basata in particolare su due sondaggi, ai medici di famiglia e ai pazienti, svolti prima e dopo l'intervento³⁰. Al fine di garantire la comparabilità, le domande erano armonizzate il più possibile con quelle dell'ISS e della valutazione del programma Coaching Santé. Inoltre, sono stati valutati dati specifici sui pazienti rilevati dai medici tramite un registro ad hoc. Si tratta della "Lista pazienti" che ogni medico compilava per tenere traccia dei pazienti a cui proponeva di entrare nel progetto Girasole. Infine, sono state analizzati anche dati selezionati dai fogli di lavoro 1, 2 e 3 che i medici hanno utilizzato con i loro pazienti nell'ambito del coaching³¹. I dati dei sondaggi quantitativi sono stati analizzati esclusivamente a livello descrittivo. Per i pazienti, le differenze tra chi ha abbandonato il progetto e chi lo ha condotto a termine sono state studiate con il test del chi-quadrato. Nello sviluppare il design della valutazione d'impatto il team di valutazione ha potuto avvalersi della consulenza e delle esperienze del responsabile del programma Coaching Santé presso l'Istituto di medicina di famiglia dell'Università di Zurigo.

D 1.2: Svolgimento del progetto Girasole e rilevamenti dei dati della valutazione



Legenda: per la valutazione dell'attuazione sono stati condotti in totale 9 interviste di gruppo (5 all'inizio della fase d'intervento, 4 alla fine) e 7 colloqui individuali (3 all'inizio della fase d'intervento, 4 alla fine) con i medici di famiglia. Fonte: schema elaborato da Interface.

²⁹ Dearing, James W. (2009): Applying Diffusion of Innovation Theory to Intervention Development. *Research on Social Work Practice*, 19(5), 503-518.

³⁰ Anche la valutazione parziale II si è basata su un'analisi dei documenti per l'elaborazione degli strumenti di rilevamento e per la valutazione. I dettagli sulla struttura dei questionari sono esposti nei capitoli 3.4 e 3.5 del rapporto parziale 2. La versione integrale dei questionari figura negli allegati A2 (pazienti) e A3 (medici di famiglia) dello stesso rapporto; cfr. Oetterli/Hanimann/Gianola (2018).

³¹ I fogli di lavoro sono contenuti nell'allegato 1 del rapporto parziale 2; cfr. Oetterli/Hanimann/Gianola (2018).

1.2.4 OPPORTUNITÀ E LIMITI DELLA VALUTAZIONE

Nell'interpretazione dei risultati della valutazione occorre osservare quanto segue:

- 1) il modello di valutazione ha rappresentato una grossa sfida per il team di valutazione poiché prima della sua elaborazione è stato necessario concretizzare e adeguare la teoria d'azione del progetto Girasole, sulla quale si fondava, all'effettivo stato di avanzamento del progetto. Secondo la direzione del progetto questo processo, pur richiedendo una parte considerevole delle risorse disponibili per la valutazione, ha fornito un contributo importante all'ottimizzazione del progetto pilota;
- 2) al progetto Girasole era stata volutamente conferita un'impostazione aperta, per lasciare ai medici di famiglia un ampio margine di manovra nella scelta delle modalità d'intervento. Questo modo di procedere ha offerto l'opportunità di attuare e analizzare il progetto nel contesto «reale» di uno studio medico. Tuttavia, questa impostazione ha reso l'attuazione dell'intervento troppo poco sistematica per pronunciarsi sulla sua efficacia;
- 3) su richiesta della direzione del progetto pilota si è rinunciato a seguire da vicino i medici di famiglia³² coinvolti per mancanza di accettazione. Inoltre è stato escluso un indennizzo³³ per le prestazioni nell'ambito della valutazione, che avrebbe potuto implicare un errore sistematico di selezione. Per motivi organizzativi si è preferito non ricorrere a un gruppo di controllo (per controllare i fattori di influenza della valutazione e quelli al di fuori dell'intervento)³⁴.

Durante la discussione dell'offerta, il team di valutazione ha illustrato dettagliatamente questi ostacoli all'UFSP e anche all'SPVS³⁵. Ponderando i pro e i contro e nonostante i rischi impliciti, i responsabili hanno auspicato una valutazione quantitativa dell'impatto che considerasse le domande sullo stato di salute e sul comportamento in materia tratte dall'indagine ISS, soprattutto perché il gruppo di coordinamento desiderava confrontare lo stato di salute e il relativo comportamento dei pazienti partecipanti con i dati ricavati dalla ISS per il Cantone Ticino. Inoltre, la direzione del progetto dell'SPVS ha spiegato in modo convincente che i medici di famiglia selezionati erano molto motivati e quindi disposti a collaborare alle condizioni prestabilite, e che nell'attuazione sarebbero stati seguiti da vicino dall'SPVS. Dal punto di vista dell'SPVS, la valutazione doveva concentrarsi primariamente sulla fattibilità del progetto pilota e non sulla sua efficacia. Infine, sono stati ritenuti accettabili tanto l'impegno dei pazienti per compilare un questionario di valutazione piuttosto breve all'inizio (tre pagine) e alla fine dell'intervento (quattro pagine) quanto i compiti dei medici nell'ambito della valutazione³⁶;

- 4) il numero dei pazienti reclutati è rimasto nettamente al di sotto delle aspettative a causa delle summenzionate condizioni quadro, sebbene l'SPVS abbia ripetutamente contattato i medici di

³² La qualità dei dati rilevati dai medici di famiglia e il ritorno dei questionari compilati dai pazienti sono dipesi in misura notevole dall'impegno profuso dai medici stessi. Tuttavia, il protocollo di valutazione non prevedeva che il team di valutazione potesse mettersi direttamente in contatto con loro.

³³ Nel progetto Coaching Santé i medici di famiglia hanno percepito per le loro prestazioni tra 30 franchi (interruzione dopo la prima fase) e 250 franchi (superamento di tutte le fasi dell'intervento) per ogni paziente partecipante.

³⁴ In riferimento alla collaborazione con i medici di famiglia nell'ambito dei progetti di ricerca cfr. anche Jungo, Katharina T.; Löwe, Axel; Mantelli, Sophie; Meier, Rahel; Rodondi, Nicolas; Streit, Sven (2018): Die OPTICA-Studie. In: PRIMARY AND HOSPITAL CARE – ALLGEMEINE INNERE MEDIZIN 2018;18(6):100–102.

³⁵ Oetterli, Manuela; Hanimann, Anina; Balthasar, Andreas (2016): Evaluation des Pilotprojekts Girasole: Teil Wirkungen und Synthese der Ergebnisse. Konzept und Offerte zuhanden des Bundesamts für Gesundheit (BAG): sezione 5.1.4.

³⁶ Cfr. nota 13.

famiglia in proposito e la durata dell'intervento sia stata prolungata. È altresì emerso che due medici partecipanti si sono distinti per la loro forte motivazione e di conseguenza i dati generati non possono essere considerati rappresentativi per i medici aderenti. Non è stato quindi possibile effettuare raffronti tra gli studi medici in riferimento all'efficacia dell'intervento. Come conseguenza del terzo e del quarto punto, sulla scorta dei dati ottenuti nella valutazione non è stato possibile esprimere un giudizio valido in merito all'impatto del coaching sullo stato di salute e sul relativo comportamento dei pazienti³⁷. Inoltre, la valutazione dell'impatto si è basata sulle informazioni fornite dai pazienti stessi. Per frenare la tendenza a fornire modelli di risposta socialmente auspicabili, i pazienti hanno compilato i questionari non in presenza del medico. Nonostante questi limiti, dai dati disponibili sono emerse preziose indicazioni sulle caratteristiche dei pazienti partecipanti e non partecipanti nonché sulla motivazione, sul grado di soddisfazione e di accettazione da parte degli stessi;

- 5) si può concludere che sia la valutazione dell'attuazione sia parti della valutazione dell'impatto hanno posto una base importante per sviluppare ulteriormente il progetto pilota Girasole e per trarre conclusioni in vista della diffusione di tale approccio oltre il progetto pilota. In questa occasione il team di valutazione della SUPSI e quello di Interface ringraziano i medici e i pazienti partecipanti a Girasole del grande impegno e dell'ottima collaborazione con l'SPVS, l'UFSP e il Gruppo di accompagnamento per la valutazione.

³⁷ In proposito è comunque in corso presso l'Istituto di medicina di famiglia di Zurigo un progetto di ricerca finanziato dal Fondo per la prevenzione del tabagismo (progetto «COSMOS»), che dovrebbe consentire di trarre conclusioni pertinenti: <<http://www.hausarztmedizin.uzh.ch/de/forschung/projekte/laufende-projekte.html>>, accesso il 30 maggio 2018.

Il presente capitolo contiene la sintesi dei risultati della valutazione dell'attuazione e dell'impatto del progetto pilota Girasole secondo la struttura RE-AIM. La sintesi si concentra sulle tre fasi d'intervento della formazione ad hoc, dell'intervento e del supporto, sui gruppi target dei medici di famiglia e dei pazienti e sulla direzione del progetto da parte dell'SPVS in qualità di attore principale. Qui si richiamano esplicitamente le opportunità e i limiti illustrati nel capitolo precedente, in particolare in riferimento alla valutazione dell'impatto.

2.1 REACH: RAGGIUNGIBILITÀ

Di seguito è illustrato il grado di raggiungibilità di Girasole per i medici di famiglia e i pazienti.

2.1.1 MEDICI DI FAMIGLIA

Quanti medici di famiglia hanno preso parte alla formazione ad hoc e attuato l'intervento?

Dei 25 medici di famiglia interpellati, 19 hanno seguito la formazione ad hoc. I dati quantitativi riguardanti la valutazione della formazione ad hoc sono disponibili per 17 medici di famiglia³⁸. Tenendo presente che nel 2017 esercitavano attività ambulatoriale nel Cantone Ticino 310 medici in totale, che operavano nei campi della medicina generale, della medicina interna generale, della medicina interna o come medici pratici, la quota di partecipazione si è attestata al 5,5 per cento³⁹. Dopo la formazione ad hoc, 17 medici hanno attuato l'intervento (ossia il coaching).

Come possono essere caratterizzati questi medici di famiglia?

Circa due terzi dei medici di famiglia partecipanti erano donne, quindi nettamente sovrarappresentate (sulla summenzionata popolazione totale di 310 medici di famiglia nel Cantone Ticino, la quota dei medici donne è appena del 30 per cento). Tendenzialmente i partecipanti erano piuttosto giovani e attivi in studi di due o più medici. Erano coperti tutti i distretti e il campione riguardava studi medici delle regioni sia urbane che rurali. La copertura di tutte le regioni e di diverse tipologie di studi medici era un obiettivo esplicito del progetto pilota che quindi è stato raggiunto. I quattro medici di famiglia che hanno reclutato più della metà dei pazienti avevano già conoscenze preliminari in materia di coaching; essi hanno dichiarato di avere condotto colloqui motivazionali già prima dell'attuazione dell'intervento. Due di questi quattro hanno coinvolto nell'attuazione i loro assistenti di studio medico (ASM).

Come sono stati reclutati i medici di famiglia?

La scelta dei medici di famiglia partecipanti è avvenuta in misura predominante attingendo alla rete di contatti della direzione del progetto. Sono stati invitati i medici di famiglia che erano interessati a questo approccio d'intervento e che avevano disponibilità di tempo. Due terzi dei medici di famiglia hanno dichiarato di avere già esperienza di conduzione del colloquio motivazionale e praticamente per tutti la prevenzione e la promozione della salute nello studio medico rivestivano una notevole importanza anche prima che fosse lanciato il progetto Girasole. Questi medici rappresen-

³⁸ Per i rilevamenti qualitativi sono disponibili i dati ricavati dalle prime interviste di gruppo per tutti i medici di famiglia.

³⁹ < <http://aerztestatistik.myfmh2.fmh.ch/>>, accesso il 2 luglio 2018.

tavano dunque una cerchia selezionata di partecipanti. Nel reclutamento si è inoltre prestato attenzione a garantire l'eterogeneità dei medici di famiglia a livello geografico e per tipologia di studio medico (cfr. sopra).

Quali motivi li hanno indotti a partecipare?

I medici di famiglia che hanno aderito al progetto hanno indicato tre motivi principali. In primo luogo, nutrivano il desiderio di svolgere una più efficace attività di promozione della salute e di prevenzione con i pazienti. Secondariamente, per il rafforzamento del ruolo del medico di famiglia nel sistema sanitario e la valorizzazione della sua attività. Al terzo posto, per mantenere buone relazioni con l'SPVS, poiché il loro reclutamento è avvenuto tramite la rete di contatti personali dell'SPVS.

2.1.2 PAZIENTI

Quanti pazienti sono stati invitati a partecipare al progetto? Come possono essere caratterizzati?

I medici di famiglia hanno chiesto a 206 pazienti di partecipare alla fase d'intervento. La proporzione tra uomini e donne nella popolazione degli studi corrispondeva a quella dell'intera popolazione del Cantone Ticino, mentre le persone di età compresa tra i 50 e i 65 anni erano sovrarappresentate. Inoltre, la maggioranza dei pazienti interpellati presentava come fattori di rischio il sovrappeso (70 %) e la mancanza di movimento (50 %). Questa distribuzione era quindi in linea con le indicazioni fornite dalla direzione del progetto per il reclutamento dei pazienti⁴⁰.

Quanti pazienti si sono rifiutati di partecipare? Per quali motivi?

Dei 206 pazienti interpellati, 25 (12 %) si sono rifiutati di partecipare. Tra i motivi più frequenti ricorrono il momento inopportuno, altre priorità, altri progetti per la salute, nessuna necessità o l'assenza di motivazione. La percentuale dei rifiuti è risultata leggermente superiore rispetto al programma Coaching Santé (9 % di richieste respinte)⁴¹.

Quanti pazienti hanno partecipato al progetto Girasole?

Dei 206 pazienti interpellati, 181 (88 %) hanno svolto almeno la prima fase del coaching con i 17 medici di famiglia. Per ogni medico hanno dunque partecipato in media quasi 11 pazienti. Il loro numero è oscillato tra 2 e 42 pazienti a seconda del medico. Quattro medici hanno reclutato insieme più della metà dei pazienti partecipanti. Di conseguenza, la maggioranza dei medici ha coinvolto nel progetto un numero piuttosto esiguo di pazienti, comunque di gran lunga inferiore a quello del programma Coaching Santé, per il quale 20 medici partecipanti hanno reclutato 1000 pazienti nello stesso periodo. Tra i possibili motivi si annoverano la distribuzione nel tempo della formazione nel programma Coaching Santé, durante la quale i medici hanno potuto discutere le loro esperienze, e le visite effettuate dalla direzione del progetto negli studi medici. Da notare che in considerazione della ridotta percentuale di partecipanti, la fase di reclutamento è stata prolungata da 6 a 12 mesi, senza tuttavia ottenere l'aumento sperato⁴².

⁴⁰ Indicazioni dettagliate sui pazienti reclutati sono contenute nel rapporto parziale 2 della valutazione; cfr. Oetterli/Hanmann/Gianola (2018).

⁴¹ Grüninger et al. (2012).

⁴² In considerazione della ridotta percentuale di partecipanti, la fase di reclutamento è stata prolungata da 6 a 12 mesi, tuttavia non è stato ottenuto l'aumento sperato.

Come possono essere caratterizzati?

Quasi la metà dei 181 pazienti partecipanti ha giudicato il proprio stato generale di salute all'inizio del coaching come discreto e il 3 per cento mediocre, quindi molto peggiore rispetto allo stato di salute dell'intera popolazione ticinese. Inoltre, i partecipanti erano più spesso obesi, avevano maggiori problemi psichici e un livello inferiore di controllo della propria vita, svolgevano attività fisica con minore frequenza, consumavano più raramente frutta e verdura e presentavano più spesso un consumo rischioso di alcool e un consumo maggiore di tabacco rispetto alla popolazione della Svizzera italiana⁴³ - tutti fattori di rischio per le MNT. La maggior parte dei partecipanti ha giudicato importante un cambiamento del proprio comportamento a favore della salute e ha valutato elevata la propria disponibilità. Parallelamente, meno della metà dei partecipanti era fiduciosa di riuscire a modificare il proprio comportamento.

Quanti pazienti hanno interrotto il coaching?

Il coaching è stato interrotto anticipatamente dal 45 per cento (81 pazienti «ritirati») dei 181 totali. La loro percentuale è quasi del 10 per cento inferiore a quella del programma Coaching Santé⁴⁴. Tendenzialmente gli abbandoni hanno interessato, in percentuale superiore alla media, pazienti donne con un diploma di livello secondario II e non di lingua madre italiana. Inoltre, i ritirati hanno giudicato il proprio stato di salute all'inizio del coaching molto migliore di quello dei pazienti che hanno seguito tutte le fasi («traguardisti»). Giudicavano anche il livello di controllo sulla propria vita molto superiore rispetto ai tragguardisti, si definivano più spesso attivi e indicavano di nutrirsi in modo sano con maggiore frequenza. D'altro canto, manifestavano un consumo di alcool tendenzialmente più rischioso e tra loro il numero di fumatori era maggiore rispetto ai tragguardisti. Questi dati rivelano che i ritirati dimostravano un minore carico di sofferenza dei tragguardisti o erano meno motivati a modificare il proprio comportamento con l'accompagnamento di un medico.

Per quale motivo?

Nella maggioranza dei casi non è stato possibile capire il motivo dell'abbandono poiché i pazienti non si sono più recati nello studio medico, impedendo di essere consultati una seconda volta. Solo 6 degli 81 ritirati hanno compilato un secondo questionario, cosiddetto dei ritirati. Di questi sei, due hanno indicato di voler modificare il proprio comportamento a favore della salute in un altro momento. Inoltre, per 52 pazienti sono stati i medici di famiglia ad annotare che i motivi della mancata partecipazione o dell'abbandono riguardavano in primo luogo il cattivo stato di salute o la mancanza di tempo. Inoltre, sempre secondo i medici di famiglia, i pazienti hanno spesso disdetto le consultazioni del progetto Girasole poiché le reputavano troppo costose o perché non avevano raggiunto gli obiettivi.

Quanti pazienti hanno concluso il coaching? Come possono essere caratterizzati?

Dei 181 pazienti, 100 (il 55 %) hanno concluso il coaching (tragguardisti) e compilato il rispettivo questionario. Il tasso di completamento è oscillato, a seconda dello studio medico, tra lo 0 e il 90 per cento. I tragguardisti erano soprattutto uomini, più avanti negli anni rispetto ai ritirati e avevano più spesso un diploma di livello terziario (differenze non significative). Inoltre, giudicavano il proprio stato di salute notevolmente peggiore rispetto al gruppo dei ritirati.

⁴³ Per i fattori di rischio le indicazioni disponibili non riguardavano solo il Ticino, ma l'intera popolazione italoфона della Svizzera; cfr. ISS (2012).

⁴⁴ Grüninger et al. (2012).

2.2 EFFECTIVENESS: EFFICACIA

Questa sezione descrive gli effetti del progetto Girasole sui medici di famiglia e sui pazienti.

2.2.1 MEDICI DI FAMIGLIA

Le conoscenze dei medici di famiglia e la loro competenza di coaching sono cambiate?

Per il raffronto degli effetti sui medici di famiglia tra prima e dopo l'intervento, erano disponibili indicazioni su un totale di 16 casi⁴⁵. Subito dopo la formazione la grande maggioranza dei medici di famiglia ha espresso un giudizio positivo sulle conoscenze e sulle capacità acquisite. Questa autovalutazione è rimasta in prevalenza uguale alla fine della fase d'intervento.

2.2.2 PAZIENTI

Così come menzionato nel paragrafo 1.2.4, basandosi sui dati disponibili è stato possibile esprimersi solo limitatamente riguardo agli effetti sui pazienti. I motivi sono, prima di tutto, la mancanza di un gruppo di controllo (necessario per verificare se eventuali cambiamenti si sono effettivamente verificati per via dell'intervento)⁴⁶, secondariamente il numero esiguo di pazienti reclutati e la bassa percentuale di ritorno dei questionari tra i ritirati, in terzo luogo l'utilizzo di valutazioni soggettive per la misurazione dell'impatto e, quarto, il fatto che la maggioranza dei pazienti sia stata reclutata soltanto da quattro dei 17 medici di famiglia.

I pazienti sono riusciti a raggiungere i loro obiettivi personali?

Per il confronto prima-dopo sui pazienti erano disponibili dati relativi a 90 pazienti, la maggioranza dei quali si era posta un obiettivo personale riguardo a movimento, alimentazione e/o peso corporeo. Solo pochi hanno scelto un obiettivo che riguardasse lo stress, il consumo di tabacco o di alcol. In proposito non sono emerse differenze tra ritirati e tragguardisti. Più di due terzi del secondo gruppo hanno dichiarato di avere raggiunto il proprio obiettivo personale alla fine della fase d'intervento.

Lo stato di salute soggettivo dei pazienti è cambiato?

Il 28 per cento delle persone intervistate ha indicato un miglioramento del proprio stato di salute generale. Inoltre, il 18 per cento ha dichiarato di accusare meno problemi di salute e il 52 per cento di avere migliorato l'indice di massa corporea. Il 74 per cento ha indicato che lo stress psichico si è alleggerito e un altro 48 per cento è riuscito ad acquisire un maggiore controllo sulla propria vita. Nel complesso, per tutte queste variabili i miglioramenti sono stati più numerosi dei peggioramenti.

⁴⁵ Un medico di famiglia non ha compilato entrambi i questionari.

⁴⁶ Secondo il cosiddetto effetto Hawthorne, basta la consapevolezza di partecipare a un intervento per provocare modifiche del comportamento. Ciò può portare a una valutazione errata dell'efficacia di un intervento. Inoltre, è possibile che abbiano partecipato all'intervento solo pazienti particolarmente motivati; cfr. McCambridge, Jim; Witton, John; Elbourne, Diana R. (2014): Systematic Review of the Hawthorne effect: New concepts are needed to study research participation effects., in: Journal of Clinical Epidemiology 67 (3), pagg. 267-277.

Tra l'altro, i miglioramenti sono stati anche più evidenti (più rilevanti) dei peggioramenti⁴⁷. In analogia con i risultati del programma Coaching Santé e del progetto Pas à Pas⁴⁸, tutti questi risultati hanno indicato i possibili effetti del coaching sullo stato di salute psicofisica percepito.

I pazienti hanno modificato il loro comportamento a favore della salute?

Dopo l'intervento, il 34 per cento dei pazienti si è mosso di più e il 54 per cento è riuscito a ridurre la propria sedentarietà. Il 40 per cento circa dei pazienti ha inoltre dichiarato di consumare più frutta e verdura da quando è stato attuato l'intervento. Il 23 per cento ha migliorato il consumo regolare di alcool e l'11 per cento quello più rischioso. Altri sei pazienti hanno smesso di fumare. I miglioramenti sono stati più numerosi dei peggioramenti in tutti gli ambiti del comportamento e i miglioramenti individuali sono risultati più spesso rilevanti dei peggioramenti. Particolarmente frequenti sono stati i miglioramenti rilevanti riguardo all'attività fisica (ossia sono diventati attivi pazienti prima inattivi). Tra i pazienti che si erano posti un obiettivo definito, i miglioramenti sono risultati ancora più evidenti.

Le competenze per la salute dei pazienti sono cambiate

La percentuale dei pazienti che hanno ottenuto miglioramenti in singoli aspetti della propria competenza nell'ambito della salute si è collocata tra l'8 e il 29 per cento, tuttavia per altrettanti o addirittura più pazienti si sono riscontrati peggioramenti. Sulla scorta di questi dati non emergono effetti del coaching sulle competenze per la salute, tuttavia non si esclude che ciò sia dovuto anche alla metodologia utilizzata, poiché per esigenze di praticità della ricerca il numero di variabili impiegate nella misurazione della competenza era limitato.

2.3 ADOPTION: ACCETTAZIONE E RADICAMENTO

Questo capitolo è dedicato all'accettazione e al radicamento del progetto Girasole presso i medici di famiglia, i pazienti e gli attori coinvolti.

2.3.1 MEDICI DI FAMIGLIA

Fino a che punto i medici di famiglia erano soddisfatti della formazione ad hoc e quale utilità le hanno riconosciuto?

Subito dopo la formazione continua, tutti i medici si sono dichiarati molto soddisfatti dei diversi aspetti e l'hanno giudicata molto utile, a prescindere da eventuali conoscenze preliminari in materia di consulenza e coaching. Dopo l'applicazione di quanto appreso la metà dei medici di famiglia ha tuttavia espresso la necessità di altri cicli di formazione, in particolare di maggiore training nel colloquio motivazionale. Si noti che il questionario non è stato compilato da due medici di famiglia fondamentalmente poco propensi al progetto Girasole e che lo hanno abbandonato appena terminata la formazione ad hoc (cfr. anche i seguenti commenti).

Fino a che punto erano soddisfatti dell'attuazione dell'intervento?

I medici di famiglia interpellati erano nel complesso soddisfatti della fase d'intervento. Tranne due, gli altri erano del parere che la consultazione medica in linea di massima fosse idonea al coaching.

⁴⁷ Per miglioramenti rilevanti si intendono importanti cambiamenti nella scala di misurazione (p. es. l'indice di massa corporea passa da sovrappeso a normopeso e non si sposta soltanto di qualche punto all'interno della singola categoria).

⁴⁸ Locicero et al. (2018), pag. 34 e Grüninger et al. (2012), pag. 5.

Ciononostante, dopo la fase d'intervento circa la metà dei medici ha dichiarato che era quasi impossibile realizzare l'intervento nell'ambito della consultazione soprattutto perché, a causa del suo carattere aperto, era difficile pianificare tempi e contenuti.

Nel post-intervento, l'82 per cento dei medici di famiglia riteneva che le condizioni tariffali per la promozione della salute e la prevenzione fossero insufficienti, mentre prima era il 64,7 %. Ciò può dipendere anche dal fatto che queste condizioni per fatturare le prestazioni riguardanti il progetto Girasole sono effettivamente peggiorate nel corso del progetto a causa della revisione del TAR-MED⁴⁹. Inoltre, solo un quarto dei medici di famiglia ha attivamente coinvolto i propri assistenti di studio medico (ASM) nell'attuazione dell'intervento. Tra i motivi di ciò è stato indicato che gli ASM non sono adeguatamente formati, non hanno tempo, non sono idonei a svolgere questo compito e che gli oneri a loro carico non possono essere fatturati. Nei quattro casi in cui sono stati coinvolti, gli ASM hanno svolto mansioni a livello di contenuti e di carattere amministrativo.

Fino a che punto sono stati soddisfatti del supporto fornito dall'SPVS?

La grande maggioranza dei medici ha giudicato utile il materiale messo a disposizione (fogli di lavoro, proposte di attività di movimento, opuscolo, locandina) e più della metà se ne è servito. Gli approcci metodologici e la documentazione hanno aiutato i medici a strutturare le consultazioni dedicate alla promozione della salute e alla prevenzione. Talvolta, invece, usare i fogli di lavoro è stato avvertito come troppo artificiale per la situazione in cui si svolge una consultazione.

Inoltre, i medici di famiglia hanno trovato utili gli scambi di esperienza poiché consentivano di discutere insieme una determinata attività professionale. Nonostante il supporto ricevuto dall'SPVS durante l'intero svolgimento del progetto pilota, i medici partecipanti hanno avvertito un carico di lavoro molto elevato dovuto alla parallela valutazione esterna del progetto da parte di Interface e di SUPSI, per la quale dovevano registrare i dati e partecipare a colloqui (cfr. nota 13). Nonostante tutto, il rapporto costi-benefici della valutazione è stato giudicato nell'insieme positivamente.

Quale giudizio hanno espresso i medici di famiglia sull'approccio d'intervento del progetto Girasole?

Secondo la valutazione dell'attuazione, i medici di famiglia partecipanti attribuiscono giudizi molto positivi all'approccio d'intervento, sintetizzabili con i seguenti aggettivi chiave:

- l'approccio è stato descritto come *realizzabile*: la maggior parte dei medici di famiglia ha dichiarato che l'attuazione del nuovo ruolo è stata semplice per loro e accolta favorevolmente dai pazienti. Solo pochi si sono espressi negativamente in proposito;
- i medici hanno apprezzato il carattere *strutturante* dell'approccio che ha consentito loro di affrontare con maggiore sistematicità la prevenzione e la promozione della salute nella prassi. Inoltre hanno accolto con favore gli strumenti e il materiale relativi;
- la *flessibilità* dell'approccio d'intervento è stata giudicata un vantaggio: i medici sono riusciti a impostare l'intervento secondo il proprio modo di lavorare e in proposito hanno ricevuto poche istruzioni dalla direzione del progetto;
- il progetto pilota nel suo insieme ha conferito una certa *legittimità* alla promozione della salute e alla prevenzione nello studio medico;

⁴⁹ Vi rientrano da un lato i limiti di fatturazione per diverse tariffe, tra cui anche le tariffe 00.0510, 00.0515, 00.0516 e 00.0520, dall'altro i limiti di fatturazione delle prestazioni in assenza del paziente.

- ai medici di famiglia l'approccio è sembrato *gratificante*, poiché con la distribuzione orizzontale dei ruoli tra medico e paziente quest'ultimo ha assunto maggiore responsabilità ed è stato più coinvolto nella consultazione;
- infine, i medici hanno designato l'approccio *proficuo*, poiché grazie al colloquio aperto è stato possibile trattare aspetti molto vari della salute del paziente, permettendone una visione migliore dello stato di salute generale.

Sono state formulate anche le seguenti critiche negative nei confronti dell'approccio:

- innanzitutto da alcuni medici è stato giudicato poco spontaneo, talora innaturale e, quindi, limitativo;
- inoltre si è osservato che l'intervento comporta anche un certo rischio nella pianificazione dei tempi e dei contenuti delle consultazioni, poiché il loro controllo non è più solo nelle mani del medico;
- infine, sin dall'inizio due medici erano molto contrari al progetto pilota per due ragioni particolari: da un lato, ritenevano l'approccio inconciliabile con la loro identità professionale poiché considerano che l'aspetto centrale del loro lavoro consista nelle cure, dall'altro lo ritenevano utopico, esprimendosi molto criticamente nei confronti del processo decisionale condiviso che dubitano possa realmente portare a un cambiamento nei pazienti. I due medici si sono quindi ritirati dal progetto.

Nell'ambito della valutazione è stato possibile distinguere nell'insieme quattro tipologie di medici partecipanti, che hanno sostenuto il progetto pilota in modo diverso⁵⁰:

- 1) il *riluttante*, aveva un'idea di prevenzione che contraddiceva quella del progetto pilota. Era del parere che lo stile di vita dei pazienti non possa essere influenzato dal medico di famiglia, di conseguenza ha rifiutato l'approccio d'intervento. Questi medici di famiglia hanno abbandonato presto il progetto pilota;
- 2) il *critico*, condivideva l'idea di promozione della salute e di prevenzione del progetto pilota e ha giudicato utile l'approccio d'intervento, che ha tuttavia considerato troppo rigido. Questa tipologia di medici ha attuato l'intervento a propria discrezione e lo ha adeguato alle proprie esigenze;
- 3) l'*interessato*, condivideva l'idea di promozione della salute e di prevenzione e ha espresso un giudizio molto positivo sull'approccio d'intervento benché abbia avuto difficoltà nell'attuazione e abbia reclutato soprattutto pazienti per i quali era sicura del successo;
- 4) il *convinto*, condivideva l'idea di promozione della salute e di prevenzione e ha attuato sapientemente l'approccio d'intervento cui ha fornito il suo pieno sostegno. Dal momento che sono stati volutamente reclutati medici di famiglia di cui era presumibile l'interesse a un simile approccio d'intervento, gli *interessati* e i *convinti* erano sovrarappresentati nel progetto pilota rispetto all'intera popolazione di medici di famiglia ticinesi.

I medici che hanno aderito al progetto pilota fino alla sua conclusione hanno tratto un bilancio finale nel complesso positivo: la grande maggioranza ritiene che il coaching abbia promosso l'iniziativa personale dei pazienti, che le loro competenze di coaching siano migliorate e che la loro crescita in termini di apprendimento sia stata nel complesso considerevole.

⁵⁰ Caiata-Zufferey/de Pietro (2018).

Come sono valutate dai medici di famiglia l'importanza e le condizioni quadro della promozione della salute e della prevenzione nella prassi?

Durante la fase dell'intervento non è cambiato molto, nel complesso, relativamente all'importanza della promozione della salute e della prevenzione nella prassi poiché già prima dell'intervento i medici di famiglia la giudicavano elevata. Tuttavia, le susposte categorizzazioni hanno messo in luce diverse definizioni di prevenzione associabili alle differenti tipologie di medico.

2.3.2 PAZIENTI

Fino a che punto i pazienti erano soddisfatti del coaching?

Prima dell'intervento, tanto i ritirati quanto i tragguardisti hanno espresso giudizi molto favorevoli sul coaching svolto dal medico di famiglia⁵¹. Si sentono compresi e supportati dal proprio medico e sono del parere che la prevenzione rientri tra le attività di uno studio medico. Tra i tragguardisti queste note elevate di approvazione sono rimaste confermate anche dopo l'intervento. Praticamente tutti tornerebbero a rivolgersi al proprio medico se in futuro volessero cambiare qualcosa nel proprio comportamento a favore della salute. I sei ritirati, che avevano compilato l'apposito questionario, dopo la fase d'intervento si sono invece dimostrati molto più critici di prima e si sono detti nel complesso insoddisfatti del coaching.

In riferimento all'utilità, la grande maggioranza dei tragguardisti ritiene che, grazie alla partecipazione al progetto pilota Girasole, il loro benessere sia migliorato, che siano riusciti ad acquisire una maggiore consapevolezza della propria salute e che i colloqui con il medico siano stati proficui. Questi aspetti sono stati giudicati positivamente anche da circa la metà dei sei ritirati, a dimostrazione del fatto che al coaching è riconosciuta una certa utilità nonostante la notevole insoddisfazione nei confronti del progetto pilota Girasole. Considerando il numero esiguo di risposte, tuttavia, non è possibile fornire ulteriori conclusioni sul grado di soddisfazione di questo gruppo e sui benefici che ne ha tratto.

2.3.3 SPVS

Fino a che punto è riuscita l'interconnessione con altri attori, al di là dei medici di famiglia e dei pazienti partecipanti al progetto pilota?

L'SPVS ha cercato e anche realizzato la collaborazione con l'OMCT (in particolare per la fatturazione delle prestazioni mediche) e con l'ATIMEF (in particolare per il riconoscimento di crediti per il perfezionamento). Dal punto di vista dell'SPVS, una collaborazione più ampia e un'interconnessione nel quadro del progetto pilota non erano previste, ma saranno esaminate in vista del proseguimento di Girasole. Complessivamente l'interconnessione con altri attori rilevanti in relazione al progetto pilota Girasole può quindi essere considerata piuttosto modesta.

Dal punto di vista della valutazione si pone inoltre la questione di quanto coincidessero le aspettative dell'UFSP e dell'SPVS in merito al progetto Girasole e alla sua importanza. Mentre l'SPVS ha voluto testare la fattibilità dell'approccio di coaching soprattutto con la sua rete personale di medici

⁵¹ Nel questionario per i pazienti veniva chiesto il grado di soddisfazione con il progetto Girasole poiché nella documentazione con la quale i medici di famiglia hanno presentato la proposta ai propri pazienti l'SPVS parlava sempre del «progetto Girasole», anche se ovviamente è inteso specificamente l'intervento che il medico di famiglia ha svolto con i pazienti.

di famiglia, l'UFSP ha ritenuto Girasole una misura fondamentale della Strategia MNT e ha perseguito l'obiettivo di verificarne l'efficacia e di estenderne l'approccio ad altri Cantoni.

2.4 IMPLEMENTATION: ATTUAZIONE

Nei paragrafi seguenti sono descritti i diversi aspetti dell'attuazione del progetto Girasole presso i medici di famiglia, i pazienti e gli attori coinvolti.

2.4.1 MEDICI DI FAMIGLIA

Come è stato realizzato il progetto Girasole dai medici di famiglia?

La maggior parte dei medici di famiglia ha messo in atto l'intervento da solo. Unicamente un quarto circa di loro ha coinvolto i propri assistenti di studio medico nell'attuazione dell'intervento. Non sono stati coinvolti specialisti al di fuori dello studio medico.

Come sono stati reclutati i pazienti dai medici di famiglia?

Nel reclutamento, il primo e più numeroso gruppo di medici ha puntato alla massimizzazione delle possibilità di successo (ossia di conclusione dell'intervento). Tra i fattori importanti risultavano una forte motivazione iniziale da parte dei pazienti, un elevato potenziale di cambiamento e l'adeguatezza della situazione in cui si svolgeva la consultazione (p. es. il check-up). I medici reclutavano i pazienti quando il tempo a disposizione lo rendeva possibile e se erano motivati a instaurare una stretta collaborazione con loro. La percentuale relativamente elevata dei tragguardisti dimostra l'evidente successo di questa strategia. Un secondo gruppo di medici è stato meno selettivo e ha invitato più o meno tutti i pazienti a partecipare al progetto. Diversi medici si sono preparati diversamente al reclutamento: alcuni si sono annotati precedentemente quali pazienti potessero essere presi in considerazione, riservando loro tempi più lunghi per la prima consultazione; altri hanno proposto l'intervento in modo piuttosto spontaneo. Infine, alcuni medici dopo avere spiegato la proposta fissavano un appuntamento a parte per proseguire. Ciò è avvenuto in particolare quando i pazienti si recavano dal medico per problemi specifici (p. es. una frattura).

Come sono state fissate le consultazioni per Girasole?

Conformemente all'approccio d'intervento, i medici dovevano incontrare i loro pazienti all'incirca due o tre volte dopo il reclutamento e svolgere il coaching. Dall'elenco dei pazienti tenuto dai medici risulta che sono state svolte in media 3,6 consultazioni. Con i tragguardisti hanno avuto luogo in media 4,3 consultazioni e con i ritirati 2,5. La durata media della consultazione per ogni studio medico è oscillata tra 10 e 35 minuti. La durata media della consultazione per tutti gli studi medici è risultata praticamente identica a quella del programma Coaching Santé (16 e 15 minuti), solo molto raramente si è protratta oltre i 30 minuti (2,3 % dei casi)⁵². Sono diversi anche i modi usati per fissare queste consultazioni dopo il reclutamento. Alcuni medici hanno stabilito appuntamenti specifici per Girasole, altri hanno inserito le consultazioni per Girasole all'interno delle consultazioni già fissate. Infine, alcuni medici hanno lasciato ai pazienti il compito di fissare la consultazione per Girasole, con la conseguenza che spesso i pazienti non hanno proseguito il loro progetto di salute.

⁵² Grüniger et al. (2012), capitolo 7, pag. 19.

Come è stato messo in pratica il ruolo di coach dai medici di famiglia?

Sono emerse notevoli differenze anche nel modo in cui i medici di famiglia hanno messo in pratica il ruolo di coach. Un'esigua minoranza, con un'esperienza molto vasta nella conduzione del colloquio motivazionale, non ha avuto difficoltà nell'attuazione e ha svolto il coaching attenendosi al manuale («esperti di coaching»). Un numero più nutrito di medici, invece, pur appoggiando l'approccio d'intervento ha rivelato di avere avuto difficoltà nell'applicazione di questa tecnica di colloquio; in particolare temevano di perdere il controllo, per esempio nella pianificazione («principianti del coaching»). Infine, l'ultimo gruppo si è basato sull'approccio d'intervento solo in modo molto puntale («coaching personalizzato»).

Come sono state fatturate le prestazioni fornite nell'ambito del coaching?

I medici di famiglia si sono differenziati anche in merito alla fatturazione. Alcuni, soprattutto i medici che sono riusciti a identificarsi poco con il ruolo di coach, non si sono ritenuti legittimati a fatturare le prestazioni per l'intervento. Inoltre, per la fatturazione non tutti hanno utilizzato la posizione 00.0510 del TARMED, proposta dalla direzione del progetto: qualcuno ha applicato la tariffa 00.0520, prevista per la consulenza psicoterapeutica/psicosociale da parte del medico specialista in assistenza di base, pur osservando che il ricorso a questa tariffa poteva condurre a una stigmatizzazione dei pazienti.

2.4.2 SPVS

Come ha attuato il progetto pilota l'SPVS?

Dalle risposte ricevute dalla direzione del progetto è emerso che la concezione del progetto pilota è stata ritenuta molto onerosa in termini di tempo e che il rispetto del budget è stato difficile. Anche l'adattamento della documentazione e il raggruppamento degli approcci d'intervento dei programmi Coaching Santé e PAPRICA sono stati impegnativi secondo l'SPVS. Questi ha sottolineato che il lavoro di comunicazione con i medici partecipanti non deve essere sottovalutato e che per il successo del progetto vale la pena di investire risorse sufficienti. La collaborazione tra l'SPVS e l'OMCT può essere giudicata riuscita; ha consentito di trovare una soluzione per la fatturazione delle prestazioni mediche. L'OMCT ha inoltre messo a disposizione i locali per i colloqui qualitativi della valutazione parziale I. Tuttavia, la collaborazione si è allentata nel corso del progetto in ragione dell'evoluzione del progetto e, in particolare, della valutazione economica.

2.5 MAINTENANCE: PERSISTENZA

In assenza di un sondaggio a posteriori tra medici e pazienti coinvolti non è possibile esprimersi sul radicamento e sulla persistenza del progetto Girasole, tuttavia dai risultati è possibile ricavare alcune indicazioni.

2.5.1 MEDICI DI FAMIGLIA

I medici di famiglia proseguiranno il coaching?

Alla fine della fase d'intervento i medici erano in linea di massima motivati a proseguire il coaching,

2.5.2 PAZIENTI

I pazienti continueranno a lavorare sul comportamento a favore della propria salute?

A grande maggioranza i tragguardisti si sono dimostrati convinti di poter mantenere il proprio comportamento a più lungo termine. La maggior parte dei pazienti ha inoltre dichiarato di voler partecipare anche in futuro ad altri progetti per la salute (con o senza il supporto del medico di famiglia).

2.5.3 SPVS

Il progetto Girasole sarà proseguito nel Cantone Ticino?

Secondo le informazioni fornite dall'SPVS, il DSS ha deciso di appoggiare il progetto oltre la fase pilota. In base alle esperienze fatte con il progetto pilota è previsto un ulteriore modulo di formazione sia per i medici di famiglia che avevano partecipato al progetto pilota, sia per quelli che, pur non avendovi partecipato, fossero interessati. L'SPVS prevede anche una revisione degli strumenti impiegati. Secondo quanto indicato dall'SPVS vi sarebbe inoltre l'intenzione di collaborare con le associazioni dei medici ticinesi, fra cui in particolare quella dei medici di famiglia. Questa misura potrebbe favorire la visibilità e il radicamento di Girasole.

3.1 CONCLUSIONE IN MERITO ALLA REALIZZAZIONE E ALL'IMPATTO DI GIRASOLE

I risultati della presente valutazione dimostrano che in 17 studi medici ticinesi la realizzazione del progetto pilota Girasole, con il suo specifico approccio d'intervento volto a favorire la prevenzione e la promozione della salute, è riuscita. Di seguito sono riepilogati i principali risultati secondo i criteri RE-AIM.

Raggiunti i medici di famiglia selettivamente, ma i pazienti secondo i criteri (Reach)

I medici sono stati reclutati come da programma. Tra i fattori di successo rientrano la rete di contatti personali della direzione del progetto e le sue esperienze acquisite nell'ambito d'attività dei medici di famiglia, un importante presupposto per l'accettazione dal gruppo target. Il gruppo dei medici che hanno partecipato si è rivelato particolarmente motivato. C'è dunque da chiedersi quale sia il potenziale di raggiungimento dei medici di famiglia in un contesto diverso, soprattutto in considerazione del notevole lavoro necessario a sviluppare le basi, a formare e ad accompagnare i medici di famiglia. La direzione del progetto è comunque riuscita a coprire tutte le regioni del Cantone Ticino con i medici partecipanti, quindi a verificare la fattibilità in contesti differenti. Il medico di famiglia ha svolto un ruolo chiave nel reclutamento dei pazienti e il successo è dipeso fortemente dal suo impegno. Di conseguenza, sono emerse notevoli differenze tra i medici di famiglia in riferimento al numero dei pazienti reclutati. La grande maggioranza dei pazienti interpellati ha fatto ricorso al coaching, il che dimostra una buona accettazione dei medici di famiglia in questo ruolo. I pazienti hanno soddisfatto i criteri stabiliti per Girasole in riferimento all'età, ai fattori di rischio per le malattie croniche e alla disponibilità a modificare il proprio comportamento. Ciò è dimostrato tra l'altro dal fatto che più della metà dei pazienti ha concluso il proprio progetto di coaching. Se esiste una buona relazione tra medico e paziente, l'approccio di Girasole sembra essere promettente per avviare misure di promozione della salute e di prevenzione nello studio medico.

(Ancora) poche prove dell'efficacia (Effectiveness)

Gli effetti del progetto Girasole sulla competenza di coaching e di consulenza dei medici di famiglia sono stati piuttosto modesti, poiché già prima questo gruppo si attribuiva un'autovalutazione elevata. Essi riscontrano tuttavia la necessità di un maggiore allenamento nell'applicazione del colloquio motivazionale. Dalle valutazioni dei pazienti è emerso, inoltre, che la maggior parte aveva raggiunto il proprio obiettivo personale per la salute. Sono pure emersi indicatori di effetti positivi sul comportamento e sullo stato di salute dei pazienti, in sintonia con i risultati delle ricerche svolte sulla conduzione del colloquio motivazionale negli studi medici⁵³, che tuttavia non sono dimostrabili a causa del numero insufficiente di pazienti reclutati dai medici, della mancanza di dati (soprattutto tra i ritirati), dell'utilizzo di valutazioni soggettive dei pazienti e dell'assenza di un confronto con un

⁵³ Orrow, Gillian; Kinmonth, Ann-Louise; Sanderson, Simon; Sutton, Stephen (2012): Effectiveness of physical activity promotion based in primary care. Systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials, in: *BMJ* 344: e1389 e Arkowitz, Hal; Westra, Henny A.; Miller, William R.; Rollnick, Stephan (2010): *Motivierende Gesprächsführung bei der Behandlung psychischer Störungen*. Beltz Verlag, Weinheim/Basilea.

gruppo di controllo (cfr. in proposito i commenti su limiti e opportunità della valutazione dell'impatto al capitolo 1.2.4). Per formulare una generale raccomandazione sulla diffusione su scala nazionale occorre dunque una base di dati più solida⁵⁴.

Sostanziale accettazione tra i medici e i pazienti (Adoption)

L'approccio d'intervento ha riscosso una vasta accettazione tra i medici partecipanti. Sono riusciti ad attuare l'intervento in modo relativamente semplice, hanno apprezzato la flessibilità dell'approccio nonché l'effetto strutturante sulla consultazione e il contributo legittimante per l'attività del medico di famiglia in generale. Hanno ritenuto l'approccio fondamentalmente proficuo per la consultazione e gratificante per l'attività medica. L'accettazione è tuttavia dipesa fortemente dalla coscienza del proprio ruolo professionale da parte dei medici di famiglia e sono emerse notevoli differenze in merito all'idea di promozione della salute e prevenzione. Dal momento che al progetto Girasole hanno partecipato medici particolarmente motivati, esplicitamente favorevoli ad attuare misure di prevenzione negli studi medici, è lecito chiedersi quali sarebbero il grado di accettazione e, quindi, il potenziale esistente di diffusione del progetto Girasole a tutti i medici. Inoltre, l'approccio è stato talora percepito dai medici anche come rischioso ai fini della pianificabilità dell'intervento e innaturale per la consultazione. Nel complesso, l'accettazione è stata comunque molto elevata. Anche tra i pazienti partecipanti è emersa un'accettazione elevata dell'intervento svolto dal proprio medico. Ciò potrebbe dipendere dal fatto che i pazienti sono stati attentamente selezionati dai medici, i quali godevano dell'ampia accettazione e legittimazione da parte dei pazienti.

Esigenze di ottimizzazione in merito all'organizzazione e alla fatturazione (Implementation)

Come summenzionato, la flessibilità dell'approccio ha rappresentato un elemento importante per l'accettazione dell'intervento tra i medici di famiglia. Nel contempo l'eterogeneità delle forme di attuazione ha reso difficile trarre conclusioni generalizzabili sull'attuazione e sull'impatto di Girasole. Risulta inoltre che i medici di famiglia abbiano stentato a trovare il tempo per integrare il coaching nell'attività quotidiana dello studio medico e che abbiano coinvolto raramente i loro assistenti. Oltre a ciò hanno ritenuto l'intervento rischioso per la pianificazione dei contenuti e dei tempi della consultazione. In questo ambito occorre fornire aiuti concreti al singolo medico per evitare che tema di perdere il controllo sulla pianificazione della consultazione. Anche la fatturazione delle prestazioni è stata gestita in maniera differenziata, sebbene l'SPVS abbia messo a disposizione una soluzione. Alcuni medici non hanno osato fatturare al paziente le prestazioni del coaching. Infine, i medici si sono espressi molto negativamente sulle grandi difficoltà di fatturazione dopo l'intervento, il che è riconducibile anche alla revisione del sistema TARMED avvenuta nel 2018. Per una diffusione del progetto Girasole occorrono soluzioni standardizzate che consentano di fatturare le prestazioni di prevenzione nello studio medico a carico delle casse malati.

Creata la base per il radicamento del progetto Girasole in Ticino (Maintenance)

I medici partecipanti sono motivati a proseguire il coaching nel loro studio. Essi rappresentano una base preziosa per proseguire i lavori cominciati nel Cantone Ticino e ottimizzare il progetto. Le relative misure sono già state avviate dall'SPVS.

⁵⁴ I risultati del progetto COSMOS dell'Istituto di medicina di famiglia (IHAM) di Zurigo potrebbero fornire una base ulteriore per pronunciarsi sull'efficacia di questo tipo di interventi in Svizzera.

3.2 RACCOMANDAZIONI

Per ottimizzare il progetto pilota e per la sua diffusione su scala nazionale, sono formulate le seguenti raccomandazioni all'attenzione dell'SPVS e dell'UFSP.

3.2.1 RACCOMANDAZIONI ALL'ATTENZIONE DELL'SPVS

Raccomandazione n° 1: proseguire e diffondere il progetto Girasole

Raccomandiamo all'SPVS di proseguire il progetto Girasole a livello cantonale e di continuare a gestire e ampliare la rete di medici di famiglia interessati e impegnati nella prevenzione nell'ambito delle cure. I medici partecipanti dovrebbero essere incoraggiati a proseguire l'attuazione di Girasole nel loro studio. Sarebbe opportuno coinvolgere nuovi medici nella realizzazione di Girasole servendosi dei medici partecipanti come reclutatori che, grazie alle loro reti di contatti personali, potrebbero trovare altri medici di famiglia pronti a partecipare. A livello nazionale raccomandiamo all'SPVS di divulgare le esperienze compiute con il progetto pilota Girasole nelle sue diverse reti di contatti con i Cantoni e con i medici (di famiglia).

Raccomandazione n° 2: ottimizzare il progetto

In vista del proseguimento e della diffusione del progetto Girasole raccomandiamo all'SPVS (e ad altri attori interessati) di ottimizzare il progetto riguardo ai seguenti punti:

- il modello Girasole dovrebbe essere sviluppato approfittando dell'attuale stato di avanzamento del progetto e dei risultati della valutazione;
- per i medici di famiglia dovrebbero essere approntati aiuti concreti, adeguati alle eterogenee esigenze di questo gruppo target. In tal senso le diverse tipologie sviluppate nella presente valutazione potrebbero rivelarsi utili. In particolare, i seguenti elementi potrebbero essere tematizzati nell'ambito di una formazione ad hoc, di uno scambio di esperienze o anche in forma scritta:
 - possibilità di integrare il progetto Girasole nella normale attività svolta nello studio medico (eventualmente con un maggiore coinvolgimento degli assistenti di studio medico);
 - possibilità di fatturare le prestazioni riguardanti il progetto Girasole, considerando sia gli aspetti formali (p. es. punto tariffale utilizzabile) sia gli aspetti della legittimità (p. es. quando posso/devo fatturare una prestazione al paziente);
 - possibilità di reclutare meglio i pazienti;
 - approfondimento e pratica del metodo del colloquio motivazionale;
 - dimostrazione di come integrare nel progetto Girasole gli strumenti di altri progetti e programmi di prevenzione (p. es. «Frei von Tabak»);
- l'offerta di uno scambio di esperienze tra i medici di famiglia dovrebbe essere ampliata, poiché è stata molto apprezzata dai medici ed è sembrata fondamentale per l'acquisizione e lo sviluppo delle competenze sul colloquio motivazionale. Lo scambio di esperienze garantisce inoltre alla direzione del progetto la possibilità di mantenere rapporti diretti con i medici di famiglia, aspetto fondamentale per lo sviluppo del progetto. Per rafforzare lo scambio p. es. sarebbe ipotizzabile una diversa organizzazione temporale della formazione (p. es. in due parti come avvenuto per Coaching Santé);
- dovrebbe essere assicurato l'aggiornamento continuo del repertorio delle proposte di attività di movimento, altrimenti le informazioni diventano rapidamente obsolete.

Raccomandazione n° 3: proseguire la valutazione di accompagnamento nei limiti delle possibilità

Pur consapevoli del lavoro che comporta, raccomandiamo all'SPVS di proseguire la valutazione di accompagnamento al fine di creare le basi per un continuo miglioramento del progetto, in particolare riguardo all'attuazione del progetto negli studi medici. Potrebbero essere impiegati i seguenti metodi:

- l'SPVS o la direzione del progetto Girasole dovrebbe documentare almeno le attività e le conoscenze acquisite nello scambio con i medici partecipanti ed eventualmente con i pazienti. Questo procedimento implica un lavoro minimo, ma può comunque offrire indicazioni preziose per il costante miglioramento del progetto Girasole;
- inoltre raccomandiamo all'SPVS di riprendere tra qualche mese i gruppi di discussione con i medici di famiglia, in particolare per ottenere indicazioni sul radicamento e sulla persistenza dell'attuazione negli studi medici. Sarebbe auspicabile anche svolgere un'indagine qualitativa a livello dei pazienti per comprenderne meglio il punto di vista e sapere come potrebbe essere ottimizzato l'intervento;
- l'SPVS dovrebbe verificare se sarebbe possibile svolgere il rilevamento originariamente previsto dei costi dell'intervento di Girasole in collaborazione con l'OMCT. Uno studio in materia fornirebbe indicazioni preziose sull'ampiezza della forbice in cui si collocano i costi di questo intervento da parte dei medici di famiglia.

3.2.2 RACCOMANDAZIONI ALL'ATTENZIONE DELL'UFSP

Raccomandazione n° 4: elaborare una sintesi dei diversi tipi di intervento e delle raccomandazioni per l'attuazione

Consigliamo all'UFSP di redigere insieme agli attori principali (responsabili del progetto, Promozione Salute Svizzera, organizzazioni di medici e altre organizzazioni professionali) una sintesi dei diversi tipi di interventi attuati e valutati sinora in Svizzera, ed eventualmente all'estero, sulla prevenzione nell'ambito delle cure. Sarebbe opportuno elaborare raccomandazioni sulle possibilità di utilizzo e di combinazione di questi diversi tipi di misure. Gli attori coinvolti dovrebbero diffondere tali informazioni tra i potenziali gruppi target nell'ambito del transfer delle conoscenze.

Pur essendo sostanzialmente favorevoli all'adozione delle misure di prevenzione, non tutti i medici di famiglia sono disposti in pari misura ad assumersi questo nuovo ruolo. Inoltre, nella loro attività quotidiana operano sotto forte pressione temporale, non sono formati per svolgere tale compito e i costi delle loro prestazioni sono relativamente elevati. Per questo motivo nell'ambito di una collaborazione interprofessionale dovrebbero essere considerati anche gli interventi attuati con altri fornitori di prestazioni (p. es. fisioterapisti, esperti di programmi di Attività Fisica Adattata, ASM).

Raccomandazione n° 5: creare una banca dati per dimostrare l'efficacia, l'opportunità e l'economicità

Sulla base dei dati disponibili, le valutazioni del progetto sinora eseguite hanno potuto fornire solo limitate indicazioni su come interpretare l'efficacia, l'opportunità e l'economicità degli interventi di prevenzione e di promozione della salute negli studi medici. Il progetto di ricerca COSMOS, finanziato dal Fondo per la prevenzione del tabagismo e condotto dall'Istituto di medicina di famiglia dell'Università di Zurigo, potrebbe fornire indicazioni in merito. L'UFSP dovrebbe pertanto lavorare con i principali attori per trarne conclusioni che consentano di integrare i futuri interventi nel repertorio delle prestazioni delle cure mediche di base. A tal fine, sarebbe opportuno considerare i seguenti punti:

- l'approccio d'intervento oggetto dell'indagine deve essere attuato in un progetto di più vasta portata, ossia occorre reclutare un numero sufficiente di pazienti. Solo se il campione è sufficientemente ampio i risultati ottenuti potranno essere attendibili riguardo agli effetti. Inoltre, la valutazione deve essere svolta nell'ambito di uno studio controllato, per evidenziare in modo certo il rapporto di causalità tra intervento e impatto. Per consentire conclusioni concernenti il rapporto costi-benefici, inoltre, dovrebbero essere rilevati anche i costi delle prestazioni fornite per la prevenzione;
- l'approccio d'intervento oggetto dell'indagine dovrebbe essere il più possibile standardizzato. A tal fine è opportuno cercare una cooperazione con reti di medici, circoli di qualità regionali (interprofessionali) e grandi centri medici o casse malati. La sfida sarà mantenere, nonostante la standardizzazione, un sufficiente margine di manovra per gli erogatori di cure (medici di famiglia e altri gruppi professionali) nella formazione ad hoc e nell'attuazione dell'intervento. Solo così sarà possibile considerare in modo adeguato le eterogenee esigenze degli erogatori di cure. Infine, parallelamente è fondamentale sviluppare il modello d'intervento e il design di valutazione allo scopo di creare le premesse ottimali per generare dati;
- per il progetto e la valutazione devono essere messe a disposizione risorse sufficienti. Gli erogatori di cure dovrebbero essere in ogni caso accompagnati e adeguatamente remunerati per garantire la rappresentatività dei pazienti reclutati, l'elevata qualità dei dati rilevati sui pazienti e una significativa base di dati.

Raccomandazione n° 6: migliorare le condizioni quadro per la prevenzione nella cura

Raccomandiamo all'UFSP di adoperarsi per migliorare le condizioni quadro per l'attuazione di misure di prevenzione nell'assistenza sanitaria:

- prima di tutto, occorrerebbe verificare cosa comportano, per la fornitura di prestazioni per la promozione della salute e per la prevenzione, le modifiche apportate nel 2018 alla struttura tariffale TARMED e ai limiti di fatturazione delle prestazioni in assenza del paziente⁵⁵, e quali misure sono necessarie per il finanziamento di queste prestazioni;
- secondariamente, sarebbe opportuno verificare se la tematica della promozione della salute e della prevenzione, e il ruolo dei medici di famiglia in questo ambito, siano sufficientemente radicati nella formazione di base dei medici di famiglia.

⁵⁵ Cfr. nota 49.