

POSITION STATEMENT ON BPCO EXECUTIVE SUMMARY

MANTOVA
20 FEBBRAIO 2014
CAMPUS DI CORTE BENEDETTA
STRADA GHISIOLO, 27

FACULTY

Germano Bettoncelli

Medico di Medicina Generale e Responsabile Area Pneumologia SIMG

Francesco Blasi

Direttore della Clinica Malattie Respiratorie, Università di Milano

Giorgio Walter Canonica

Direttore della Clinica Malattie Respiratorie e Allergologia Università di Genova, IRCCS AOU San Martino, Genova

Fernando De Benedetto

Direttore U.O.C. di Pneumologia, P.O. SS. Annunziata, Chieti Presidente AIMAR

Fausto De Michele

Direttore U.O.C. di Pneumologia I e Fisiopatologia Respiratoria A.O.R.N. "A. Cardarelli", Napoli Presidente Nazionale AIPO

Carlo Favaretti

Coordinatore del Centro per la Leadership in Medicina della Facoltà di Medicina e Chirurgia "A. Gemelli", Roma

Carlo Mereu

Direttore S.C. Pneumologia, ASL2 SV Direttore Dipartimento di Specialità Mediche, ASL2 SV - Presidente SIMeR

Walter Ricciardi

Direttore Dipartimento Sanità Pubblica, Policlinico "A. Gemelli", Roma

PARTECIPANTI

Amalia Allocca

Direttore sanitario Policlinico "Umberto I" Roma

Margherita Azzini

Dirigente medico Dipartimento Riabilitativo ULSS 20 Verona

Angelo Barbato

Direttore Controllo di gestione e pianificazione ASL Roma A

Giovanni Gorgoni

Direttore generale ASL BAT Andria-Barletta-Trani

Fabrizio Fontana

Direttore Dipartimento Prevenzione ULSS 3 Bassano Del Grappa

Fulvio Lonati

Direttore Dipartimento Cure primarie ASL Brescia

Mauro Maccari

Direttore sanitario USL 7 Siena

Antonio Mastromattei

Dirigente sanitario ASL Roma D

Roberto Poscia

Responsabile scientifico Clinical trial Center, Policlinico "Umberto I" Roma

Daniela Riccò

Direttore sanitario Azienda USL Reggio Emilia

Eugenio Santo Sabato

Direttore UOC Pneumologia ASL Brindisi

Simonetta Sancasciani

Direttore sanitario Presidio Ospedaliero USL 7 Siena

Claudio Sileo

Direttore sociale ASL Milano

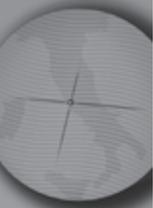
Erika Zanardi

Dirigente medico Dipartimento Riabilitativo ULSS 20 Verona

Indice

INTRODUZIONE	
<i>W. Ricciardi</i>	1
RETI SISTEMI PERCORSI	
<i>C. Favaretti</i>	2
INQUADRAMENTO: IL CARICO EPIDEMIOLOGICO DELLE MALATTIE RESPIRATORIE	
<i>F. Blasi</i>	3
LA DIAGNOSI PRECOCE, LA STADIAZIONE E IL FOLLOW UP DELLA BPCO	
<i>F. De Benedetto</i>	4
TAVOLA ROTONDA: LA TERAPIA, L'IMPORTANZA DELL'ADERENZA TERAPEUTICA E COME MISURARLA	
<i>G. W. Canonica</i>	6
TAVOLA ROTONDA: OSPEDALIZZAZIONE DEL PAZIENTE CON BPCO PER LE RIACUTIZZAZIONI E LE INFEZIONI RICORRENTI	
<i>G. W. Canonica</i>	8
TAVOLA ROTONDA: GESTIONE INTEGRATA OSPEDALE-TERRITORIO DEL PAZIENTE BPCO STABILE E GRAVE	
<i>G. Bettoncelli</i>	9
TAVOLA ROTONDA: L'IMPATTO ECONOMICO E ORGANIZZATIVO IN ITALIA DELL'OSSIGENOTERAPIA	
<i>F. De Michele</i>	11
STRUMENTI E METODI PER UN CAMBIAMENTO EFFICACE	
<i>W. Ricciardi</i>	12
VALIDAZIONE DELL'ALGORITMO DI VALUTAZIONE DEL PROFILO E DEL LIVELLO DI APPRENDIMENTO DEI PROFESSIONISTI	
<i>W. Ricciardi</i>	13
APPENDICE	14





QIIPH - 2014, VOLUME 3, NUMBER 2

ITALIAN JOURNAL OF PUBLIC HEALTH

INTRODUZIONE

Walter Ricciardi

In un periodo di estrema criticità della situazione politico-economica italiana, con conseguenti difficoltà nell'assicurare un'adeguata offerta sanitaria a fronte di un aumento della domanda, diventa indispensabile e non più rinviabile rivedere le logiche organizzative e culturali dell'assistenza per poter garantire ai pazienti una presa in

carico appropriata e sostenibile, soprattutto nell'ambito della cronicità. La sfida è riuscire a sviluppare un modello operativo fluido, efficiente e costo-efficace, capace di sfruttare al meglio le competenze, le potenzialità e le risorse di ciascun attore del sistema, in una logica di gestione integrata di ciascuna area patologica.



RETI, SISTEMI, PERCORSI

Carlo Favaretti

I sistemi sanitari non possono più essere visti soltanto in termini di “struttura”, ma anche di modelli organizzativi, basati sulle parole chiave “sistema”, “rete”, “percorso”.

Organizzazione: insieme di persone e di mezzi con obiettivi, responsabilità, autorità e relazioni stabiliti in modo ordinato nell’ambito di istituzioni, strutture, direzioni, dipartimenti, unità operative, moduli o servizi.

Sistema: insieme di attività caratterizzate da uno scopo e obiettivi comuni e da criteri di valutazione rispetto ai quali si possa misurare il raggiungimento degli obiettivi. I sistemi sanitari attuali sono di tipo “adattivo complesso” e dovrebbero funzionare secondo regole semplici e non rigide, in grado di promuovere comportamenti complessi: separazione (autonomia gestionale e operativa); coesione

(vicinanza culturale e d’approccio); allineamento (condivisione dei percorsi e degli obiettivi).

Rete: insieme di organizzazioni e di individui che raggiungono gli obiettivi del sistema. Ogni rete è costituita da “nodi”, “maglie” e “contesto”.

Percorso: strada compiuta dai pazienti nell’iter di cura.

Le patologie respiratorie sono responsabili di circa il 15% della mortalità a livello europeo; la BPCO rende conto del 3,4% (OMS - Global Alliance against Chronic Respiratory Diseases; www.who.int/respiratory/gard). Per le malattie respiratorie, negli ultimi decenni, non si è assistito a una diminuzione di mortalità, ma a un incremento, legato in larga misura alla mortalità per BPCO.



INQUADRAMENTO: IL CARICO EPIDEMIOLOGICO DELLE MALATTIE RESPIRATORIE

Francesco Blasi

La BPCO colpisce dal 5 al 10% della popolazione europea con più di 40 anni (pari a circa 23 milioni di persone), soprattutto uomini; il principale fattore di rischio è il fumo (attivo o passivo), ma non si devono trascurare l'esposizione occupazionale o ambientale a sostanze promuoventi, né la predisposizione genetica; i sintomi caratteristici sono la dispnea durante l'esercizio e la tosse (con o senza secrezioni), cui possono associarsi fatigue, anoressia e perdita di peso con il progredire della malattia; il trattamento deve essere di tipo multimodale e comprendere la cessazione del fumo, la terapia medica (broncodilatatori e antinfiammatori), l'esercizio fisico e l'ossigenoterapia a lungo termine (OTLT); i ricoveri dovuti a riacutizzazioni della BPCO in Europa sono circa 1,1 milioni all'anno e a essi è ascrivibile gran parte della spesa per la gestione della malattia.

Tra il 2010 e il 2030 si stima un incremento esponenziale dei costi associati alla BPCO. L'unico modo per cercare di contenerlo è investire nella prevenzione primaria (riducendo

i fattori di rischio fin dall'età pediatrica) e secondaria (combinando riduzione dei fattori di rischio e terapie appropriate). Il fumo è la causa principale della malattia, ma non l'unica: dal 25 al 45% delle diagnosi di BPCO riguarda soggetti non fumatori.

DISCUSSIONE

F. Blasi: Nel caso della BPCO, la prevenzione primaria ha costi elevati nell'immediato e promette guadagni a lungo termine, di cui spesso non tiene adeguatamente conto. La prevenzione secondaria, riducendo il numero delle riacutizzazioni e dei ricoveri, comporta un risparmio di risorse economiche, strutturali e umane a breve-medio termine quantificabile e spendibile sul piano politico-organizzativo. Per attuare una prevenzione secondaria efficace sono essenziali una terapia ben pianificata e un sistema di presa in carico efficiente, ma anche una buona aderenza del paziente alle terapie, supportata da una corretta informazione/educazione.



LA DIAGNOSI PRECOCE, LA STADIAZIONE E IL FOLLOW UP DELLA BPCO

Fernando De Benedetto

La diagnosi precoce della BPCO richiede l'individuazione dei soggetti a rischio nell'ambito della popolazione generale e la successiva valutazione con questionari mirati e spirometria. Le carte di rischio uomo/donna (CNR-ISS) sono una guida fondamentale, ma sono ancora poco usate.

La diagnosi precoce della BPCO è cruciale per controllare l'evoluzione della malattia attraverso terapie appropriate e tempestive (farmaci e riabilitazione respiratoria) e migliorare l'aspettativa e la qualità di vita dei pazienti, ma difficile da effettuare sulla base dei sintomi clinici (tosse e dispnea), che tendono a presentarsi in fase avanzata.

La spirometria è una metodica adeguata per individuare la BPCO: la sua esecuzione è indicata in tutti i soggetti sintomatici con più di 40 anni, selezionati con *case finding* (indagine opportunistica) basato su sensibilizzazione e somministrazione di questionari autocompilati.

Oltre che nello studio del MMG da parte dello stesso medico o di un infermiere addestrato, la spirometria semplice potrebbe essere effettuata in farmacie dotate di personale addestrato o presso il Distretto socio-sanitario locale.

Il livello di gravità della BPCO deve essere determinato attraverso una valutazione globale multiparametrica che tenga conto, oltre che della FEV1, anche della qualità e dell'intensità dei sintomi, della frequenza e della gravità delle riacutizzazioni, dello stato funzionale del paziente, della necessità e dell'aderenza alle terapie, della soddisfazione del paziente rispetto alla qualità di vita. Inoltre, va previsto un adeguato monitoraggio. Tabella relativa al modello di monitoraggio per le quattro principali casistiche di pazienti (da "La gestione clinica integrata della BPCO". SIMG, SIMeR, AIPO, AIMAR, 2013).

DISCUSSIONE

C. Mereu: In Liguria, è stato avviato un progetto pilota di gestione integrata della BPCO sul territorio di competenza della ASL2 SV, coinvolgendo due Centri della salute e circa 80 pazienti, seguiti contestualmente da MMG e specialista pneumologo. I dati sono ancora parziali ma gli indicatori sarebbero orientativi per una riduzione dell'incidenza delle riacutizzazioni.

M. Azzini: in un sistema con risorse finite e inevitabilmente competitivo, è essenziale documentare i vantaggi ottenibili con l'applicazione di un nuovo modello in un determinato contesto per riorientare i finanziamenti per la gestione della patologia nella direzione che si ritiene opportuna.

A. Allocca: 1) tener conto delle associazioni di volontariato, che sono un'importante risorsa umana, propositiva ed economica; 2) la cartella informatizzata in rete permette al MMG di essere informato in ogni momento di tutto ciò che accade al proprio paziente.

E.S. Sabato: riporta l'esperienza dell'ASL Brindisi e il progetto pilota che ha permesso la realizzazione dell'integrazione ospedale-territorio per la gestione della BPCO, sfruttando le risorse ambulatoriali della pneumologia territoriale e le due pneumologie ospedaliere. Con questo modello operativo è possibile attuare dimissioni anticipate protette; si ha un filtro preliminare sui ricoveri e si riesce intercettare in modo più efficiente i pazienti in fase precoce.

F. Lonati: nella ASL di Brescia (1.150.000 abitanti oggi e 1 milione nel 2000), dal 2001 è attivo il percorso gestionale condiviso ospedale-territorio della BPCO e dal 2002 si è iniziato a raccogliere i dati. In base alle rilevazioni ospedaliere, confermate dai dati degli MMG,

l'incidenza dei malati respiratori nell'arco di un decennio è rimasta costante (3%). Circa metà dei malati respiratori non presentano altre problematiche cliniche; il 20-25% presenta copatologie cardiovascolari; gli altri presentano una o più comorbidità di vario tipo. La mortalità per malattie respiratorie nel 2012 è risultata

pari a circa il 6-7%, mentre gli anni di vita persi per malattie respiratorie corrispondono a 2,4-2,5%. L'unico aumento registrato, comunque inferiore all'atteso tenuto conto dei dati della letteratura e delle variazioni demografiche, è sul fronte dei pazienti in OTLT, passati da circa 1.000 nel 2000 a 1.400 nel 2013.



TAVOLA ROTONDA: LA TERAPIA, L'IMPORTANZA DELL'ADERENZA TERAPEUTICA E COME MISURARLA

G. Walter Canonica

La terapia della BPCO è finalizzata a ridurre l'ostruzione bronchiale, contrastare l'intrappolamento d'aria, prevenire le riacutizzazioni e limitare la perdita di funzionalità. I capisaldi del trattamento del paziente stabile sono i corticosteroidi inalatori (ICS), i broncodilatatori a lunga durata d'azione (LABA) e gli antimuscarinici (LAMA). Tutti questi farmaci sono somministrati con l'inalatore: un aspetto critico all'origine della scarsa aderenza alle cure.

Una buona aderenza alla terapia inalatoria limita il declino della funzionalità respiratoria, le riacutizzazioni, il numero dei ricoveri, la richiesta di visite mediche e l'assenteismo lavorativo, determinando un risparmio di diverse migliaia di euro all'anno per paziente.

Per migliorare l'aderenza è necessario: promuovere una maggiore consapevolezza della malattia; coinvolgere infermieri e farmacisti nel supporto alla terapia inalatoria; sviluppare applicazioni e strumenti web che aiutino il paziente ad autogestire la malattia; promuovere l'impiego delle nuove tecnologie per creare network tra i pazienti; sviluppare sistemi di condivisione on line dei dati clinici che permettano ai medici coinvolti nella presa in carico di essere sempre informati sull'andamento della malattia e interagire con il paziente.

DISCUSSIONE

G. Bettoncelli: molti pazienti con BPCO sono anziani e presentano polipatologie; il medico, individua le sue priorità di intervento in base alla stima del rischio clinico e fornisce al

paziente indicazioni relative alla loro gestione; per contro il paziente assegna a sua volta un suo ordine di priorità ai propri sintomi/disturbi, adattando le indicazioni ricevute alle proprie esigenze/fastidi prevalenti/percezioni di rischio. Se si vuole supportare e migliorare l'aderenza alle terapie è indispensabile consegnare al paziente un piano di cura condiviso che egli sia in grado realmente di seguire nel quotidiano e che risponda anche alle sue esigenze pratiche.

M. Maccari: la sostituzione del farmaco di marca con il generico può ridurre l'aderenza perché confonde il paziente (iniziativa di consegna farmaci a domicilio).

R. Poscia: oltre a sostenere l'aderenza, ai fini dell'outcome, è cruciale adottare un approccio multidisciplinare alle comorbidità (esempio BPCO+scompenso e uso di betabloccanti).

G. Gorgoni: i primi risultati qualitativi dell'esperienza di gestione territoriale integrata della cronicità ("Progetto Leonardo") basata sulla figura del "care manager" indicano che questo approccio permette di ridurre la spesa per la presa in carico soprattutto grazie al miglioramento dell'aderenza. Nei primi due anni, il risparmio sulla spesa globale per i pazienti con BPCO è stato guidato dalla riduzione della spesa farmaceutica (-43%), e accompagnato da quello derivante dalla presa in carico coordinata e efficiente da parte dell'Ambulatorio per la cronicità. Altro dato importante, l'aumento del 600% della spirometria.

C. Sileo: 1) la bassissima aderenza alle terapie dei pazienti con BPCO è legata anche

alla bassissima consapevolezza della malattia: serve investire di più sulle competenze comunicative, anche coinvolgendo altre figure

sanitarie con ruolo informativo/educativo 2) le nuove tecnologie devono essere sfruttate di più e valutate con HTA.



TAVOLA ROTONDA: OSPEDALIZZAZIONE DEL PAZIENTE CON BPCO PER LE RIACUTIZZAZIONI E LE INFEZIONI RICORRENTI

Carlo Mereu

Il paziente con BPCO va di norma incontro a riacutizzazioni, la cui gravità e frequenza incidono sulla prognosi globale. Le riacutizzazioni sono causa di visite mediche non programmate e ricoveri, incrementando in misura consistente i costi di gestione della malattia. Le riacutizzazioni interessano tutti i pazienti (specie quelli più compromessi) e un maggior numero di riacutizzazioni si associa a un declino più rapido della funzione respiratoria.

Una corretta terapia inalatoria è determinante ai fini della prevenzione secondaria delle riacutizzazioni e le strategie basate sulla tripla combinazione LAMA+LABA+ICS hanno una dimostrata utilità preventiva. La sospensione di uno di questi farmaci da parte del MMG o una mancata aderenza da parte del paziente espone a un maggior rischio di riacutizzazioni.

In caso di esacerbazione vanno somministrati broncodilatatori a breve durata d'azione (SABA o SAMA) ed eventualmente corticosteroidi sistemici e antibiotici orali (se presente un aumento di volume dell'espettorato). La presenza di comorbilità non modifica i criteri di trattamento della BPCO. Nonostante una corretta gestione domiciliare, un certo numero di pazienti con riacutizzazione necessita un ricovero in strutture pneumologiche o in Unità di Terapia intensiva, da richiedere in base a ben precisi criteri di appropriatezza (da *"La gestione clinica integrata della BPCO"*. SIMG, SIMeR, AIPO, AIMAR, 2013).

Per una gestione ottimale del paziente con BPCO è auspicabile la creazione sistemi assistenziali integrati sul territorio, basati su una struttura a rete, con condivisione dei dati clinici e amministrativi del paziente, attraverso sistemi informatici e nuove tecnologie, di cui si dovrebbe stabilire di volta in volta la costo-efficienza attraverso valutazioni HTA. In questo sistema integrato lo pneumologo ospedaliero resta la figura di riferimento, mentre lo pneumologo territoriale può favorire una migliore connessione tra pneumologo ospedaliero e MMG, funzionando anche da "filtro" per ottimizzare l'appropriatezza dei ricoveri.

DISCUSSIONE

G. Bettoncelli: nella nuova visione di presa in carico integrata, si dovrebbero definire con precisione il ruolo e le mansioni del MMG nella gestione della cronicità e individuare indicatori di assistenza da estendere a tutto il territorio nazionale, con un sistema di controllo centralizzato che assicuri livelli organizzativo-assistenziali minimi comuni a tutte le Regioni.

C. Favaretti: serve avviare studi pilota che ne verifichino sul campo la reale fattibilità e i vantaggi associati non soltanto dal punto di vista clinico, ma anche organizzativo-gestionale.



TAVOLA ROTONDA: GESTIONE INTEGRATA OSPEDALE-TERRITORIO DEL PAZIENTE BPCO STABILE E GRAVE

Germano Bettoncelli

Nei piani di riassetto del SSN il nuovo modello della *Primary care* prevede il passaggio da un sistema basato sull'attività del medico "singolo" (prevalentemente espressione di una "medicina d'attesa") al lavoro in un "team" comprendente più MMG ed altre figure sanitarie di supporto, in particolare infermieri. Nell'ambito di questo staff rafforzato prendono corpo nuove funzioni e competenze (l'evoluzione verso una "medicina d'iniziativa") con modalità di interazione in rete tra professionisti sanitari, favorite dall'impiego sistematico di supporti informatici e nuove tecnologie (registri elettronici per patologia, cartella clinica informatizzata, servizi di alert, sistemi di autovalutazione ecc.).

L'esigenza di controllo della qualità delle cure erogate richiede la definizione di indicatori misurabili. La loro scelta di non è soltanto un problema scientifico, ma anche politico, perché a seconda dei parametri selezionati si potrebbe rischiare di focalizzare l'attenzione su determinate situazioni, penalizzandone altre. La scelta degli indicatori è complicata inoltre dalla presenza di comorbidità che possono ridurne l'adeguatezza.

La cartella clinica elettronica è uno strumento prezioso per gestire il carico burocratico, fornire dati affidabili ai responsabili amministrativi, attuare una gestione integrata dei pazienti in una logica di rete, monitorare la qualità dei modelli assistenziali e sancire l'appropriatezza della terapia farmacologica. Un primo indicatore di qualità della presa in carico del paziente con BPCO dovrebbe essere la registrazione dello status di fumatore, dato oggi ancora poco considerato.

In base ai dati del VII Rapporto *Health Search*, la prevalenza della BPCO in Italia appare costante tra il 2003 e il 2012 ed è pari a circa il 3%, con una maggior concentrazione di casi nelle Regioni meridionali. Il dato, corrispondente al 50% del valore atteso, sembra esprimere una sostanziale sottodiana della BPCO in MG, che si accompagna allo scarso impiego della spirometria (la cui prescrizione è presente solo nel 55% circa dei casi diagnosticati nel 2012). Per contro Valutazioni più accurate da parte di MMG selezionati nell'area bresciana indicano una prevalenza della BPCO che arriva al 5,8%.

Nel 2012, oltre il 48% dei pazienti con diagnosi di BPCO non aveva ricevuto alcuna prescrizione di terapia farmacologica per il controllo della malattia (VII Rapporto *Health Search*). Tra i pazienti in terapia, i farmaci più utilizzati erano le associazioni (30% dei casi). Il consumo dei farmaci respiratori di classe A è estremamente disomogeneo nelle diverse Regioni italiane, sia per qualità che per quantità ed esistono ampi margini di miglioramento nell'appropriatezza d'uso (dati Osmed, gennaio-settembre 2013).

DISCUSSIONE

W. Ricciardi: non potendo assegnare a priori una gerarchia di importanza alle diverse condizioni cliniche presenti in uno stesso paziente, meglio parlare di "plurimorbidità" anziché di "comorbidità".

F. Lonati: 1) nella valutazione del paziente con pluripatologie, di ogni patologia si dovrebbero definire la gravità e l'indice CIRS di compromissione per ogni organo/apparato; 2) dovrebbe essere



effettuata la valutazione della “compromissione delle funzioni quotidiane” dal punto di vista dell’assistito e non da quella del medico; 3) stabilito un ordine di priorità tra le diverse copatologie, prima di definire un piano di cura va considerata anche la “speranza di sopravvivenza”.

M. Maccari: Il dato del fumo può essere utile, ma è poco sensibile se si considera che un giovane fumatore (20-30 anni) raramente si rivolge al MMG per problemi di salute.



TAVOLA ROTONDA: L'IMPATTO ECONOMICO ED ORGANIZZATIVO IN ITALIA DELL'OSSIGENOTERAPIA

Fausto De Michele

L'ossigenoterapia domiciliare a lungo termine (O2LT) si rende necessaria in una fase avanzata della BPCO, quando sia presente un'insufficienza respiratoria con ipossiemia stabile, ma questo non significa che il trattamento riguardi soltanto i pazienti in fase terminale. In molti casi, il trattamento domiciliare è mantenuto a lungo, fino a 10-12 anni, incidendo in misura significativa sulla qualità di vita e sulla sopravvivenza dei pazienti. A fronte di tali risultati vi è un significativo impatto sui costi di gestione del paziente con BPCO.

L'ossigenoterapia a lungo termine (O2LT) è indicata nei pazienti che, in fase stabile, a riposo e con il miglior trattamento possibile, presentino una $PaO_2 \leq 55$ mmHg oppure una PaO_2 compresa fra 56 e 59 mmHg, in presenza di ipertensione arteriosa polmonare, cuore polmonare, edemi declivi, ematocrito $>55\%$, il tutto documentato da esami emogasometrici ripetuti nel tempo (a distanza di almeno quindici giorni l'uno dall'altro e per un periodo di almeno due mesi consecutivi), (*La gestione clinica integrata della BPCO*). SIMG, SIMeR, AIPO, AIMAR, 2013).

In base ai dati raccolti nel Registro "REGIRE" dell'AIPO, che si riferiscono ad oltre 6.000 pazienti, attualmente, in Italia si stima che circa 62.500 pazienti si avvalgano dell'ossigenoterapia, con un costo complessivo pari a 200-250 milioni di euro all'anno. Ad oggi, non è ancora presente in tutte le Regioni una regolamentazione regionale per l'OTLT e non esiste un Registro nazionale istituzionale dei pazienti in trattamento.

Al 30 settembre 2013, circa il 75% dei pazienti in OTLT avevano una diagnosi di BPCO; a circa l'85% del totale dei pazienti viene prescritta ossigenoterapia continua, cioè per più di 15 ore al giorno (durata minima per garantire il miglioramento della sopravvivenza). Nel 90% circa dei casi l'ossigeno è erogato in forma liquida, nel 6% circa con concentratore ed in piccola percentuale come ossigeno gassoso. Il costo paziente/anno per la fornitura di ossigeno liquido varia da 2.000 a 3.000 euro a seconda della Regione considerata.

Una ulteriore criticità è l'aderenza dei pazienti alla terapia, poiché un'OTLT di durata inferiore alle 15 h/die non garantisce un impatto favorevole sulla sopravvivenza dei pazienti e può costituire un elemento di inappropriata e di dispersione di risorse.

Dall'indagine AIPO è emersa una carenza della rete territoriale pneumologica per il monitoraggio dei pazienti in ossigenoterapia. In ogni caso il problema della O2LT deve essere inserito in maniera organica nel percorso assistenziale della insufficienza respiratoria cronica.

DISCUSSIONE

F. De Michele: Oltre a stabilire regole omogenee per l'erogazione/somministrazione della OTLT è necessario prevedere e sviluppare un sistema efficiente di monitoraggio e controllo che assicuri la loro corretta applicazione. In questo ambito, le nuove tecnologie e la telemedicina possono rivelarsi strategiche.



STRUMENTI E METODI PER UN CAMBIAMENTO EFFICACE

Walter Ricciardi

Per poter sviluppare e sperimentare un modello organizzativo è necessario produrre un documento condiviso che presenti un quadro realistico della situazione della BPCO in Italia e offra soluzioni credibili e fattibili. La questione centrale da esaminare e sviluppare è il percorso assistenziale nel quale il paziente con BPCO deve essere inserito e che deve essere pensato secondo una logica di “rete” integrata ospedale-territorio, nella quale siano ben definiti gli attori, le strutture, le mansioni e i flussi di lavoro in funzione delle fasi della malattia e delle esigenze che via via si riscontrano. Idealmente, il nuovo sistema a “rete” dovrebbe essere esteso, seppur con le necessarie modulazioni locali, su tutto il territorio nazionale.

DISCUSSIONE

F. De Benedetto: nel documento dovrà essere chiaro che il punto di riferimento del paziente broncopatico deve essere e rimanere lo pneumologo.

W. Ricciardi: lo pneumologo è importante e resta lo specialista cruciale nella gestione della BPCO, ma bisogna operare un cambiamento culturale ed entrare nella logica della “rete”.

G. Bettoncelli: 1) i MMG possono svolgere un ruolo di “vigilanza”, verificando che i nuovi modelli assistenziali proposti siano in linea con i bisogni reali dei pazienti; 2) è indispensabile costruire un'alleanza fattiva che permetta a ciascun professionista coinvolto nel sistema assistenziale di sviluppare al massimo e rendere produttive le proprie competenze.

W. Ricciardi: il nuovo modello organizzativo dovrà prevedere un sistema di valutazione predefinito per poter fornire ai decisori misure di costo-efficacia fondate e affidabili.

F. De Michele: 1) per la BPCO abbiamo un documento intersocietario condiviso e in diverse Regioni esistono PDT: si può cercare di estrarre una sorta di “PDT nazionale” che fornisca criteri di appropriatezza e indicatori per la valutazione dell'impatto della sua applicazione.

C. Favaretti: non possiamo preconfezionare una soluzione unica su base nazionale perché nelle varie Regioni gli assetti e le figure leader del sistema sono diverse; dovremmo limitarci a presentare un modello basato su “sistema-reti-percorsi”, individuando una serie di esperienze di buona pratica a supporto, e utilizzare questo lavoro come punto di partenza per un'ulteriore analisi/confronto a livello nazionale.

M. Azzini: si dovrebbe puntare sui dati (evidenze epidemiologiche e proiezioni; esperienze sui pazienti ecc.), suggerendo soltanto in secondo tempo come migliorare la situazione con gli strumenti che si hanno a disposizione.

A. Allocca: un aspetto cruciale è anche definire i parametri di accreditamento dei professionisti coinvolti nella rete perché dalle loro caratteristiche di esperienza e competenza dipende il risultato.

M. Maccari: bisogna puntare sull'efficienza e definire il migliore percorso che ci possiamo permettere, curando meglio a parità di spesa.



VALIDAZIONE DELL'ALGORITMO DI VALUTAZIONE DEL PROFILO E DEL LIVELLO DI APPRENDIMENTO DEI PROFESSIONISTI

Walter Ricciardi

Per misurare l'efficacia dell'attività di formazione finalizzata a promuovere quel cambio di prospettiva che i professionisti sanitari delle diverse parti d'Italia dovranno operare per iniziare a ragionare secondo una logica di "sistema-rete-percorso" è stato sviluppato uno specifico questionario di valutazione.

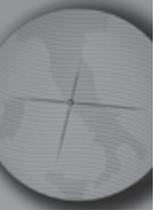
Il nuovo strumento è stato creato sulla base di un'analisi delle competenze (soft skill) di cui i professionisti sanitari devono disporre per poter restare ampiamente connessi con il tessuto sociale moderno ed essere rapidamente adattabili ai cambiamenti. Tali competenze, spesso, vanno al di là delle acquisizioni ottenute durante la formazione di base e professionale.

Utilizzando un approccio evidence based, è stato elaborato un questionario caratterizzato da 7 aree di valutazione (lettura della realtà e vision; capacità di adattamento e gestione dello stress; capacità comunicative e gestione

delle relazioni interpersonali; professionalità e capacità di autovalutazione e miglioramento continuo; problem solving e capacità intellettuali; propensione alla leadership; abilità di base), ciascuna contemplante 7 item a risposta multipla chiusa, con 5 opzioni di scelta per ogni domanda. Dal calcolo dei punteggi ottenuti in ciascuna area (da 0 a 28), è possibile dedurre il profilo del professionista evidenziando (anche graficamente, con diagramma a tela di ragno) le aree di forza e quelle di debolezza.

I prossimi passaggi da compiere per validare questo strumento saranno l'analisi con approccio Delphi (*compito al quale è chiamato il panel di esperti presenti, ai quali viene chiesto di esprimere un giudizio sulla validità del questionario e proporre eventuali modifiche/integrazioni*) e l'esecuzione di un test-pilota, finalizzato a verificarne sul campo l'applicabilità e la funzionalità.





APPENDICE

ALGORITMO DI VALUTAZIONE DEL PROFILO E DEL LIVELLO DI APPRENDIMENTO DEI PROFESSIONISTI

NOME E COGNOME:

RUOLO RICOPERTO:

1. LETTURA DELLA REALTÀ E VISION

Riesce a proporsi e raggiungere obiettivi realistici?

No, per niente	Poco	Abbastanza	Si, molto	Si, moltissimo
----------------	------	------------	-----------	----------------

È attento a notare e ad annotare ogni dettaglio all'interno di un contesto lavorativo?

No, per niente	Poco	Abbastanza	Si, molto	Si, moltissimo
----------------	------	------------	-----------	----------------

Le è facilmente chiaro il ruolo e la posizione nella scala gerarchica suo e di ciascuna delle persone che la circondano all'interno di un contesto professionale?

No, per niente	Poco	Abbastanza	Si, molto	Si, moltissimo
----------------	------	------------	-----------	----------------

Riesce a prevedere le conseguenze delle sue decisioni e delle sue azioni?

No, per niente	Poco	Abbastanza	Si, molto	Si, moltissimo
----------------	------	------------	-----------	----------------

Riesce a definire, anche quando è sovraccarico di lavoro, quali sono le priorità in ambito professionale?

No, per niente	Poco	Abbastanza	Si, molto	Si, moltissimo
----------------	------	------------	-----------	----------------

Riesce a prevedere i problemi prima che questi si manifestino?

No, per niente	Poco	Abbastanza	Si, molto	Si, moltissimo
----------------	------	------------	-----------	----------------

Riesce ad intuire e cogliere tempestivamente le opportunità in ambito professionale?

No, per niente	Poco	Abbastanza	Si, molto	Si, moltissimo
----------------	------	------------	-----------	----------------

2. CAPACITÀ DI ADATTAMENTO E GESTIONE DELLO STRESS

Accetta volentieri nuove responsabilità quando le vengono proposte?

No, per niente	Poco	Abbastanza	Si, molto	Si, moltissimo
----------------	------	------------	-----------	----------------

È disposto a fare turni non usuali per il suo orario di lavoro (es. festivi, notturni) e a trattenersi al lavoro oltre gli orari previsti, se necessario?

No, per niente	Poco	Abbastanza	Si, molto	Si, moltissimo
----------------	------	------------	-----------	----------------

Accetta di buon grado di spostarsi per lavoro (viaggiare spesso o soggiornare per periodi più o meno lunghi lontano da casa)?

No, per niente	Poco	Abbastanza	Si, molto	Si, moltissimo
----------------	------	------------	-----------	----------------

Trova piacevole essere inserito in gruppi di lavoro nuovi e in contesti sempre diversi?

No, per niente	Poco	Abbastanza	Si, molto	Si, moltissimo
----------------	------	------------	-----------	----------------

È disposto a chiedere aiuto quando ne ha bisogno e a riconoscere i suoi limiti?

No, per niente	Poco	Abbastanza	Si, molto	Si, moltissimo
----------------	------	------------	-----------	----------------

È disposto ad ammettere un suo errore e a comunicarlo tempestivamente?

No, per niente	Poco	Abbastanza	Si, molto	Si, moltissimo
----------------	------	------------	-----------	----------------

Mantiene la calma e la lucidità nelle emergenze e in circostanze difficili?

No, per niente	Poco	Abbastanza	Si, molto	Si, moltissimo
----------------	------	------------	-----------	----------------

3. CAPACITÀ COMUNICATIVE E GESTIONE DELLE RELAZIONI INTERPERSONALI

Riesce a farsi comprendere in contesti diversi e da persone di diversa estrazione socio-economica, culturale e professionale?

No, per niente	Poco	Abbastanza	Si, molto	Si, moltissimo
----------------	------	------------	-----------	----------------

È attento all'ascolto, indipendentemente dal suo interlocutore, e chiede delucidazioni quando qualcosa non le è chiaro?

No, per niente	Poco	Abbastanza	Si, molto	Si, moltissimo
----------------	------	------------	-----------	----------------

È rispettoso dei colleghi a prescindere da differenze di genere, età, credo religioso, colore della pelle, nazionalità/provenienza geografica, estrazione socio-economica e culturale?

No, per niente	Poco	Abbastanza	Si, molto	Si, moltissimo
----------------	------	------------	-----------	----------------

È attento a cercare di correggere i comportamenti inappropriati dei colleghi e riportarli, quando necessario, nelle sedi e ai referenti dedicati?

No, per niente	Poco	Abbastanza	Si, molto	Si, moltissimo
----------------	------	------------	-----------	----------------

Nei rapporti con i colleghi è sincero e attento a non nascondere eventuali conflitti d'interesse?

No, per niente	Poco	Abbastanza	Si, molto	Si, moltissimo
----------------	------	------------	-----------	----------------

È disponibile a prestare aiuto ai colleghi in difficoltà?

No, per niente	Poco	Abbastanza	Si, molto	Si, moltissimo
----------------	------	------------	-----------	----------------

È capace di formare i neo-assunti allo svolgimento della loro attività e di trasferire ai colleghi il suo know-how?

No, per niente	Poco	Abbastanza	Si, molto	Si, moltissimo
----------------	------	------------	-----------	----------------

4. PROFESSIONALITÀ E CAPACITÀ DI AUTOVALUTAZIONE E MIGLIORAMENTO CONTINUO

È attento a svolgere ciascuno dei suoi compiti/mansioni nei tempi e nei modi prefissati?

No, per niente	Poco	Abbastanza	Si, molto	Si, moltissimo
----------------	------	------------	-----------	----------------

È puntuale (alle riunioni di lavoro, agli eventi formativi, agli appuntamenti) e rispetta gli orari lavorativi?

No, per niente	Poco	Abbastanza	Si, molto	Si, moltissimo
----------------	------	------------	-----------	----------------

È facilmente reperibile e risponde tempestivamente alle comunicazioni?

No, per niente	Poco	Abbastanza	Si, molto	Si, moltissimo
----------------	------	------------	-----------	----------------

Ritiene che contegno, cura della persona, decoro e igiene personale siano doti importanti in un professionista?

No, per niente	Poco	Abbastanza	Si, molto	Si, moltissimo
----------------	------	------------	-----------	----------------

Accetta le critiche costruttive ed è disposto a sottoporre a valutazione le sue performance?

No, per niente	Poco	Abbastanza	Si, molto	Si, moltissimo
----------------	------	------------	-----------	----------------

È interessato ad acquisire nuove conoscenze e capacità?

No, per niente	Poco	Abbastanza	Si, molto	Si, moltissimo
----------------	------	------------	-----------	----------------

È in grado di gestire i conflitti in ambito professionale?

No, per niente	Poco	Abbastanza	Si, molto	Si, moltissimo
----------------	------	------------	-----------	----------------

5. PROBLEM SOLVING E CAPACITÀ INTELLETTUALI

Le piace affrontare i problemi in maniera creativa, cercando soluzioni innovative e insolite, piuttosto che seguire i metodi convenzionali?

No, per niente	Poco	Abbastanza	Si, molto	Si, moltissimo
----------------	------	------------	-----------	----------------

Quando affronta un problema è in grado di analizzare tutti gli aspetti e di attribuire loro le priorità corrette?

No, per niente	Poco	Abbastanza	Si, molto	Si, moltissimo
----------------	------	------------	-----------	----------------

Mostra buona propensione ad affrontare e risolvere nuovi problemi?

No, per niente	Poco	Abbastanza	Si, molto	Si, moltissimo
----------------	------	------------	-----------	----------------

Nel risolvere i problemi riesce ad essere rapido ed efficace?

No, per niente	Poco	Abbastanza	Si, molto	Si, moltissimo
----------------	------	------------	-----------	----------------

Riesce a riconoscere le inefficienze/errori?

No, per niente	Poco	Abbastanza	Si, molto	Si, moltissimo
----------------	------	------------	-----------	----------------

Riesce a riconoscere le cause reali delle inefficienze/errori?

No, per niente	Poco	Abbastanza	Si, molto	Si, moltissimo
----------------	------	------------	-----------	----------------

È capace di focalizzarsi sulla risoluzione di problemi a lungo periodo e non soltanto su dinamiche di breve periodo?

No, per niente	Poco	Abbastanza	Si, molto	Si, moltissimo
----------------	------	------------	-----------	----------------

6. PROPENSIONE ALLA LEADERSHIP

Si ritiene in grado di delegare in maniera efficace ai suoi colleghi/collaboratori lo svolgimento di compiti/attività professionali?

No, per niente	Poco	Abbastanza	Si, molto	Si, moltissimo
----------------	------	------------	-----------	----------------

È attento a non riprendere i collaboratori quando non ve n'è necessità e comunque a non ammonirli in maniera inappropriata?

No, per niente	Poco	Abbastanza	Si, molto	Si, moltissimo
----------------	------	------------	-----------	----------------

Ritiene di ispirare fiducia e sicurezza nelle persone che la circondano?

No, per niente	Poco	Abbastanza	Si, molto	Si, moltissimo
----------------	------	------------	-----------	----------------

Si ritiene in grado di individuare delle potenzialità nei propri colleghi/collaboratori?

No, per niente	Poco	Abbastanza	Si, molto	Si, moltissimo
----------------	------	------------	-----------	----------------

Ha l'impressione di avere tutto sotto controllo?

No, per niente	Poco	Abbastanza	Si, molto	Si, moltissimo
----------------	------	------------	-----------	----------------

Le piace lavorare in squadra?

No, per niente	Poco	Abbastanza	Si, molto	Si, moltissimo
----------------	------	------------	-----------	----------------

Riesce a convincere gli altri (anche se di diversa estrazione socio-economica, culturale e professionale) della bontà delle sue idee?

No, per niente	Poco	Abbastanza	Si, molto	Si, moltissimo
----------------	------	------------	-----------	----------------

7. ABILITÀ DI BASE

Ritiene di possedere una buona capacità di scrittura?

No, per niente	Poco	Abbastanza	Si, molto	Si, moltissimo
----------------	------	------------	-----------	----------------

Parla fluentemente almeno un'altra lingua oltre alla sua lingua madre?

No, per niente	Poco	Abbastanza	Si, molto	Si, moltissimo
----------------	------	------------	-----------	----------------

È capace di interpretare qualsiasi tipo di grafico e tabella?

No, per niente	Poco	Abbastanza	Si, molto	Si, moltissimo
----------------	------	------------	-----------	----------------

Ritiene di possedere una buona capacità di risoluzione di problemi matematici?

No, per niente	Poco	Abbastanza	Si, molto	Si, moltissimo
----------------	------	------------	-----------	----------------

È in grado di utilizzare i computer ed i software più comuni?

No, per niente	Poco	Abbastanza	Si, molto	Si, moltissimo
----------------	------	------------	-----------	----------------

È in grado di utilizzare le nuove tecnologie e sistemi di comunicazione (smartphone e tablet, social network, connessioni wireless, dispositivi di acquisizione delle immagini, navigatori satellitari, internet banking ecc.)?

No, per niente	Poco	Abbastanza	Si, molto	Si, moltissimo
----------------	------	------------	-----------	----------------

È consapevole dei suoi diritti e doveri?

No, per niente	Poco	Abbastanza	Si, molto	Si, moltissimo
----------------	------	------------	-----------	----------------

QUESTIONARIO DI VALUTAZIONE DEL CORSO

Ritiene che il corso abbia migliorato le sue conoscenze pregresse riguardo agli argomenti trattati?

No, per niente	Poco	Abbastanza	Si, molto	Si, moltissimo
----------------	------	------------	-----------	----------------

Ritiene che il corso le abbia fornito nuove conoscenze?

No, per niente	Poco	Abbastanza	Si, molto	Si, moltissimo
----------------	------	------------	-----------	----------------

Ritiene che il corso le abbia fornito anche indicazioni sugli strumenti (bibliografia, webgrafia, banche dati/portali internet, algoritmi disponibili freeware ecc.) utili alla sua attività professionale?

No, per niente	Poco	Abbastanza	Si, molto	Si, moltissimo
----------------	------	------------	-----------	----------------

Crede che le conoscenze/competenze acquisite con questo corso le possano essere utili nella vita quotidiana anche in un contesto non lavorativo?

No, per niente	Poco	Abbastanza	Si, molto	Si, moltissimo
----------------	------	------------	-----------	----------------

Ritiene che il corso abbia contribuito a trasmetterle nuove abilità e competenze di cui potrà beneficiare nella sua attività professionale, oltre alle sole conoscenze teoriche (o a migliorare le abilità già possedute)?

No, per niente	Poco	Abbastanza	Si, molto	Si, moltissimo
----------------	------	------------	-----------	----------------

Ritiene che il corso le abbia dato possibilità di fare network?

No, per niente	Poco	Abbastanza	Si, molto	Si, moltissimo
----------------	------	------------	-----------	----------------

Crede che il corso sia stato di stimolo ad approfondire i temi trattati anche al di fuori di questa esperienza?

No, per niente	Poco	Abbastanza	Si, molto	Si, moltissimo
----------------	------	------------	-----------	----------------

Ritiene che il corso sia stato utile dal punto di vista del potenziamento della sua autostima?

No, per niente	Poco	Abbastanza	Si, molto	Si, moltissimo
----------------	------	------------	-----------	----------------

QUESTIONARIO DI VALUTAZIONE DELLA GESTIONE DELLA BPCO

Sospetta una BPCO ed effettua un attento esame obiettivo toracico quando in presenza di pazienti di età superiore ai 40 anni che manifestano uno tra dispnea, tosse cronica, espettorato, storia di esposizione a fumo, polveri o agenti chimici e familiarità per BPCO?

No, mai	Raramente	Qualche volta	Si, spesso	Si, sempre
1	2	3	4	5

Richiede una test spirometrico post-broncodilatatore per i pazienti di età superiore ai 40 anni che manifestano uno tra dispnea (persistente, evolutiva o legata allo sforzo), tosse cronica e produzione cronica di espettorato?

No, mai	Raramente	Qualche volta	Si, spesso	Si, sempre
1	2	3	4	5

Effettua una valutazione del rischio di riacutizzazione della BPCO impiegando il "sistema di gravità spirometrica GOLD" per i pazienti che presentano al test spirometrico un rapporto post-broncodilatatore VEMS/CVF <0.70?

No, mai	Raramente	Qualche volta	Si, spesso	Si, sempre
1	2	3	4	5

Sottopone i pazienti che presentano al test spirometrico un rapporto post-broncodilatatore VEMS/CVF <0.70 a valutazione della gravità della BPCO tramite "questionario Modificato del British Medical Research Council" (mMRC) o "COPD Assessment Test" (CAT o test di valutazione della BPCO)?

No, mai	Raramente	Qualche volta	Si, spesso	Si, sempre
1	2	3	4	5

Indaga nei pazienti affetti da BPCO l'eventuale co-presenza di tutti i seguenti disordini: malattie cardiovascolari, disfunzioni del muscolo scheletrico e osteoporosi, sindrome metabolica, depressione e tumore polmonare?

No, mai	Raramente	Qualche volta	Si, spesso	Si, sempre
1	2	3	4	5

Propone un trattamento per la cessazione del fumo di tabacco nei fumatori affetti da BPCO?

No, mai	Raramente	Qualche volta	Si, spesso	Si, sempre
1	2	3	4	5

Somministra trattamenti a base di broncodilatatori al bisogno o regolarmente ai pazienti affetti da BPCO?

No, mai	Raramente	Qualche volta	Si, spesso	Si, sempre
1	2	3	4	5

I trattamenti farmacologici per BPCO che somministra sono personalizzati sulla base della gravità della patologia, del rischio di riacutizzazioni e della risposta di ogni singolo paziente?

No, mai	Raramente	Qualche volta	Si, spesso	Si, sempre
1	2	3	4	5

Consiglia il vaccino anti-influenzale annuale a tutti i pazienti affetti da BPCO ed il vaccino anti-pneumococcico ai pazienti non precedentemente immunizzati di età pari o superiore ai 65 anni e a quelli più giovani se affetti da comorbidità?

No, mai	Raramente	Qualche volta	Si, spesso	Si, sempre
1	2	3	4	5

Propone la riabilitazione respiratoria (almeno allenamento fisico, consulenza nutrizionale ed intervento educativo) ai pazienti affetti da BPCO che riferiscono difficoltà respiratorie durante le camminate in piano a passo normale?

No, mai	Raramente	Qualche volta	Si, spesso	Si, sempre
1	2	3	4	5

Prescrive corticosteroidi sistemici ai pazienti affetti da riacutizzazione di BPCO?

No, mai	Raramente	Qualche volta	Si, spesso	Si, sempre
1	2	3	4	5

Effettua almeno una volta l'anno un follow-up comprensivo almeno di spirometria, indagine sull'aderenza e sull'efficacia delle terapie e sull'insorgenza di effetti collaterali e riacutizzazioni/ricoveri nei pazienti affetti da BPCO?

No, mai	Raramente	Qualche volta	Si, spesso	Si, sempre
1	2	3	4	5

Si confronta coi pazienti affetti da BPCO (o con i loro familiari) sulla possibile evoluzione della patologia e sulle cure di fine vita disponibili?

No, mai	Raramente	Qualche volta	Si, spesso	Si, sempre
1	2	3	4	5

Condivide le informazioni cliniche emerse dallo studio dei pazienti affetti da BPCO, previo loro consenso, con i Medici di Medicina Generale e i Medici Specialisti che li hanno in cura?

No, mai	Raramente	Qualche volta	Si, spesso	Si, sempre
1	2	3	4	5

Prima di richiedere un ricovero per riacutizzazione di BPCO, tenta un iniziale trattamento medico e valuta almeno gravità dei sintomi, comparsa di segni obiettivi, presenza di comorbidità, età del paziente, possibilità di supporto domiciliare e frequenza delle precedenti riacutizzazioni?

No, mai	Raramente	Qualche volta	Si, spesso	Si, sempre
1	2	3	4	5

Bibliografia

- [1] European Communities. (2007). European Reference Framework. Retrieved from http://ec.europa.eu/dgs/education_culture/publ/pdf/ll-learning/keycomp_en.pdf
- [2] NCVET. (2003). Defining generic skills: At a glance. Australia.
- [3] Rychen, D. S., & Salganik, L. H. (2000). Definition and Selection of Key Competencies: Theoretical and Conceptual Foundations. INES GENERAL ASSEMBLY 2000. Retrieved from <http://www.deseco.admin.ch/bfs/deseco/en/index/02.parsys.69356.downloadList.26477.DownloadFile.tmp/2000.desecocontrib.inesg.a.pdf>
- [4] Rychen, D. S., & Salganik, L. H. (Eds.). (2003). Key competencies for a successful life and a well-functioning society. Hogrefe & Huber Publishers.
- [5] Lifelong learning project. K. Kechagias. Teaching and assessing soft skills. EU Education and Culture DG 2011.
- [6] Georges, J. C. (1996). The Myth of Soft-Skills Training. *Training*, 33(1), 48-50,53-54; Laker, D. R., & Powell, J. L. (2011). The differences between hard and soft skills and their relative impact on training transfer. *Human Resource Development Quarterly*, 22(1), 111-122.
- [7] Progetto Mondiale BPCO. Strategia globale per la diagnosi, il trattamento e la prevenzione della broncopneumopatia cronica ostruttiva GOLD – Revisione 2013 (Versione italiana delle linee guida GOLD).