

EDITORIALE

A Bologna, Governance batte Evidence 12-1

Report della 4ª Conferenza Nazionale GIMBE®

Lo scorso 6 febbraio cinquecento professionisti sanitari provenienti da diciotto regioni si sono incontrati a Bologna per condividere progetti ed esperienze di Evidence-Based Practice e Clinical Governance. Sulla scia di una ricetta vincente, il 90% del programma è stato costruito grazie ai contributi dei partecipanti.

Carta d'identità della Conferenza

- Interamente sostenuta dal GIMBE®
- Nessuno sponsor commerciale o istituzionale
- Partecipazione gratuita
- No crediti ECM
- Iscrizione online
- Servizi essenziali ("solo un caffè" ...)
- Web-based feedback form
- Presentazioni integrali e abstract book disponibili a: www.gimbe.org/report/conferenza_2009

Evidence-based Practice

L'insegnamento istituzionale continua a latitare: dei cinque interventi della sessione EBP, solo uno riportava una sperimentazione didattica. La Facoltà di Medicina di Siena da cinque anni ha introdotto un corso obbligatorio nel primo triennio: eccellenti risultati di apprendimento dell'EBM pre-core curriculum e grande soddisfazione degli studenti. Ma perché l'EBM viene ancora considerata una *basic science* e non viene integrata con le discipline cliniche nel triennio successivo?

Le facoltà di Medicina laziali hanno introdotto l'insegnamento della Medicina Generale: l'EBM si affaccia timidamente tra le competenze necessarie al medico di famiglia. Aspettiamo con ansia i risultati!

Presso l'Università di Firenze, medici e infermieri si dichiarano grandi lettori di riviste biomediche (rispettivamente 131' e 84' settimanali). Lettura afinalistica o in risposta a quesiti clinici? Non è un dettaglio trascurabile: nel primo caso l'informazione non si trasforma in conoscenza e non modifica i comportamenti professionali!

L'Associazione Bibliotecari Documentalisti in Sanità fotografa "anatomia e fisiologia delle biblioteche italiane". Bando alle illusioni: il *clinical librarian*, bibliotecario specializzato nella ricerca-valutazione delle evidenze scientifiche, in Italia è una figura più unica che rara! I luoghi depositari delle evidenze scientifiche sono affidati a personale con una miscellanea di qualifiche e di titoli di studio.

Il web 2.0 approda nelle aziende sanitarie! Un blog diffonde l'EBM nell'AUSL di Bologna: tanto entusiasmo, contenuti eccellenti, ancora pochi i partecipanti e gli interventi. Le prove di efficacia... in costruzione.

Clinical Governance

Viceversa, alla chiamata "Esperienze nell'applicazione aziendale degli strumenti di Governo Clinico" hanno risposto in tanti: ben dodici le presentazioni selezionate.

Le esperienze delle AUSL di Bologna e Reggio Emilia dimostrano che la costruzione di percorsi assistenziali non può essere improvvisata, ma richiede tre ingredienti fondamentali: *commitment* aziendale, competenze metodologiche e tempo dedicato.

La lettera di dimissione ospedaliera contiene tutte le informazioni necessarie al medico di famiglia per la prescrizione dei farmaci? Lo studio dell'ASL TO2 documenta ampi margini di miglioramento.

I medici di famiglia utilizzano numerosi software per la gestione della cartella clinica: un'analisi quantitativa e qualitativa condotta da "Dialogo sui Farmaci", dimostra che le informazioni sull'efficacia e sicurezza dei farmaci sono ancora molto carenti. Istituzioni e professionisti dovrebbero definire criteri di accreditamento di tali software che, potenzialmente, archiviano l'intera spesa farmaceutica territoriale.

Infine, otto esperienze dimostrano che l'audit clinico è uno strumento... "sconosciuto, ma non troppo": progetti di miglioramento dell'appropriatezza professionale (percorsi integrati sul diabete mellito, farmaci per l'osteoporosi, profilassi tromboembolica nel paziente medico) e organizzativa (osservazione breve intensiva, degenze lunghe in medicina interna, continuità ospedale-territorio nell'assistenza riabilitativa, sorveglianza delle infezioni extra-ospedaliere).

E finalmente qualcuno (AUSL Reggio Emilia) "chiude il cerchio" del governo clinico, integrando gli indicatori di qualità professionale nelle schede di budget.

Arrivederci al **12 febbraio 2010**

IN QUESTO NUMERO

• Pillole di Metodologia della Ricerca	
• Blinding: chi ha gli occhi coperti?	2
• Pillole di Governo Clinico	
• Appropriatezza: istruzioni per l'uso (II)	4
• Letti per voi	6
• Appuntamenti	6

PILLOLE DI METODOLOGIA DELLA RICERCA

Blinding: chi ha gli occhi coperti?

L'ambiguità terminologica di singolo, doppio e triplo cieco

Nei trial controllati e randomizzati (RCTs) il concetto di mascheramento/occultamento/cecità entra in gioco in due diversi momenti. Prima della randomizzazione l'occultamento della lista (*allocation concealment*) ha l'obiettivo di prevenirne il sovvertimento e il conseguente bias di selezione. Dopo la randomizzazione, la cecità (*blinding*) impedisce a una o più categorie di soggetti coinvolti nel trial di conoscere il trattamento assegnato.

In tutti i trial l'occultamento della lista di randomizzazione è sempre possibile ed efficace nel prevenire il bias di selezione. Viceversa, il *blinding* non è sempre attuabile per motivazione etiche e/o pratiche (*open trial*), e la sua efficacia nel prevenire i bias dipende da numerose variabili.

Il CONSORT statement sottolinea la necessità di riportare sia il processo di *allocation concealment* - approfondito nel numero precedente - sia quali soggetti sono *blinded*, nonché le strategie utilizzate per attuare il *blinding*.

1. Ambiguità delle definizioni classiche

Deveraux e coll. hanno dimostrato che l'interpretazione del concetto di *blinding* è molto variabile, sia da parte dei medici, sia dei testi di epidemiologia clinica ed EBM. Il 75% dei medici ed il 74% dei testi esaminati concordano nel definire "singolo cieco" la mancata conoscenza del trattamento assegnato da parte del paziente; le percentuali scendono, rispettivamente, al 38% e 43% nell'interpretazione di "doppio cieco"; per il "triplo cieco" crollano al 18% e 14%. Nello stesso studio, solo la metà di 200 trial in doppio cieco analizzati identificava quali gruppi di soggetti non erano a conoscenza del trattamento assegnato. Pertanto gli Autori ribadiscono, in linea con il CONSORT Statement, la necessità di identificare quali soggetti sono *blinded*, abbandonando la classica terminologia (singolo, doppio, triplo cieco) poco riproducibile e di conseguenza ambigua.

2. Chi può essere *blinded*?

Essere a conoscenza del trattamento assegnato può influenzare, consciamente o senza volerlo, il giudizio di varie categorie di soggetti coinvolti nel trial.

Participants: soggetti randomizzati.

Healthcare providers: medici, infermieri, fisioterapisti e altri professionisti che assistono i partecipanti e/o somministrano l'intervento.

Data collectors: professionisti che raccolgono i dati (se-

gni, sintomi, questionari, etc); possono identificarsi con gli *healthcare providers* e/o con gli *outcomes assessors*.

Outcomes assessors: professionisti che hanno il compito di definire se il partecipante ha raggiunto, o meno, l'outcome di interesse.

Data analysts: statistici che analizzano i dati.

Data safety and monitoring committee: comitato che rivede i dati sulla sicurezza-efficacia dei trattamenti.

Writers: autori del manoscritto.

Il CONSORT Statement raccomanda (item 11) che gli Autori dovrebbero:

- riportare quali soggetti sono *blinded*: partecipanti, professionisti che erogano l'assistenza, valutatori degli esiti, statistici che analizzano i dati;
- riportare quali soggetti non sono *blinded*, specificando le motivazioni;
- descrivere le tecniche di *blinding* incluse le variabili (odore, colore, sapore, consistenza, etc) che rendono apparentemente identici i trattamenti;
- documentare le modalità per verificare il successo del *blinding*.

3. Potenziali bias

L'impossibilità di attuare il *blinding* - o il suo insuccesso - introducono due principali bias che possono sovrastimare in maniera variabile l'efficacia dei trattamenti.

Detection bias (ascertainment bias). Il bias di accertamento dell'esito consegue alla possibilità che l'*outcomes assessor* sia condizionato dal conoscere quale trattamento riceve il paziente. Negli studi che misurano outcome soggettivi - riportati dal paziente - è anche definito *reporting bias*. Viene prevenuto mantenendo *blinded* partecipanti, *outcomes assessors* e possibilmente anche *healthcare providers*. All'aumentare dell'oggettività dell'outcome, diminuisce la probabilità del *detection bias*, che di fatto scompare se l'outcome è... la morte del paziente.

Performance bias. Consiste nella differenza sistematica dell'assistenza erogata ai due gruppi di pazienti, conoscendo quale trattamento è stato assegnato. Anche se la standardizzazione del protocollo non dovrebbe permetterlo è frequente, ad esempio, il *concomitant treatment bias*, somministrazione di altre terapie che riducono la probabilità dell'esito nel gruppo dei trattati e/o la aumentano in quello dei controlli. Il *performance bias* si previene mantenendo *blinded* partecipanti e *healthcare providers*.

4. Quando il *blinding* non è possibile

Idealmente un trial dovrebbe mantenere *blinded* tutte le categorie di soggetti coinvolti; se questo obiettivo è facilmente raggiungibile negli studi che confrontano una terapia farmacologica con il placebo, alcuni trial che prevedono un controllo attivo richiedono specifiche strategie.

Se lo studio confronta due terapie farmacologiche con differente modalità/via di somministrazione è necessario prevedere il doppio placebo (*double dummy*): ad esempio, al gruppo dei trattati viene somministrato il farmaco orale e il placebo per via parenterale, mentre al gruppo di controllo placebo per os e farmaco attivo per via parenterale.

Quando uno o entrambi i trattamenti non sono “mascherabili” (chirurgia, terapie interventistiche, terapie manuali, etc), partecipanti e *healthcare providers* sono inevitabilmente a conoscenza del trattamento. In questi studi è possibile effettuare una valutazione in cieco degli outcome, attraverso professionisti che non conoscono il trattamento ricevuto dal paziente (*outcomes assessment committee*). Questa modalità può essere utilizzata solo se l'esito è valutato sui risultati di indagini strumentali e non direttamente sul paziente, la cui presenza potrebbe “contaminare” il giudizio degli *outcomes assessors*.

Infine, per gli outcome di laboratorio che non presentano margini di rilevazione soggettiva, l'utilizzo di strumenti accurati e ben calibrati previene il bias di accertamento dell'esito.

5. Il *blinding* è sempre efficace?

Il successo del *blinding* può essere verificato tramite questionari somministrati ai soggetti *blinded*. In linea teorica, la possibilità di identificare il trattamento assegnato dovrebbe essere casuale. In pratica, anche se le metodologie di *blinding* sono adeguate, alcuni fattori contribuiscono a un precoce “smascheramento” del trattamento: effetti avversi, percezione che i pazienti con outcome favorevoli appartengano al gruppo sperimentale.

Nonostante le raccomandazioni del CONSORT Statement, la verifica del successo del *blinding* viene effettuata in un numero trascurabile di trial, per cui esiste notevole incertezza sulle metodologie per effettuare queste valutazioni. In ogni caso, gli Autori dovrebbero sempre riportare qualunque fallimento delle procedure di *blinding*.

6. Quando “scoprire le carte”

Il protocollo del trial dovrebbe elencare le condizioni che autorizzano l'apertura dei codici, solitamente giustificata per garantire la sicurezza dei pazienti: effetti avversi, specialmente se non prevedibili, terapie di emergenza. L'eventuale “abbandono” del paziente, se non determinato da specifici effetti collaterali, non costituisce invece una motivazione ragionevole per “scoprire le carte”.

KEY POINTS

- Un trial in doppio cieco viene sempre considerato di elevata qualità metodologica, ma la terminologia classica è poco riproducibile e ambigua
- Gli Autori devono sempre specificare quali categorie di soggetti coinvolti nel trial sono *blinded*
- La mancata attuazione del *blinding* può introdurre dei bias e sovrastimare l'efficacia dei trattamenti
- Nei trial in aperto è possibile una valutazione in cieco degli outcome
- Il successo del *blinding* viene verificato raramente

Per saperne di più

Lecture introduttive

- Forder PM, GebSKI VJ, Keech AC. Allocation concealment and blinding: when ignorance is bliss. *Med J Aust* 2005;182:87-9.
- Schulz KF, Grimes DA. Blinding in randomised trials: hiding who got what. *Lancet* 2002;359:696-700.
- Schulz KF, Chalmers I, Altman DG. The landscape and lexicon of blinding in randomized trials. *Ann Intern Med* 2002;136:254-9.
- Devereaux PJ, Bhandari M, Montori VM, Manns BJ, Ghali WA, Guyatt GH. Double blind, you are the weakest link--goodbye! *Evid Based Med* 2002;7:4-5.
- Devereaux PJ, Manns BJ, Ghali WA, et al. Physician interpretations and textbook definitions of blinding terminology in randomized controlled trials. *JAMA* 2001;285:2000-3.
- Day SJ, Altman DG. Statistics notes: blinding in clinical trials and other studies. *BMJ* 2000;321:504.

Approfondimenti

- Sackett DL. Commentary: Measuring the success of blinding in RCTs: don't, must, can't or needn't? *Int J Epidemiol* 2007;36:664-5.
- Hróbjartsson A, Forfang E, Haahr MT, et al. Blinded trials taken to the test: an analysis of randomized clinical trials that report tests for the success of blinding. *Int J Epidemiol* 2007;36:654-63.
- Boutron I, Estellat C, Guittet L, et al. Methods of blinding in reports of randomized controlled trials assessing pharmacologic treatments: a systematic review. *PLoS Med* 2006;3:e425.
- Haahr MT, Hróbjartsson A. Who is blinded in randomized clinical trials? A study of 200 trials and a survey of authors. *Clin Trials* 2006;3:360-5.
- Fergusson D, Glass KC, Waring D, et al. Turning a blind eye: the success of blinding reported in a random sample of randomized, placebo controlled trials. *BMJ* 2004;328:432.

Corso avanzato

- GIMBE®. Metodologia della ricerca clinica. Bologna, marzo-giugno 2009.

PILLOLE DI GOVERNO CLINICO

Appropriatezza: istruzioni per l'uso (II)

Guida al più ambito indicatore di qualità assistenziale

Nel numero precedente abbiamo definito le due varianti di appropriatezza (organizzativa e professionale), specificato le differenze tra appropriatezza generica e specifica e tra appropriatezza per il paziente individuale vs appropriatezza dell'assistenza sanitaria. Completiamo la rassegna analizzando gli strumenti per definire e monitorare l'appropriatezza e stilando un elenco di ostacoli che impediscono alle organizzazioni sanitarie di documentare adeguatamente l'appropriatezza dell'assistenza erogata.

5. Criteri di definizione dell'appropriatezza

Sin dall'inizio degli anni '90, vari ricercatori hanno proposto differenti metodologie di consenso formale per la definizione dei criteri di **appropriatezza professionale**: consensus conference, metodo RAND, metodo Delphi, metodo del gruppo nominale.

Negli ultimi anni, sulla scia dell'EBM, viene enfatizzata la necessità che i criteri di appropriatezza vengano definiti con riferimento esplicito alle migliori evidenze disponibili, adeguatamente "pesate" per la loro qualità metodologica, rilevanza clinica e applicabilità. Pertanto, le linee guida prodotte da gruppi multiprofessionali con rigorosa metodologia evidence-based, previo adattamento locale in percorsi assistenziali, rappresentano lo strumento di riferimento per definire i criteri di appropriatezza professionale e, meno frequentemente, anche organizzativa. In ogni caso, i processi di consenso formale costituiscono sempre uno strumento da utilizzare nelle numerose aree grigie dove le evidenze disponibili (scarse o contraddittorie) non forniscono adeguate certezze.



Per ciò che riguarda l'**appropriatezza organizzativa**, in particolare quella di setting, oltre alle limitate evidenze disponibili sono analizzati i dati d'uso dell'ospedale. In particolare, oltre ai ricoveri urgenti, costituiscono frequente oggetto di studio le procedure chirurgiche, eventi "discreti", più facili da comparare. Queste analisi hanno incrementato gli interventi ambulatoriali e in day-surgery e ridotto la degenza media nei pazienti chirurgici. Minore attenzione ha invece ricevuto l'analisi, molto

più complessa, dell'appropriatezza del ricovero dei pazienti non chirurgici.

Infine, per quanto concerne l'appropriatezza di *professional*, intesa come l'utilizzo appropriato delle risorse umane - in relazione ai costi sostenuti dall'organizzazione sanitaria, il buio... è ancora più pesto.

6. Strumenti per misurare l'appropriatezza

Per l'**appropriatezza professionale** il tallone d'Achille è rappresentato dai sistemi informativi aziendali, costruiti per raccogliere esclusivamente indicatori di efficienza. In particolare, le aziende sanitarie dispongono di report analitici dei "consumi" (farmaci, indagini di laboratorio, radiologiche, strumentali) con possibilità minima/nulla di interrogare i vari database in maniera incrociata alla ricerca di indicatori di appropriatezza: questi, infatti, oltre a non registrare i dati clinici dei pazienti sono spesso affetti da "gravi forme d'incomunicabilità". Considerati i limiti della scheda di dimissione ospedaliera (SDO) per valutare gli indicatori di appropriatezza professionale e tenuto conto che i *clinical databases* - a eccezione di esperienze isolate - rappresentano un lontano miraggio, la valutazione dell'appropriatezza professionale è legata alla diffusione dell'audit clinico, strumento per monitorare continuamente e sistematicamente la qualità dei processi assistenziali erogati.

Per quanto riguarda la valutazione dell'**appropriatezza organizzativa**, citiamo due strumenti già utilizzati in Italia per valutare l'appropriatezza di setting.

- Il Protocollo di Revisione d'Uso dell'Ospedale (PRUO), il cui obiettivo è valutare l'appropriatezza delle giornate di degenza. Sviluppato - e presto abbandonato - negli Stati Uniti, dopo l'onda di entusiasmo che ha portato alla sua diffusione in Europa e in Italia, oggi è fortemente messo in discussione per la sua scarsa affidabilità.
- Il software Disease Staging che, classificando il paziente ricoverato in 5 livelli di gravità basati sulla severità delle manifestazioni della malattia, considera inappropriati i ricoveri di pazienti appartenenti alle classi meno gravi. Questo strumento è stato già utilizzato dall'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali per una elaborazione dei dati relativi ai 43 DRG "ad alto rischio di inappropriata" in regime di degenza ordinaria.

Infine, analogamente ai criteri di definizione, la letteratura è molto scarna di strumenti per valutare l'appropriatezza d'uso delle risorse umane.

7. Problematiche aperte

Numerosi ostacoli impediscono alle organizzazioni sanitarie di documentare adeguatamente l'appropriatezza (in particolare quella professionale) dell'assistenza erogata.

- Non esistono robuste evidenze scientifiche su cui basare i criteri di appropriatezza per tutti gli interventi sanitari.
- La complessità della casistica lascia ampie zone grigie per numerose categorie di pazienti, in particolare quelle poco rappresentate nei trial clinici.
- L'audit clinico, strumento ideale per misurare l'appropriatezza professionale, oltre ad essere poco diffuso nelle organizzazioni sanitarie, viene spesso utilizzato con scopi "ispettivi" e/o "confinato" esclusivamente all'ambito professionale.
- I sistemi informativi aziendali sono inadeguati per la valutazione dell'appropriatezza professionale, sia perché spesso "non comunicanti", sia perché archiviano quasi esclusivamente informazioni relative alla produzione e ai consumi.
- Gli indicatori di appropriatezza ricavati dalla SDO soffrono della sua limitata affidabilità legata a vari fattori: riproducibilità ed errori di codifica, codifiche opportunistiche, *reverse reporting bias*, etc.
- L'appropriatezza professionale riveste ancora un ruolo esiguo nella valutazione e finanziamento delle organizzazioni sanitarie.
- L'appropriatezza organizzativa è un imperativo quando permette di ridurre i costi, ma viene ignorata se "contrasta" i volumi (e conseguenti rimborsi) delle prestazioni: aumentare l'appropriatezza del ricovero nei pazienti con polmonite acquisita in comunità potrebbe essere "poco conveniente" per un'Azienda ospedaliera perché riduce l'indice di occupazione dei posti letto!
- La visione dell'appropriatezza si mantiene strabica, su posizioni divergenti: i manager sono interessati a ridurre le inappropriatezze in eccesso, al fine di ridurre i costi, mentre i professionisti vogliono diffondere precocemente troppe innovazioni, appellandosi alle inappropriatezze in difetto.

8. Conclusioni

Nei sistemi sanitari del terzo millennio è fondamentale che l'erogazione e il finanziamento di servizi e prestazioni sanitarie siano guidati dai criteri di appropriatezza. In Italia, tuttavia, l'appropriatezza perseguita dai documenti normativi è quasi esclusivamente quella organizzativa, con particolare riferimento al setting assistenziale (riduzione dei ricoveri inappropriati). Questo approccio riduzionista rischia di svuotare dei contenuti professionali l'appropriatezza che inizia ad essere percepita come strumento di razionamento, invece che di ottimizzazione delle limitate risorse disponibili.

KEY POINTS

- **I criteri di appropriatezza professionale derivano principalmente dalla qualità/quantità dalle evidenze scientifiche disponibili**
- **La valutazione dell'appropriatezza professionale richiede la pianificazione di audit clinici e la disponibilità di adeguati sistemi informativi**
- **Le basi scientifiche dei criteri di appropriatezza organizzativa sono molto deboli e gli strumenti di valutazione non sempre accurati**
- **Numerosi ostacoli impediscono alle Aziende sanitarie di misurare l'appropriatezza dell'assistenza erogata**

Per saperne di più

Lecture introduttive

- Shekelle PG. Appropriateness criteria: a useful tool for cardiology. *Heart* 2008 Dec 18.
- Anderson GM, Brown AD. Appropriateness ratings. Overuse, underuse, or misuse? *Lancet* 2001;358:1475-6.
- Shekelle PG. Are appropriateness criteria ready for use in clinical practice? *N Engl J Med* 2001;344:677-678.
- Hicks NR. Some observations on attempts to measure appropriateness of care. *BMJ* 1994;309:730-3.
- Brook RH. Appropriateness: the next frontier. *BMJ* 1994;308:218-9.
- Phelps CE. The methodologic foundations of studies of the appropriateness of medical care. *N Engl J Med* 1993;329:1241-5.

Approfondimenti

- Louis D, Taroni F, Melotti R, et al. Increasing appropriateness of hospital admissions in the Emilia-Romagna region of Italy. *J Health Serv Res Policy* 2008;13:202-8.
- Sanmartin C, Murphy K, Choptain N, et al. Appropriateness of healthcare interventions: concepts and scoping of the published literature. *Int J Technol Assess Health Care* 2008;24:342-9.
- Mendelson RM, Murray CP. Towards the appropriate use of diagnostic imaging. *Med J Aust* 2007;187:5-6.
- Thom DH, Kravitz RL, Kelly-Reif S, et al. A new instrument to measure appropriateness of services in primary care. *Int J Qual Health Care* 2004;16:133-40.
- Park RE, Fink A, Brook RH, et al. Physician ratings of appropriate indications for six medical and surgical procedures. *Am J Public Health*. 1986;76:766-72.

Workshop

- **GIMBE®**. Dalle Linee Guida ai Percorsi Assistenziali.
- **GIMBE®**. Audit Clinico e Indicatori di Qualità.

LETTI PER VOI

Why Guideline-Making Requires Reform

Sniderman e Furberg identificano alcune rilevanti criticità nella produzione delle linee guida (LG): composizione e *governance* del gruppo di lavoro, gestione delle raccomandazioni su cui non esiste unanimità, assenza di revisione indipendente, conflitti di interesse. Sette le proposte per migliorarne qualità e trasparenza: alcune riprendono item dello strumento AGREE, altre sono realmente innovative. Sostituisce i componenti del gruppo di lavoro (in particolare gli opinion leader) nelle edizioni successive delle LG; riportare le posizioni discordanti per le raccomandazioni non unanimità; permettere alla comunità scientifica commenti e suggerimenti tramite internet; *disclosure* "analitica" di tutte le relazioni finanziarie con l'industria e definizione di "conflitti ostativi" alla partecipazione al gruppo di lavoro; elaborazione, da parte delle organizzazioni che producono LG, di un codice etico per governare i conflitti di interesse individuali e istituzionali.

JAMA 2009;301:329-331

Update on the Methods of the U.S. Preventive Services Task Force: Insufficient Evidence

E' possibile ridurre la frustrazione dei clinici quando non esistono evidenze robuste per formulare raccomandazioni cliniche? La USPSTF vara una nuova modalità per "strutturare l'incertezza scientifica" raccogliendo le informazioni in quattro "domini" fondamentali per le decisioni cliniche: mortalità, morbilità e sofferenza potenzialmente prevenibili, potenziali rischi dell'intervento sanitario, costi, pratica attuale. Alcuni esempi clinici dimostrano che è possibile decidere anche in assenza di evidenze.

Ann Intern Med 2009;150:199-205

What Should Be Done to Tackle Ghostwriting in the Medical Literature?

Lo "scrittore fantasma" è molto diffuso nella letteratura biomedica: editoriali o revisioni narrative apparentemente imparziali e firmati da autorevoli opinion leader, sono in realtà scritti con fini promozionali da un *ghost writer* dell'industria. Riconosciuto come frode scientifica, il *ghostwriting* è difficile da identificare e da prevenire. Lo stimolante dibattito esamina le possibilità per contrastare il fenomeno del *ghostwriting* nella letteratura biomedica, secondo diversi autorevoli punti di vista: un ricercatore (Peter Göttsche), un editore (Jerome Kassirer) e alcuni *professional medical writers*.

PLoS Med 2009;6:e23

APPUNTAMENTI

Workshop EBP core-curriculum

Per acquisire l'EBP core-curriculum, in conformità con gli standard europei (EU-EBM Unity): formulazione di quesiti clinico-assistenziali, ricerca, valutazione critica e applicazione delle migliori evidenze al paziente individuale.

Evidence-Based Medicine

Bologna, 20-21 aprile e 11-12 maggio 2009

Evidence-Based Nursing

Bologna, 18-21 maggio 2009

Evidence-Based Physiotherapy

Bologna, 8-9 e 22-23 maggio 2009

Workshop tematici Clinical Governance

Modelli Organizzativi per il Governo Clinico

Approfondimento dei modelli organizzativi per l'attuazione del Governo Clinico nelle organizzazioni sanitarie.

Bologna, 7-8 maggio 2009

La Valutazione della Competence Professionale

Strumenti per definire gli standard e misurare la competence dei professionisti sanitari.

Bologna, 28-29 maggio 2009

Corso Avanzato

Metodologia della Ricerca Clinica

Pianificare, condurre e pubblicare la ricerca clinica, per migliorarne valore sociale, standard metodologici, etica e integrità.

Bologna, marzo-giugno 2009

Nel prossimo numero

- **Pillole di Metodologia della Ricerca**
- Stimare la dimensione del campione: quali alchimie statistiche?
- **Pillole di Governo Clinico**
- La qualità dell'assistenza nell'era della clinical governance

GIMBE news è una pubblicazione indipendente, registrata presso il Tribunale di Bologna (n. 7877 del 17/09/2008) e realizzata da GIMBE® senza alcun finanziamento esterno

Direttore responsabile Antonino Cartabellotta
Coordinamento editoriale Marco Mosti
Progetto grafico Roberto Malpensa

Redazione
Centro Studi GIMBE® - Via Amendola, 2 - 40121 Bologna
Tel 051.5883920 - Fax 051.3372195 - redazione@gimbenews.it