

## Giovanni Susini

Medico di Medicina Generale, ASL 11 Empoli, Coordinatore della Formazione Continua in Medicina Generale, ASL 11

Medici di Medicina Generale partecipanti all'audit: Marina Agabiti, Marco Bargiani, Adriana Bellucci, Maria Rosaria Biondi, Filippo Calcini, Claudia Cinini, Daniela Donzelli, Antonio Fanciullacci, Andrea Ferreri, Fabio Fontanelli, Aleandro Giannanti, Fabrizio Niccolini, Luca Nocentini, Giovanbattista Santoli, Loredana Tognetto, Flavio Viti (MMG ASL 11 di Empoli)

# La formazione continua in Medicina Generale: un "lavoro sul campo"

## Esperienza di audit professionale su un argomento pneumologico (BPCO) di un gruppo di Medici di Medicina Generale della ASL 11 di Empoli (Regione Toscana) nell'anno 2012

### Introduzione e scelta dell'argomento pneumologico

Nell'ambito dell'attività di formazione continua in Medicina Generale (MG) dell'anno 2012 della ASL 11 della Regione Toscana si è formato un gruppo di medici con lo scopo di portare avanti un'esperienza di "lavoro sul campo" mediante l'audit professionale su un argomento pneumologico.

Dopo aver discusso sui principi metodologici e di contenuto di un audit clinico, è iniziata la discussione che doveva portare alla individuazione dell'argomento da trattare. Inizialmente sono stati proposti vari temi, scelti per la loro rilevanza nella pratica quotidiana del medico di medicina generale (MMG). Ogni argomento proposto è stato analizzato sulla base di criteri di larga incidenza nella pratica quotidiana, di semplicità nella formulazione di obiettivi di studio, di facile misurabilità dei parametri di valutazione e di possibile estraibilità con mezzo informatico.

Sulla base di tali criteri è stata scelta la broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO), che costituisce un problema sanitario rilevante per l'alta prevalenza anche nelle fasce d'età giovanili, per l'elevata mortalità, morbilità e conseguente disabilità a essa associata e per gli alti costi diretti e indiretti che comporta<sup>1</sup>.

Le linee guida internazionali (LG) per una corretta gestione di questa patologia, pubblicate da vari anni, sono ancora largamente disattese da parte dei medici. La malattia è

ancora sottostimata ed è carente la diagnosi precoce con un conseguente notevole ritardo nell'inizio del trattamento adeguato<sup>3</sup>.

Tale criticità è particolarmente rilevante a livello della medicina generale, perché è a tale livello che dovrebbe avvenire il riconoscimento tempestivo della malattia specialmente negli stadi iniziali, la prescrizione di una adeguata terapia e il monitoraggio del paziente; il tutto svolto in collaborazione, qualora necessario, con lo specialista di riferimento<sup>11</sup>. Un uso più diffuso in MG delle LG permetterebbe, inoltre, di testarle nella pratica quotidiana per farne emergere le criticità e ottenere così gli eventuali aggiustamenti per una definitiva validazione.

### Definizione degli obiettivi generali

- Analisi e verifica della qualità dell'assistenza ai pazienti affetti da BPCO nella pratica clinica di un gruppo di MMG della ASL 11 di Empoli, con particolare riguardo alla diagnosi funzionale, alla prevenzione e alla terapia,
- identificazione di eventuali barriere che impediscono la buona pratica clinica;
- proposta di correttivi per il miglioramento dell'assistenza.

### Introduzione sull'audit professionale

"L'audit è una iniziativa condotta da clinici che cerca di migliorare la qualità e gli outcome dell'assistenza attraverso una revisione

strutturata tra "pari" per mezzo della quale i clinici esaminano la propria attività e i propri risultati in confronto a standard espliciti e la modificano se necessario" (definizione del *Department of Health, UK*, 1996).

È una parola latina (poi ripresa dagli inglesi) che significa verifica, revisione.

È una metodologia di analisi e revisione dell'attività professionale che ha lo scopo di valutare il proprio operato ed eventualmente migliorarlo. Può essere attuato da gruppi di medici (medical audit), oppure da un singolo medico (self-audit). Il medical audit è la metodica più utilizzata. È una valutazione retrospettiva delle prestazioni erogate sulla base delle informazioni registrate nelle cartelle cliniche; si fa un confronto fra l'assistenza realmente fornita e prestabiliti criteri e standard intesi come modelli di buona assistenza. Le sue difficoltà risiedono essenzialmente nella talvolta scarsa e non omogenea qualità delle informazioni che si riescono a ottenere dalle cartelle cliniche dei medici<sup>2,5,6,7</sup>.

L'attività va condotta secondo modalità sistematiche e standardizzate, attraverso una revisione dei processi adottati e/o degli esiti clinici ottenuti in specifiche categorie di pazienti, attraverso il confronto rispetto a standard concordati ed espliciti.

Esistono diverse fasi in cui si articola il processo di audit:

1. individuazione del problema, selezione della priorità specifica degli obiettivi;
2. definizione dei criteri di buona qualità (indicatori, standard);

TABELLA I.

Composizione del gruppo di MMG e dei pazienti studiati.

Medici e pazienti	1° rilevamento	Follow-up a 1,5 mesi	Follow-up a 6 mesi
MMG iscritti al gruppo	15	15	19
MMG che realmente hanno partecipato alla formazione	14	14	17
MMG che realmente hanno fornito i dati richiesti	12	10	17
Età media di tutti i medici	54,23		53,82
Totale dei pazienti in carico ai medici partecipanti alla formazione	18.084	18.369	21.493
Totale dei pazienti dei medici che hanno fornito dati	13.590	13.875	19.956

3. selezione delle fonti dei dati, raccolta, organizzazione e presentazione degli stessi;
4. confronto della performance con i criteri, indicatori e standard predefiniti;
5. discussione e identificazione delle cause di criticità;
6. progetto di miglioramento e introduzione dei cambiamenti necessari;
7. rivalutazione della performance.

### Il gruppo di MMG partecipanti e lo studio di prevalenza della BPCO nel campione di popolazione

Dopo una prima estrazione di dati, sono stati effettuati altri 2 rilevamenti a distanza di 1,5 e 6 mesi l'uno dall'altro; nel frattempo si è effettuata nel gruppo una formazione specifica sull'argomento, consultando la letteratura e le LG più recenti.

Il campione dei medici partecipanti non è stato identico nei 3 momenti di raccolta dati (come risulta dalla Tab. I) in quanto la partecipazione non era obbligatoria e alcuni medici che avevano iniziato il lavoro non l'hanno proseguito, mentre altri che non

avevano partecipato alle prime estrazioni si sono aggiunti successivamente.

Nei tre gruppi comunque si è mantenuta una discreta omogeneità sia in termini numerici che di tipologia dei partecipanti, per cui il confronto dei dati nel tempo è risultato sufficientemente confrontabile.

Come già ricordato, nell'audit esistono notevoli difficoltà nella talvolta scarsa e non omogenea qualità delle informazioni che si riescono a ottenere dalle cartelle cliniche dei medici.

La criticità è rappresentata dalla diversa codifica con cui i medici inseriscono la diagnosi di BPCO nelle loro cartelle cliniche e dalla conseguente successiva difficoltà nell'estrazione dei dati.

Si è cercato di supplire a ciò inserendo, durante l'estrazione, numerose altre possibili diagnosi codificate tutte riferite alla BPCO e/o ad altre sindromi ostruttive.

Alcuni medici hanno inserito anche il vettore "farmaci broncodilatatori long-acting da soli o in associazione con corticosteroidi inalatori (CSI) usati in cronico" per evidenziare possibili casi di BPCO non codificati o codificati erroneamente con la diagnosi (Tab. II).

Eseguendo l'estrazione con tali codici ogni medico ha estratto un folto gruppo di pazienti, all'interno del quale erano presenti sia i reali casi di BPCO, ma anche i casi registrati con diagnosi improprie. Questi ultimi sono stati esclusi dall'elenco. Ogni medico ha eseguito, in pratica, un vero e proprio self-audit scegliendo, all'interno dell'elenco, la lista dei propri pazienti sicuramente affetti da BPCO, in base ai criteri clinici e anamnestici che erano stati illustrati e dibattuti durante le riunioni di formazione ed elaborati alla luce della letteratura scientifica e delle LG consultate. Abbiamo poi uniformato le diagnosi sotto l'unica codifica ICD9 496. Il follow-up della prevalenza della BPCO è evidenziato nella Tabella III.

### Criteri, indicatori e standard dell'audit

Dopo questo studio preparatorio abbiamo elencato criteri, indicatori e standard del nostro lavoro (Tab. IV) secondo la seguente definizione:

I **criteri** sono i valori, le condizioni, i comportamenti e le regole specifiche, giudicati di buona qualità, dalla letteratura o da esperti (rappresentano il "che cosa dobbiamo fare"). Gli **indicatori** sono gli elementi da scegliere per monitorare e "misurare" le attività professionali dei medici; rappresentano la fotografia delle prestazioni effettivamente fornite (rappresentano il "che cosa stiamo facendo").

Gli **standard** corrispondono alla specificazione quantitativa precisa del livello qualitativo di un determinato criterio che ne stabilisce la soglia di accettabilità o il livello di

TABELLA II.

Codifiche ICD9 usate come vettori di ricerca della BPCO.

Da 491 a 491,9	Bronchite cronica
Da 492 a 492,8	Enfisema
496	BPCO bronchite cronica ostruttiva
R03	Farmaci per disturbi ostruttivi delle vie respiratorie

**TABELLA III.**

Il follow-up della prevalenza della BPCO nel campione di popolazione.

	1° rilevamento	Follow-up a 1,5 mesi	Follow-up a 6 mesi
Casi di BPCO	467	474	630
Casi di BPCO con estrazione dati	409	416	630
Prevalenza totale	3,09	3,83	3,16

**TABELLA IV.**

Criteri, indicatori e standard.

1	MMG con <b>prevalenza</b> della BPCO nei propri archivi compresa fra 3 e 5 nell'80% dei casi
2	Pazienti con prescrizione di almeno una spirometria ( <b>PFR</b> ) negli ultimi 3 anni nell'80% dei casi
3	Pazienti affetti da BPCO con dato "abitudine al <b>fumo</b> " registrato nell'90% dei casi
4	Pazienti affetti da BPCO con dato " <b>BMI</b> " registrato nell'80% dei casi
5	Pazienti con <b>stadiazione GOLD (2012)</b> effettuata nell'80% dei casi; verifica dell'aderenza della terapia alle LG internazionali
6	Pazienti con vaccinazione <b>antinfluenzale e antipneumococcica</b> registrata nel 50% dei casi

ottimalità (rappresentano il "livello minimo di performance che dobbiamo raggiungere").

**La stadiazione di gravità e trattamento farmacologico della BPCO**

Nell'ultima versione delle LG GOLD (2011/12) <sup>10 8</sup> la stadiazione di gravità della BPCO non tiene più conto soltanto del grado di ostruzione bronchiale (Tab. V), ma anche, e in maniera combinata, della misura dei sintomi e del rischio di riacutizzazioni (Tab. VI).

Per quanto riguarda la misura dei sintomi abbiamo scelto la "Scala di valutazione della dispnea aMRC" che tiene conto di 5 criteri di difficoltà respiratoria di intensità crescente contrassegnati con uno score da 0 a 4 (Tab. VII).

L'altra possibilità, sempre per la misura dei sintomi, è il "questionario CAT", più complesso, che deriva dalla somma degli score (da 0 a 5) assegnato a 8 criteri di sintomi respiratori ognuno di crescente gravità.

Per la misura del rischio di riacutizzazioni si è tenuto conto del numero totale annuo di riacutizzazioni adottando la "definizione di

**TABELLA V.**

Stadiazione GOLD: criterio ostruzione.

In pazienti con *FEV1/**FVC < 70%:	
GOLD 1: lieve	FEV <sub>1</sub> ≥ 80% del teorico
GOLD 2: moderata	50% ≤ FEV <sub>1</sub> < 80% del teorico
GOLD 3: grave	30% ≤ FEV <sub>1</sub> < 50% del teorico
GOLD 4: molto grave	FEV <sub>1</sub> < 30% del teorico

\* FEV1: volume espiratorio massimo in un secondo; \*\* FVC: capacità vitale forzata.

**TABELLA VI.**

Valutazione combinata di gravità della BPCO.

Misura del grado di ostruzione bronchiale
Misura dei sintomi
Misura del rischio di riacutizzazioni

riacutizzazione della BPCO" riportata nelle LG GOLD 2011/12 (Tab. VIII).

Combinando gli score di questi 3 criteri si ottengono 4 gruppi di pazienti (A, B, C, D) nei quali la gravità della BPCO è crescente (Tab. IX) e, di conseguenza, anche la terapia farmacologica è improntata a una cre-

scente intensità di trattamento con farmaci definiti di prima scelta, seconda scelta e in alternativa (Tab. X).

Nonostante l'apparente complessità della Tabella X si può affermare, in estrema sintesi, che: "la terapia di fondo della BPCO è costituita essenzialmen-

**TABELLA VII.***Misura dei sintomi: scala di valutazione della dispnea aMRC.*

0	Ho dispnea solo per sforzi intensi
1	Mi manca il fiato solo se corro piano o faccio una salita leggera
2	Su percorsi in piano cammino più lentamente dei coetanei, oppure ho necessità di fermarmi per respirare quando cammino a passo normale
3	Ho necessità di fermarmi per respirare dopo aver camminato in piano per circa 100 m o per pochi minuti
4	Mi manca il fiato a riposo, per uscire di casa o per vestirmi/spogliarmi

**TABELLA VIII.***Definizione di riacutizzazione di BPCO.*

Evento acuto caratterizzato da un peggioramento dei sintomi respiratori rispetto alla variabilità quotidiana degli stessi e che richiede una variazione del trattamento farmacologico

te dall'impiego dei broncodilatatori (BD) a breve e/o a lunga durata d'azione, da soli o in associazione tra loro, in pazienti sintomatici con FEV1 < 80%. I CSI si

possono aggiungere solo nelle classi di maggiore gravità della malattia, cioè in pazienti con FEV1 < 50% con frequenti riacutizzazioni (C e D)".

**I risultati**

Il follow-up dei risultati degli indicatori sono illustrati nella Tabella XI, da cui emerge che lo standard prefissato è stato raggiunto solo negli indicatori 3 e 4 (somministrazione dell'anamnesi tabagica e rilevazione del BMI). Il dato "PFR eseguite negli ultimi 3 anni" si è attestato intorno al 60% dei casi nel 1° e 2° rilevamento, mentre è calato al 57,56% nel rilevamento a 6 mesi; ciò è spiegabile con la variazione del campione in studio (sia dei medici che della popolazione) come già evidenziato nella Tabella I.

I dati sulla stadiazione (Tab. XII) ricalcano sostanzialmente quelli delle PFR essendo basati sulla presenza e sulla valutazione dei valori spirometrici.

Buono, anche se non ha raggiunto lo standard, è risultato il dato sulla vaccinazione antinfluenzale, mentre il dato della prevalenza compresa tra il 3 e il 5% (espressione del grado di omogeneità della prevalenza della BPCO nel campione in studio) si è

**TABELLA IX.***GOLD 2011/12: modello di stadiazione di gravità della BPCO combinando ostruzione/sintomi/rischio riacutizzazione.*

Tipo	Caratteristiche	Classificazione spirometrica	Riacutizzazione per anno	aRMC	CAT
A	Basso rischio, sintomi lievi	GOLD 1-2	≤ 1	0-1	< 10
B	Basso rischio, sintomi gravi	GOLD 1-2	≤ 1	≥ 2	≥ 10
C	Alto rischio, sintomi lievi	GOLD 3-4	≥ 2	0-1	< 10
D	Alto rischio, sintomi gravi	GOLD 3-4	≥ 2	≥ 2	≥ 10

**TABELLA X.***GOLD 2011/12: trattamento farmacologico iniziale.*

Classe paziente	Prima scelta	Seconda scelta	Alternative
A	SAMA o SABA	LAMA o LABA o SABA + SAMA	Teofillina
B	LAMA o LABA	LAMA + SABA	SABA e/o SAMA o teofillina
C	CSI + LABA o LAMA	LAMA + LABA	SABA e/o SAMA o teofillina inib. PDE4
D	CSI + LABA o LAMA	ICS + LAMA o ICS + LABA + LAMA o ICS + LABA e inib. PDE4 o LAMA + LABA o LAMA + inib. PDE4	Carbocisteina SABA e/o SAMA Teofillina

SAMA: anticolinergico a breve durata d'azione; SABA: β2-agonista a breve durata d'azione; LAMA: anticolinergico a lunga durata d'azione; LABA: β2-agonista a lunga durata d'azione; ICS: corticosteroidi inalatori; PDE4: inibitore fosfodiesterasi 4.

TABELLA XI.

Indicatori e standard: risultati del follow-up.

N	Indicatore	1° rilevamento	Follow-up a 1,5 mesi	Follow-up a 6 mesi	Standard %	Risultato
1	Prevalenza 3-5	58,33	58,33	64,7	80	Non raggiunto
2	PFR	60,17	60,34	57,56	80	Non raggiunto
3	Fumo	85,01	90,03	92,30	90	Raggiunto
4	BMI	79,23	80,38	84,16	80	Raggiunto
5	Stadiazione	61,12	61,68	57,14	80	Non raggiunto
6	Vaccinazione anti influenzale		71,88	75,00	80	Non raggiunto
	Vaccinazione anti pneumococcica		27,88	25,00	50	Non raggiunto

TABELLA XII.

Stadiazione GOLD 2011/12.

	Casi di BPCO	Prevalenza	Stadiazione	Gruppi A e B	Gruppi C e D
1° Rilevamento	409	3,09	250 (61,12%)	193 (77,20%)	57 (22,80%)
Rilevamento a 1,5 mm	415	3,83	256 (61,68%)	197 (76,95%)	59 (23,05%)
Rilevamento a 6 mm	630	3,16	360 (57,14%)	288 (80,00%)	72 (20,00%)

dimostrato accettabile, pur non raggiungendo lo standard prefissato.

### Verifica dell'aderenza della terapia alle linee guida internazionali

All'indicatore numero 5 (Tab. IV), in cui si doveva valutare la effettuazione della stadiazione di gravità, era correlata la verifica dell'aderenza della terapia alle LG internazionali; in pratica si voleva verificare se alla stadiazione seguiva una corretta prescrizione dei farmaci in linea con le raccomandazioni GOLD 2011/12 come esposto nella Tabella XI.

Come evidenziato nei risultati (Tab. XIII), i dati hanno fatto emergere alcune importanti criticità meritevoli di un approfondimento interpretativo.

L'uso dei CSI in associazione con i BD risulta presente in percentuale rilevante nei pazienti del gruppo A (basso rischio, sintomi lievi) e B (basso rischio, sintomi gravi), anche se con un trend positivo fra il 1°

TABELLA XIII.

Verifica dell'aderenza della terapia alle linee guida internazionali.

Terapia	Follow-up	Gruppi A + B	Gruppi C + D
NTC	1° RIL	18,8	0
	FU 1,5 mm	19,2	0
	FU 6 mm	20,22	0
BD	1° RIL	23,2	8
	FU 1,5 mm	26,17	1,56
	FU 6 mm	30,61	1,96
ASS	1° RIL	34,8	21,6
	FU 1,5 mm	30	21,09
	FU 6 mm	28,65	18
NTC	Non terapia continuativa		
BD	Broncodilatatori		
ASS	Associazioni (BD + CSI) estemporanee o precostituite		

rilevamento e il follow-up a 1,5 e soprattutto a 6 mesi (dal 34,8% al 30,00% e poi al 28,65%). Si è osservato cioè un signifi-

cativo e progressivo calo della prescrizione delle associazioni tra il 1° e il 3° rilevamento nei pazienti meno gravi (A e B).

## TABELLA XIV.

Follow-up a 6 mesi. Confronto stadiazione vs. terapia tra nuovi medici del gruppo e medici formati in precedenza.

Terapia	Tipo MMG	Gruppi A + B	Gruppi C + D
NTC	Nuovi medici	25,60	0
	Medici formati	18,61	0
BD	Nuovi medici	25,60	4,9
	Medici formati	32,11	1,09
ASS	Nuovi medici	29,26	14,63
	Medici formati	27,73	18,97

Come emerge dalla Tabella XI infatti i CSI dovrebbero essere prescritti negli stadi più avanzati della malattia (nei gruppi C e D), nei pazienti cioè con ostruzione bronchiale grave, alto rischio di riacutizzazione e presenza di sintomi importanti.

Nei gruppi C e D i farmaci di prima scelta sono i CSI + LABA o LAMA, da cui si evince peraltro che talvolta è appropriato anche l'uso del solo BD in questi pazienti, se, ad esempio, ci si trova di fronte a un paziente con fenotipo a prevalente caratteristica enfisematosa anziché bronchitica cronica.

### Confronto tra nuovi medici del gruppo e medici formati in precedenza nel follow-up a 6 mesi

Il gruppo dei 17 medici che hanno partecipato al follow-up a 6 mesi presentava più disomogeneità rispetto ai gruppi partecipanti al 1° e 2° rilevamento. Erano presenti, infatti, 5 medici che partecipavano per la prima volta al lavoro e che, quindi, sono stati scelti come campione di confronto con i medici che, avendo partecipato al 1° e 2° rilevamento, avevano già ricevuto una formazione specifica sul tema in studio. I 12 medici precedentemente formati hanno presentato, in maniera significativa, una maggiore appropriatezza prescrittiva che si è tradotta, relativamente ai gruppi di minore gravità (A e B), in un minore impiego di associazioni farmacologiche (CSI + BD), un maggior impiego di BD e un minor numero di pazienti senza terapia continuativa. Tale risultato è di particolare importanza poiché tali gruppi rappresentano non solo la com-

ponente numericamente più consistente di tutti i casi di BPCO, ma anche la più rilevante di pertinenza del MMG (Tab. XIV).

### Conclusioni

I dati sul "consumo" dei farmaci respiratori in Italia (principi attivi con codice R03) è assolutamente deficitario, sia dal punto di vista quantitativo che dal punto di vista qualitativo. Si calcola che solo il 20% di tutte le prescrizioni possa definirsi "appropriata". Il concetto di "appropriatezza prescrittiva nella gestione della BPCO" si basa sul confronto tra la corretta modulazione dei farmaci BD (essenzialmente LABA e LABA) e CSI e lo stadio clinico-funzionale di gravità della malattia, in termini di scelta del principio attivo, posologia, durata del trattamento, aderenza alla terapia e valutazione del fenotipo<sup>12</sup>.

Il nostro gruppo ha ottenuto buoni risultati sulla formulazione della diagnosi sia clinica che funzionale dei pazienti con BPCO. Le criticità più rilevanti sono emerse rispetto al criterio di studio n. 5 relativo alla stadiazione GOLD 2011/12 e alla verifica dell'aderenza della terapia alle LG internazionali. È emersa una inappropriata prescrittiva che ha riguardato essenzialmente i gruppi di pazienti con minor gravità della patologia (A e B); pazienti, peraltro, che sono di maggior pertinenza della medicina generale.

Dalla discussione nel gruppo è emerso che talvolta l'inosservanza delle LG anche da parte degli specialisti si riflette sulle prescrizioni del MMG. Si può ribattere a questa osservazione, pur vera e in parte condivisibile, affermando che tanto più il medico

sarà formato e sicuro nella materia, tanto meno sarà un ripetitore supino e acritico di fronte a prescrizioni rilasciate da altri, talvolta non completamente condivise. In questo certamente è di fondamentale importanza una formazione specifica ed efficace.

Un'altra osservazione è emersa nel gruppo di lavoro: si è evidenziato come frequentemente il MMG ricorra allo specialista nei periodi di aggravamento del paziente, o addirittura in caso di riacutizzazione della BPCO. In questi casi lo specialista si trova davanti a pazienti in condizioni peggiori rispetto alla loro situazione di stabilità e talvolta non può essere in grado, non conoscendo a fondo la storia naturale del paziente, di fare una diagnosi differenziale appropriata tra una riacutizzazione vera e propria e una situazione in cui si è avuta una evoluzione stabile verso uno stato di maggior gravità. Dovremmo quindi riappropriarci prontamente del paziente dopo il consulto con lo specialista e seguirlo con accuratezza per essere in grado di rimodulare la terapia in base all'evoluzione della malattia<sup>4</sup>. Il giudizio sull'applicabilità in MG delle LG non è lusinghiero. Se tali raccomandazioni possono risultare utili in una attività di ricerca e/o di audit professionale in cui c'è la necessità di rifarsi a criteri uniformi e sistematici per confrontare i dati ottenuti, altrettanto non si può affermare per l'attività quotidiana dei medici che, necessariamente, si devono basare su giudizi prevalentemente empirici e con tempi decisionali talvolta rapidissimi. Tali raccomandazioni devono però essere ben conosciute e devono servire come riferimento di massima alla decisione del medico che

rimane comunque il giudice unico di fronte alla situazione del paziente<sup>9</sup>.

Tra gli obiettivi che volevamo raggiungere c'era anche la "identificazione di eventuali barriere che impediscono la buona pratica clinica; proposta di correttivi per il miglioramento dell'assistenza". Le barriere sono rappresentate in definitiva dalla scarsa formazione specifica del MMG, dalla sua inappropriata metodologia formativa, da situazioni organizzative del SSN che non consentono un adeguato scambio di informazioni tra MG e specialista, dalla difficile applicabilità delle LG nella pratica quotidiana del medico di famiglia.

Bisogna ricercare con forza una maggiore appropriatezza nella prescrizione farmacologica e, più in generale, nella gestione del paziente con BPCO mediante una formazione continua e non più passiva, che permetta di rendere i medici giudici di se stessi. L'audit professionale rappresenta un mezzo insostituibile per il raggiungimento di tale scopo, poiché coinvolge direttamente e attivamente il medico nella propria formazione facendo emergere, mediante la verifica e la

misura diretta del proprio operato, criticità altrimenti difficilmente apprezzabili.

#### Ringraziamenti

Un ringraziamento al sig. Alessandro Mancini dell'Ufficio Formazione della ASL 11 di Empoli.

#### Bibliografia

- 1 Scognamiglio A, Matteelli G, Pistelli F, et al. *L'epidemiologia della broncopneumopatia cronica ostruttiva*. Ann Ist Super Sanità 2003;39:467-84.
- 2 Latocca R, Pasini E. *From continuing medical education (CME) to continuing professional development (CPD): a possibility for italian doctors?* Journal of Medicine and Person 2005;3:4.
- 3 Bettoncelli G. *La gestione delle patologie croniche in Medicina Generale: la BPCO*. Rivista SIMG 2005;(5/6):25-7.
- 4 Daglio MM, Gaglianò G, Bevini M, et al. *Auto-percezione del ruolo professionale in medicina generale nel confronto con il medico specialista*. Recenti Progressi in Medicina 2005;96:231-23.
- 5 Giustini S, Medea G, Brignoli O, et al. *Nuovi strumenti professionali per il self-audit, il governo clinico e la ri-creazione" della Medicina Generale: il MilleGPG e il SISSI*. Rivista SIMG 2010;(1):7-9.
- 6 Pasculli D, Medea G. *MilleGPG per l'audit clinico in Medicina Generale, ovvero la valutazione della qualità professionale a portata di "click"*. Rivista SIMG 2011;(3):18-20.
- 7 Baruchello M, Gottardi G. *L'audit clinico in Medicina Generale anche in Italia? Scenari e metodi*. QA 2011;21:39-46.
- 8 Bettoncelli G. *Nuovi Indirizzi per la Gestione della la BPCO: il paziente al centro del processo di cura*. Rivista SIMG 2012;(4):34-7.
- 9 Corrado A, Rossi A. *How far is real life from COPD therapy guidelines? An Italian observational study*. Respir Med 2012;106:989-97.
- 10 Sito Italiano Linee Guida GOLD 2011/12 - [www.goldcopd.it](http://www.goldcopd.it).
- 11 Bettoncelli G, Berardi M, Calzolari M, et al. *Criteri pratici per la gestione del paziente con BPCO in Medicina Generale*. Rivista SIMG 2009;(3):44-7.
- 12 Dal Negro WR. *La broncopneumopatia cronica ostruttiva. Cronicità e territorio nelle malattie respiratorie* 2012:82-100.