

LAVORO & PROFESSIONE

A PAG. **34** **FISCO.** Inail: esentasse i controlli richiesti dell'ente per gli infortuni sul lavoro

A PAG. **35** **BILANCI.** Approvato dal Consiglio dei commercialisti lo schema di bilancio per il 2005

A PAG. **38** **SERVIZI.** La risposta degli esperti ai quesiti dei lettori e i concorsi per l'accesso al Ssn

Flash sui risultati della I Conferenza nazionale del Gruppo italiano per la medicina basata sull'evidenza

«Ecco l'evidence delle nostre cure»

Nei position paper emersi dai lavori le guidelines su governance, sponsor ed Ecm

Chi l'ha detto che "governance" significa "governo"? E chi ha messo in giro la voce che "clinical" - ecumenicamente riferito nella cultura anglosassone a tutte le professioni sanitarie - equivale a "clinico", che nel lessico sanitario nazionale vuol dire quasi sempre solo "medico"?

E chi poteva immaginare che una traduzione fallace avrebbe ridotto il pianeta della Sanità simile a un'aia coi galli del management e delle cure l'un contro l'altro armati? Tutto sbagliato, signori. Tutto da rifare.

Quel misunderstanding linguistico rischia di fare più male che bene alle aziende sanitarie in cerca di nuove logiche e nuovi strumenti. C'è da far pulizia sui termini. E c'è soprattutto da rimboccare le maniche e lavorare assieme - medici, amministrativi, infermieri, primedonne e comprimari - per fare cure che sappiano d'appropriatezza.

L'avviso ai naviganti arriva dall'atollo Gimbe (Gruppo italiano per la medicina basata sull'evidenza) che pochi giorni fa ha orgogliosamente festeggiato in un colpo solo il primo decennale di vita e la nascita del proprio centro studi bolognese, con una conferenza internazionale cui hanno preso parte quasi 300 rappresentanti di tutte le professioni sanitarie, provenienti da tutta Italia. Lavori totalmente autofinanziati, niente sponsor commerciali o istituzionali e la soddisfa-

La struttura e gli obiettivi	
● Il Gimbe® (Gruppo italiano per la medicina basata sulle evidenze), è nato nel 1996 con l'obiettivo di diffondere in Italia - attraverso iniziative di formazione, attività editoriali e ricerca - la Evidence-based medicine (Ebm), la Evidence-based health care (Ebhc) e la Clinical governance (Cg)	
● Il gruppo ha come principale obiettivo la messa a punto di metodologie per favorire il trasferimento dei risultati della ricerca alla pratica clinica e ai servizi sanitari, migliorando l'efficacia, l'appropriatezza, la sicurezza e l'efficienza dell'assistenza sanitaria	
● Il centro studi Gimbe di Bologna - sede delle attività di formazione e ricerca - dispone di un network multiprofessionale di docenti e collaboratori accreditati, con un processo a tre step: tutor - docente junior - docente senior	
● Consente l'accesso a oltre 70 banche dati e quasi 5mila riviste biomediche grazie ad accordi con centri di documentazione internazionali e dispone di un'aula multimediale, conforme agli standard internazionali per l'insegnamento dell'Ebhc	
● Tra le fonti disponibili anche la "Evidence-based health care international library", una biblioteca metodologica costituita, a oggi, da oltre 350 volumi e circa 30mila articoli, la cui versione cartacea sarà accessibile presso il Centro studi Gimbe® dal prossimo autunno, mentre la versione elettronica sarà rilasciata entro fine anno all'indirizzo www.ebhc.org	
● Il patrimonio bibliografico sarà organizzato in 5 aree principali (Basic science, Evidence-based practice, Evidence-based health care&Clinical governance, Methodology of research, Medical education) secondo i criteri del Gimbe® Ebhc Thesaurus	

zione di mettere attorno allo stesso tavolo i guru internazionali dell'Ebm e i testimonial degli esperimenti d'Ebm che pure fioriscono nelle aziende sanitarie di mezza Italia.

Due le sessioni clou: la prima dedicata al ruolo dell'Evidence-ba-

sed practice nella formazione delle professioni sanitarie, la seconda all'attuazione della Clinical governance nelle organizzazioni sanitarie e ai temi incandescenti dell'appropriatezza e dell'etica a partire dal capitolo più che mai aperto delle sponsorizzazioni. Della carrella-

ta di voci che ha fatto da colonna sonora all'evento, una più di altre sembra aver tracciato la rotta delle riflessioni comuni: quella di Paul Glasziou - direttore del Centre for Evidence-based Medicine di Oxford - che ha inaugurato i lavori con una lettura dal titolo provocatorio - «L'epidemiologia dell'ignoranza», ovvero tutti i fattori che ostacolano il trasferimento delle evidenze scientifiche alla pratica professionale.

Sotto la lente, i modelli di formazione che dovrebbero rendere avvezzi i professionisti del settore al linguaggio dell'evidenza dei risultati.

Le regole di una governance che per esser tale «non dev'essere governo dei clinici e non dev'essere governo dei manager. Ma va partecipata da tutte le componenti in gioco».

Le esigenze di una formazione continua che ha bisogno di fare apertamente i conti con gli sponsor per "disinnescarli" raccontando a se stessa prima che agli altri dove finisce l'autonomia e dove inizia la sudditanza.

Temi caldissimi nella dialettica sanitaria dell'ultimo periodo.

Che il Gimbe stempera nella consapevolezza che del mal di confusione si può guarire.

Purché il paziente accetti l'evidenza della cura.

A PAG. 36-37

Contratti, un altro rinvio

La notizia è arrivata quando ormai i sindacati stavano affilando le armi per chiudere la partita entro la fine della scorsa settimana: l'Aran ha rinviato lo show down sui contratti di medici&Co che ripartirà mercoledì 22 febbraio, per lasciare spazio al congresso nazionale della Fp Cgil, svolto a Viterbo da martedì 14 a giovedì 16. Contrarietà dell'intersindacale che ha scritto all'agenzia (Cgil esclusa naturalmente) per sottolineare i tempi già all'osso della partita.

Ma nonostante l'attesa uno spiraglio sulla possibilità di chiudere entro questa settimana (lo sciopero è già fissato per lunedì 27 febbraio) sembra aprirsi proprio dalle indiscrezioni che arrivano dal comitato di settore. Le Regioni sembrerebbero disposte a trovare una soluzione che accontenti i sindacati anche sull'ultimo scoglio del secondo biennio: la progressione di carriera per ex primari (10mila circa) ed ex X livelli sia qualificati che non (quasi 60mila unità), a cui poco era arrivato dai contratti precedenti.

A PAG. 33

Agenzia delle Entrate della Campania

Il dottore consulente del Tribunale paga l'Iva

La Direzione regionale della Campania dell'agenzia delle Entrate, rispondendo a due interpellanti presentati rispettivamente dal Tribunale di Nocera Inferiore e dalla Procura della Repubblica di Salerno, ha fatto chiarezza sul trattamento fiscale dei compensi spettanti ai periti di ufficio nella materia medico-legale (Ctu). Restano però dei dubbi sulla possibilità che i medici in esclusiva, possano accettare o meno incarichi di Ctù senza il tramite delle aziende stesse; come la Dre ha ricordato esiste infatti una incompatibilità, per chi esercita la libera professione intramuraria, con

l'attività libero-professionale personale.

Il medico che intendesse svolgere con abitualità le prestazioni di Ctù, pur se previamente autorizzato, dovrebbe aprire una partita Iva ed emettere regolare fattura con addebito dell'Iva; solo nel caso in cui queste prestazioni venissero rese in via occasionale, i relativi compensi potrebbero configurare per il percettore "redditi diversi" (assoggettati a ritenuta di acconto) e rimanere, pertanto, esclusi dall'ambito di applicazione dell'Iva.

A PAG. 35

Previdenza

Inpdap: riscatto possibile per tutti gli iscritti

La facoltà del riscatto dei periodi di studio è possibile per tutti gli iscritti all'Inpdap, anche per i dipendenti che in passato risultavano iscritti agli ex istituti di previdenza del Tesoro. Si tratta di un'importante conferma che coinvolge il personale sanitario e non, iscritto alle Casse relative ai dipendenti degli enti locali (Cpdel) e

della Sanità (Cps). Lo ha chiarito lo scorso 1° febbraio l'Inpdap con la nota operativa n. 10.

Il chiarimento nasce da una sentenza del 2000 della Consulta che aveva dichiarato l'illegittimità di alcune norme nelle parti in cui non consentono, al dipendente dello Stato, di riscattare, ai fini del trattamento

di quiescenza, il periodo di durata legale di alcuni corsi, quando i relativi diplomi o titoli di studio di specializzazione o perfezionamento sono richiesti, in aggiunta ad altro titolo di studio, per l'ammissione in servizio di ruolo o per lo svolgimento di determinate funzioni.

A PAG. 34

POLTRONE

New-entry in bioetica

Adriano Pessina è il nuovo direttore del Centro di Bioetica dell'Università Cattolica del Sacro Cuore. Ordinario di Bioetica presso la facoltà di Scienze della formazione, succede a monsignor Elio Sgreccia, presidente della Pontificia Accademia per la Vita, ordinario di Bioetica in Cattolica, alla guida del Centro dal 1985.

Pessina insegna Bioetica alla facoltà di Scienze della formazione di Milano dal 1997. Responsabile scientifico del perfezionamento in Bioetica di Milano, è stato recentemente nominato da Papa Benedetto XVI membro ordinario della Pontificia Accademia per la Vita.

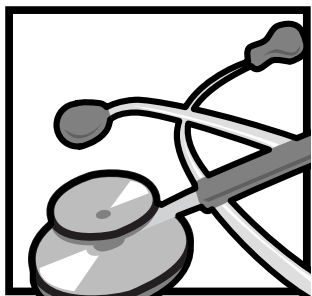
Consiglio di Stato

Farmaci Ssn: legittimi i limiti alle ricette degli ospedalieri

Sembra proprio che medici ospedalieri e generici non abbiano lo stesso diritto a prescrivere i farmaci a carico del Ssn. Almeno secondo quanto stabilito dal Consiglio di Stato (decisione n. 362/2006), che, ribaltando una sentenza del Tar Lazio, ha sottolineato come «i medici "altri"», ospedalieri compresi, possono «suggerire il farmaco da assumere», mentre «l'abilitato a fare la prescrizione» è il dottore di famiglia. Va dunque considerato legittimo un regolamento regionale (nel caso in esame si tratta di una disposizione emessa nel 2003 dalla Puglia, subito impugnata dall'Anao) che impedisca ai sanitari ospedalieri l'utilizzo del ricettario unico regionale, obbligandoli a indicare (tranne che nei casi urgenti) solo il principio attivo della specialità che dovrà essere successivamente prescritto dal medico di base.

Eppure la norma nazionale (Dlgs 502/1992, di riordino del settore sanitario) conferisce agli ospedalieri il «pieno titolo per utilizzare il ricettario», al pari dei colleghi non inseriti negli ospedali. «Questa conclusione - spiegano i giudici amministrativi - non va condivisa nella sua assolutezza. È vero che la categoria può ricettare farmaci a carico del Ssn - si legge ancora nel provvedimento - ma la norma è espressiva di tutt'altra regola, quella dell'obbligo di appropriatezza, consistente in una serie di limiti da osservare da parte di tutti i medici ospedalieri quando indicano o consigliano medicinali a pazienti all'atto della dimissione o in occasione di visite ambulatoriali».

A PAG. 39



EVIDENCE BASED MEDICINE/ Il Gimbe festeggia il proprio decennale e la creazione di

«Scegliamoci una governance

Troppi equivoci di comodo nel dibattito sulla gestione - Sotto la lente

ETICA&SPONSOR

«Il contratto in chiaro, fa i corsi in regola»

Operando nel campo della formazione e della ricerca, Gimbe® ha l'obbligo legale - oltre che morale - di regolamentare in maniera rigorosa i rapporti con gli sponsor commerciali, istituzionali o di altra natura, garantendo la massima trasparenza nei confronti dei partecipanti e dei cittadini. La policy di seguito illustrata è applicata a tutti gli eventi Gimbe®, sostenuti in tutto o in parte da uno sponsor (sia direttamente, sia tramite una segreteria organizzativa).

Le regole generali

- Gimbe® e lo sponsor stipuleranno un regolare contratto di sponsorizzazione che oltre a riportare i rispettivi interessi, le reciproche contropartite e gli obiettivi della partnership, dovrà includere la dichiarazione dell'esclusione di conflitti d'interesse da parte dei contraenti;
- ciascun contratto sarà contrassegnato da un codice progressivo per la sua identificazione che, oltre a essere riportato sul materiale informativo dell'evento, permetterà di consultare il contratto stesso in apposita sezione del sito www.gimbe.org;
- all'inizio di ciascun evento formativo, tramite sequenza standardizzata di slides, saranno resi noti ai partecipanti i termini del contratto stipulato con lo sponsor;
- in occasione degli eventi è comunque esclusa la pubblicità di prodotti commerciali (propaganda) sotto qualunque forma (stand promozionali, brochure informative, sampling, altro).

I paletti sulla formazione

- **Workshop e corsi avanzati** vengono condotti esclusivamente da docenti della faculty Gimbe®, cui viene chiesto di sottoscrivere annualmente la disclosure individuale sui conflitti d'interesse, aggiornandola tempestivamente nel caso in cui intervengano nuovi conflitti;
- la contropartita dello sponsor può essere costituita da: pubblicizzazione del nome/brand dell'azienda sul materiale informativo dell'evento; posti riservati a discenti indicati dallo sponsor; accreditamento istituzionale nei confronti di opinion-leader e operatori sanitari;
- per i **workshop clinici interattivi** lo sponsor concorda le macro-aree su cui sviluppare i casi clinici, senza interferire nella formulazione dei quesiti clinici e nel processo di ricerca-valutazione-selezione delle evidenze scientifiche;
- in questo caso la contropartita dello sponsor può essere costituita da: pubblicizzazione del nome/brand dell'azienda sul materiale informativo dell'evento; posti riservati a discenti indicati dallo sponsor; accreditamento istituzionale nei confronti di opinion-leader e operatori sanitari; nomina per ciascun workshop - accanto a due docenti Gimbe® - di un discussant che deve preventivamente condividere la metodologia Gimbe® per la preparazione e conduzione dei workshop.

I vincoli sulla ricerca

- Il Gimbe® offre supporto metodologico a progetti di ricerca clinica e di ricerca sui servizi sanitari, che soddisfano i seguenti requisiti:
- rilevanza della ricerca per la Sanità pubblica, previa revisione sistematica delle evidenze disponibili;
 - eticità del protocollo (Assert Statement);
 - assenza di clausole sulla proprietà esclusiva dei dati da parte dello sponsor o, in ogni caso, autorizzazione dello sponsor a pubblicare la ricerca anche in caso di risultati negativi;
 - autonomia del Gimbe® e dei ricercatori, nelle fasi di pianificazione, conduzione e analisi dei dati;
 - nel caso di sperimentazione clinica, inserimento nel meta-Register of Controlled Trials e assegnazione dell'International Standard Randomised Controlled Trial Number (Isrctn).

«Sapete che capita in un oleodotto difettoso? Metà dell'olio introdotto si disperde, fa danno in giro, e non arriva dove c'è bisogno. Lo stesso accade con la ricerca scientifica: c'è, da buoni anzi ottimi risultati, ma solo in minima parte riesce a essere utile ai pazienti a vantaggio dei quali è svolta».

La similitudine è di Paul Paul Glasziou - direttore del Centre for Evidence-based Medicine di Oxford - che ha inaugurato i lavori della I Conferenza internazionale Gimbe di Bologna con una lettura dal titolo provocatorio - «L'epidemiologia dell'ignoranza», ovvero tutti i fattori che ostacolano il trasferimento delle evidenze scientifiche alla pratica professionale - tracciando la rotta delle riflessioni attorno agli strumenti dell'Evidence-based practice e alle soluzioni per trasformarli nel pane quotidiano

Obiettivo del position paper sul Teaching Evidence-based Health Care è quello di fornire standard organizzativo-strutturali, di metodologia didattica e di valutazione dell'apprendimento per eventi formativi aventi come oggetto l'Ebm-Ebhc-Gc. Attualmente, l'Evidence-based Practice è "formalmente" inclusa nei corsi di formazione universitaria, ma nella maggior parte dei casi viene attuata attraverso "corsi verticali" di epidemiologia/statistica scarsamente (o per nulla) integrati con le discipline cliniche. In funzione dell'interesse e/o di risorse professionali locali, nel nostro Paese sono stati attivati corsi di Ebp nelle Scuole di specializzazione e in Corsi di laurea di professioni non mediche (infermieri, fisioterapisti).

Nella gran parte dei casi la formazione in Ebp in Italia riguarda la formazione continua, sviluppata però con attività didattiche scarsamente finalizzate, frammentate e non coordinate: solo pochi eventi formativi rispondono a standard di qualità didattica e di valutazione dell'apprendimento.

Tipologie di eventi formativi: analisi dell'oggi.
A. **WORKSHOP E CORSI AVANZATI.** Aula multimediale (1 personal computer connesso in rete ogni 2 partecipanti); numero di partecipanti: compreso tra 16 (nume-

Tradurre è un po' tradire, dice un antico adagio. E chi non ne è convinto guardi che pasticcio è venuto fuori quando la Sanità italiana s'è messa a fare i conti con la "clinical governance".

Tanto "governance" sa di consultazione e concertazione su obiettivi, tanto "governo" sa di potere normativo esercitato dalle istituzioni. E che dire poi dell'aggettivo "clinico", così riduttivo rispetto al britannico "clinical", riferito a tutte le professioni sanitarie e non solo ai medici?

delle organizzazioni sanitarie. Sotto la lente, i modelli di formazione che dovrebbero rendere avvezzi i professionisti del settore al linguaggio dell'evidenza dei risultati. Una questione che vede l'Italia distanziata anni luce rispetto ad altri Paesi. Nel mondo anglosassone - ha spiegato ad esempio Khalid Khan (docente di Clinical Epidemiology

all'Università di Birmingham) l'insegnamento dell'Ebp inizia nelle facoltà di medicina e prosegue per tutta la vita professionale (Ecm): da noi i giovani dottori quasi non ne sentono parlare. Risultato? Bastano gli esempi offerti da Amanda Burls (docente a Birmingham e direttore del West Midlands Health Technology Assessment Collabora-

La traduzione, insomma è stata "infelice". Gli esiti - se non si saranno ridotti a ragione i galli a confronto nel pollaio della Governance all'italiana - rischiano di essere infausti. L'insegnamento - liberamente adattato - è tratto dal "laboratorio" del Gimbe (Gruppo italiano per la medicina basata sulle evidenze), che pochi giorni fa ha orgogliosamente festeggiato in un colpo solo il primo decennale di vita e la nascita del proprio centro studi bolognese, con una

tion): «L'industria enfatizza le virtù dei propri prodotti, le agenzie nazionali di technology assessment latitano quando non sono assenti del tutto ovvero non dialogano con chi traccia le politiche sanitarie. E le tecnologie sanitarie si diffondono a dismisura, con grande spreco di denaro e scarsa utilità per il paziente».

Paletti, modelli, mezzi e strumenti

«Formazione, pratica, Ecm:

ro ideale per applicare le adeguate metodologie didattiche) e 24; tre aree didattiche, parzialmente complementari:

● **Evidence-based Practice.** Obiettivo generale: acquisire gli strumenti e le competenze dell'Evidence-based Practice (Ebp) core-curriculum; formulare adeguate quesiti; ricerca delle evidenze; valutazione critica degli studi clinici primari ecc.).

Destinatari: gruppi monodisciplinari di professionisti (medici, infermieri, infermieri pediatrici ecc.).

Valutazione efficacia: in questo tipo di eventi è possibile misurare solo end-point "surrogati": accanto ai questionari di gradimento è possibile valutare le conoscenze e competenze acquisite, tramite strumenti standardizzati (Berlin Questionnaire, Fresno test).

Problematiche aperte: basic skills individuali (Ebp pre-core-curriculum: epidemiologia clinica, inglese, informatica); indisponibilità di infrastrutture (tecnologie informatiche, full-text riviste); diversa percezione dell'utilità dell'Ebp; difficoltà di identificare distorsioni promozionali e conflitti d'interesse ecc.

● **Evidence-based Health Care & Clinical Governance.** Obiettivo generale: acquisire strumenti, competenze e strategie per introdurre l'Evidence-based Health Care e la Clinical governance nelle organizzazioni sanitarie. Tutti gli strumenti del governo clinico, per essere efficaci, devono intendersi integrati nei processi di valutazione e finanziamento delle organizzazioni sanitarie.

Destinatari. Professionisti coinvolti nella pianificazione, organizzazione e valutazione dei servizi sanitari, con particolare riferimento all'efficacia, appropriatezza, sicurezza ed equità di prestazioni sanitarie e alla formazione-valutazione professionale.

Valutazione efficacia. In questo tipo di eventi è possibile misurare tramite attività strutturate di clinical audit la modifica dei comportamenti professionali e, meno frequentemente, la modifica di esiti assistenziali. Pertanto, la valutazione dell'efficacia degli interventi educazionali avviene tramite la pianificazione e realizzazione di un progetto di governo clinico in una o più componenti dell'azienda sanitaria (valutazione

I criteri per correggere un

«Governo clinico: cura infausta

un ruolo attivo nello sviluppo degli standard di qualità che devono essere definiti, mantenuti e verificati dalla componente professionale. Sono pertanto tutti i professionisti a divenire il riferimento assoluto per il governo dell'organizzazione. Un sistema di governance dovrebbe fornire una risposta appropriata a problemi "selvaggi" che si presentano in sistemi complessi, caratterizzati da forti autonomie che, in virtù della loro forza, si influenzano e si limitano a vicenda. In altre parole il Governo clinico non deve essere: governo dei clinici; governo dei manager; un nuovo modello di "autoreferenzialità" o di "autodifesa" del sistema o dei servizi; l'ennesima "ghettizzazione" della qualità assistenziale in uffici ad hoc.

Obiettivi. L'azione condivisa deve puntare a governare la estrema complessità delle organizzazioni sanitarie, orientandola alla promozione integrata

sia della qualità di servizi e prestazioni, sia all'efficienza. Bisogna inoltre ridurre il gap che esiste nella percezione della qualità tra professionisti (libertà professionale incondizionata) e manager (bilancio aziendale) mettendo a punto un sistema multidimensionale di indicatori di qualità per monitorare la performance dell'organizzazione sanitaria (sicurezza, efficacia, appropriatezza ecc.). Strumenti e metodi del Gc vanno infine integrati in tutti i processi (strutturali-organizzativi, finanziari, professionali) di governo aziendale. **Strumenti e competenze in gioco.**

● **Evidence-based Practice.** Gli operatori sanitari devono essere in grado di (Ebp core-curriculum) di: formulare adeguatamente i quesiti clinici; ricercare, con la massima efficienza, le migliori evidenze disponibili; conoscere i principi del critical appraisal (validità interna, rilevanza clinica, delle evidenze al paziente individuale)

● **Information management.** Vanno utilizzati, a livello istituzionale, i moderni strumenti per la "gestione" delle informazioni scientifiche: banche dati biomediche, editoria elettronica, Internet, software di archiviazione bibliografica. Vanno valutare criticamente le evidenze scientifiche (validità interna e applicabilità clinica di studi primari e integrativi).

● **Data management.** È necessario sviluppare e potenziare i database clinici; rendere "comunicabili" i vari sistemi informativi aziendali; definire Linee guida (Lg) e percorsi assistenziali (Pa); definire standard assistenziali evidence-based, condivisi tra i professionisti e adattati al contesto locale (definizione priorità; gruppo di lavoro multiprofessionale ecc.).

● **Technology assessment.** Utilizzare modelli e report internazionali di Hta per riorganizzare le modalità di gestione aziendale delle tecnologie sanitarie

un centro studi a Bologna dedicato ai temi dell'appropriatezza delle cure mediche

con il mantello dell'Ebm»

l'epidemiologia dell'ignoranza e lo scarso dialogo tra le professioni

conferenza internazionale cui hanno preso parte quasi 300 rappresentanti di tutte le professioni sanitarie, provenienti da tutta Italia.

«Tutto autofinanziato e senza sponsor commerciali o istituzionali», annuncia il presidente Antonino Cartabellotta. Un segnale e un insegnamento che vale la pena di prendere sul serio, visti i «frutti» della conferenza, che presentiamo in queste pagine grazie alle sintesi curate da Massimo Annichiarico, Franco Berti, Marcello

Cellini, Alfredo Potena, Maurizia Rolli e Gianni Rossi.

Al tavolo dei lavori - articolati in due sessioni principali, la prima dedicata al ruolo dell'Evidence-based Practice nella formazione delle professioni sanitarie, la seconda all'attuazione della Clinical governance nelle organizzazioni sanitarie - nomi di spicco nel panorama internazionale dell'Ebm e i temi incandescenti dell'appropriatezza e dell'etica a partire dal capitolo più che mai aperto delle sponsorizzazioni.

Tuttavia qualche segnale di miglioramento c'è. Lo dimostra la sfilza di testimonianze e di esperimenti messi in passerella dal Gimbe nell'evento bolognese. C'è chi fa Ebp a partire da problemi clinici reali fondando un inedito Evidence-based Journal Club (accade in un dipartimento di Medicina interna del S. Camillo-Forlanini di Ro-

ma) e ci sono i medici del territorio che mettono in comune linee guida e percorsi assistenziali inventandosi anche una cartella clinica multidimensionale per le cure a domicilio (è il caso della Cooperativa Sociale MediTer-Hcl attiva sul litorale romano). E ancora, tra le mille voci di chi prova a fare dell'Ebm la propria bandiera professionale, ci

sono le 5 aziende emiliane che hanno gestito il progetto ministeriale sull'Evidence-based management della malattia tromboembolica, la Usl di Ravenna che ha definito un percorso assistenziale integrato ospedale-territorio per i pazienti con diagnosi di carcinoma del colon retto e quella di Imola che ha migliorato l'appropriatezza d'uso

dell'ecodoppler facendo ricorso agli standard conosciuti e all'audit clinico.

Nel tourbillon delle esperienze descritte spicca il risultato della tavola rotonda che ha concluso i lavori, dedicata ai nodi della Governance. Nel parterre degli attori coinvolti economisti, esperti di organizzazione sanitaria, direttori generali, direttori sanitari, direttori di dipartimento o di distretto, responsabili formazione, generalisti, referenti nursing. Nel pacchetto di analisi condivise spicca una diversità: sull'utilità degli incentivi finanziari per migliorare la qualità dell'assistenza, i 12 testimoni eccellenti si sono spaccati in tre. Quattro sì, quattro no, quattro incerti («valutare caso per caso»). Segno che anche la governance, da sola, non basta a fare salute.

Sara Todaro

per insegnare ai medici a fare buone cure

è tempo di prove d'efficacia»

tramite audit clinico di percorsi assistenziali; gestione del rischio; integrazione con progetti formativi aziendali e con strumenti di governo dell'organizzazione).

● **Methodology of Clinical Research.** Obiettivo generale: acquisire gli strumenti metodologici per pianificare, condurre e pubblicare la ricerca clinica nell'era dell'Ebhc (definizione dell'obiettivo dello studio; scelta del disegno; patologia della ricerca clinica; bias di commissionamento e di pubblicazione; conflitti d'interesse; revisioni sistematiche; peer-review ecc.).

Destinatari. Professionisti coinvolti nella pianificazione, conduzione, pubblicazione e valutazione della ricerca clinica (inclusi i comitati etici).

Valutazione efficacia. Pianificazione di un progetto di ricerca clinica, inclusi gli aspetti correlati alla conduzione, analisi e reporting

B. WORKSHOPS CLINICI INTERATTIVI. Sala conferenze con sistema di televoto, oppure setting clinico con adeguato sistema di interazione; numero di partecipanti da poche unità (round clinico) sino a un centinaio. Obiettivo generale: stimolare l'Ebp attraverso la discus-

sione di problematiche clinicamente rilevanti, per le quali esistono gradi variabili di evidenza a supporto delle decisioni cliniche.

Metodologia di conduzione: il medico che ha avuto in cura il paziente presenta il caso e i quesiti clinici rilevanti; i partecipanti rispondono mediante sistema di televoto: i risultati vengono mostrati e commentati; si presenta la validità metodologica delle evidenze scientifiche disponibili (trials randomizzati, revisioni sistematiche, linee guida) e i partecipanti vengono infine coinvolti nella discussione generale, prevalentemente centrata su aree grigie e generalizzabilità delle evidenze.

METODOLOGIA DIDATTICA GIMBE®. Obiettivo: elaborare, per le differenti tipologie di eventi formativi, una metodologia didattica comune tarata su:

- principi dell'apprendimento negli adulti;
- end-point della formazione continua;
- prove d'efficacia delle attività di formazione continua;
- ruolo della formazione continua nel miglioramento dei processi ed esiti assistenziali.

Principi generali.

- Valutazione degli obiettivi (learning needs);
- stimolare alla risoluzione di problemi clinico-assistenziali (problem-based learning);
- metodologia dei piccoli gruppi;
- elevato livello di interazione tra docenti e discenti;
- immediata applicazione delle conoscenze e competenze acquisite (learning by doing);
- fornire strumenti per l'autoapprendimento permanente (self-directed and lifelong learning);
- "rinforzare" le iniziative di formazione continua con altre strategie in grado di modificare i comportamenti professionali;
- consenso formale in ordine alla condivisione degli standard tra gruppi multiprofessionali;
- clinical audit retrospettivi per identificare i gap tra i comportamenti professionali e gli standard definiti;
- reminder (cartacei o elettronici);
- workshop clinici interattivi (accreditati secondo Ecm);
- coinvolgimento di opinion leader;
- audit prospettici per verificare la modifica dei comportamenti professionali ed, eventualmente, di esiti assistenziali.

misunderstandig linguistico

se a somministrarla è il vertice»

(acquisto, manutenzione, dismissione), in particolare se esistono input regionali al governo delle tecnologie; promuovere la diffusione delle tecnologie efficaci e la dismissione di qualunque tecnologia di efficacia non documentata o, comunque, obsoleta.

● **Clinical audit.** Pianificare e condurre audit clinici che, confrontando la pratica corrente con gli standard definiti (evidence-based, condivisi tra i professionisti e adattati al contesto locale), permettano sia di riconoscere le inapproprietezze (in eccesso e in difetto) dell'assistenza erogata, sia di verificare i risultati conseguenti al processo di cambiamento.

● **Risk management.** Considerare l'errore come "difetto del sistema e non del singolo professionista" e sviluppare adeguati programmi aziendali di gestione del rischio clinico.

● **Formazione continua, training e accreditamento professionale.** Bis-

ogna consolidare tra gli operatori sanitari la cultura della formazione continua, intesa come parte integrante della pratica professionale; inserire le attività di Ecm (in particolare, la formazione sul campo) nelle strategie multifattoriali mirate alla modifica dei comportamenti professionali; sviluppare strumenti per misurare la qualità tecnico-professionale dei singoli operatori, sino a definire programmi di training e criteri di accreditamento.

● **Staff management.** È fondamentale definire le strategie di management generale degli staff, al fine di valorizzare le risorse umane in relazione alle attitudini, conoscenze e competenze dei singoli professionisti e coinvolgere i cittadini nella valutazione di servizi e prestazioni sanitarie.

Aspetti organizzativi. Nel pieno rispetto dei riferimenti normativi di politica sanitaria nazionale e regionale, oggi è utopistico definire un nuovo para-

digma organizzativo per l'attuazione del Gc, condizionato da troppe variabili indipendenti. Alla luce della consistente variabilità organizzativa delle aziende sanitarie, la seguente proposta è frutto di un ragionevole compromesso tra la ponderata valutazione dei riferimenti normativi, le evidenze scientifiche internazionali sull'attuazione del Gc e l'esperienza "sul campo" maturata dal Gimbe® nella realizzazione di progetti aziendali di Gc.

① In assenza di un modello dipartimentale ben strutturato e funzionante, non sussistono i pre-requisiti organizzativi per l'attuazione del Gc in un'azienda sanitaria;

② considerato il frequente insuccesso dei progetti di Gc a "performance top-down", è indispensabile la formazione di reti multiprofessionali, in grado di attuare e diffondere gli strumenti del Gc, strutturate in unità trasversali di supporto alle attività di Gc e aventi un

ruolo riconosciuto all'interno del Dipartimento/Distretto e Uo/Ncp;

③ per ottimizzare la funzione di coordinamento delle reti e dei progetti di Gc, gli uffici di staff (qualità, formazione, accreditamento, altri) dovrebbero essere sottoposti a un processo di qualificazione e riorganizzazione;

④ la definizione degli obiettivi di Gc dovrebbe essere effettuata in maniera chiara in occasione della concertazione del budget;

⑤ in una azienda sanitaria è possibile identificare solo due livelli di attuazione del Gc:

a. livello macro (azienda): riferimento organizzativo: Collegio di direzione; numero limitato di progetti di Gc (2-3 per anno, spesso su input regionale);

b. livello meso (Dipartimenti e Distretti): riferimento organizzativo: comitato di Dipartimento, comitato di Distretto; progetti di Gc mono o interdipartimentali;

⑥ è impossibile prevedere progetti di Gc autonomi a livello micro (Unità Operativa), in particolare nelle Aziende dove il modello dipartimentale non esiste e/o non è adeguatamente strutturato.

L'IDENTIKIT

Il Gimbe® (Gruppo italiano per la medicina basata sulle evidenze), è nato nel 1996 con l'obiettivo di diffondere in Italia - attraverso iniziative di formazione, attività editoriali e ricerca - la Evidence-based medicine (Ebm), medicina basata sulle evidenze, la Evidence-based health care (Ebhc), assistenza sanitaria basata sulle prove di efficacia e la Clinical governance (Cg), governo clinico - metodologie che, favorendo il trasferimento dei risultati della ricerca alla pratica clinica e ai servizi sanitari, migliorano l'efficacia, l'appropriatezza, la sicurezza e l'efficienza dell'assistenza sanitaria.

Oggetto delle attività che costituiscono la mission dell'organizzazione è il raggiungimento dei seguenti obiettivi:

- rendere consapevoli i professionisti della Sanità che i risultati della ricerca costituiscono la base scientifica di tutte le decisioni riguardanti la salute di una popolazione;
- diffondere principi e metodi dell'Ebm-Ebhc-Cg attraverso iniziative editoriali, formative e di ricerca;
- migliorare l'informazione sanitaria della popolazione, diffondendo il concetto di un'assistenza fondata su prove di efficacia e non su logiche di mercato;
- elaborare programmi di Ecm e Fad in grado di modificare i comportamenti professionali;
- collaborare con le istituzioni di politica sanitaria e formazione su progetti inerenti alla valutazione di efficacia, appropriatezza e sicurezza degli interventi sanitari, il miglioramento della qualità dell'assistenza, l'ottimizzazione delle risorse;
- pianificare e gestire progetti di ricerca e di formazione per le organizzazioni sanitarie partecipando a consorzi, cooperative e società di ricerca e formazione e promuovendo anche accordi con l'industria per iniziative di carattere scientifico e professionale.

Gimbe® svolge attività di formazione, editoria e consulenza metodologica in tutti i settori correlati all'Ebm-Ebhc-Cg e partecipa tra l'altro a un progetto europeo (Programma Leonardo da Vinci) per la diffusione dell'Ebm nei Paesi membri. È inoltre socio fondatore del Guidelines international network (www.g-i-n.net), organizzazione che ha l'obiettivo di uniformare e diffondere metodologie per la produzione, implementazione e valutazione d'impatto delle linee guida e collabora con il meta-Register of Controlled Trials (<http://controlled-trials.com>) per la diffusione dei registri di trials, strumento indispensabile per migliorare la trasparenza della ricerca clinica.

LA STRUTTURA

● Sede delle attività di formazione e ricerca del gruppo è il Centro Studi Gimbe® di Bologna

● La struttura dispone di un network multiprofessionale di docenti e collaboratori accreditati, con un processo a tre step: tutor - docente junior - docente senior

● Consente l'accesso a oltre 70 banche dati e quasi 5mila riviste biomediche grazie ad accordi con centri di documentazione internazionali e dispone di un'aula multimediale, conforme agli standard internazionali per l'insegnamento dell'Ebhc

● Tra le fonti disponibili anche la "Evidence-Based Health Care International Library", una biblioteca metodologica costituita, a oggi, da oltre 350 volumi e circa 30mila articoli, la cui versione cartacea sarà accessibile presso il Centro Studi Gimbe® dal prossimo autunno, mentre la versione elettronica sarà rilasciata entro fine anno all'indirizzo www.ebhc.org

● Il patrimonio bibliografico sarà organizzato in 5 aree principali (Basic Science, Evidence-based Practice, Evidence-based Health Care & Clinical Governance, Methodology of Research, Medical Education) secondo i criteri del Gimbe® Ebhc Thesaurus