

EDITORIALE

Il Nuovo Sistema di Formazione Continua in Medicina

In esclusiva per GIMBE® l'intervista al Ministro Fazio

Quali sono le principali innovazioni del Nuovo Sistema ECM?

Il nuovo sistema ECM si fonda su alcuni importanti elementi che devono garantire ai professionisti un'offerta formativa appropriata e di qualità.

Il primo elemento è il passaggio dall'accreditamento degli eventi all'accreditamento dei provider: un passaggio prioritario e doveroso in considerazione della necessaria imputazione di responsabilità a soggetti che fondano l'attività di formazione continua su un'organizzazione amministrativa, un comitato scientifico, il tutto sostenuto da un sistema di qualità delle procedure. Un passaggio "epocale" rispetto al sistema precedente che si limitava a valutare il singolo evento formativo e che, nei casi più gravi, ne sospendeva l'erogazione.

Il secondo elemento assunto a fondamento del nuovo sistema è quello dell'offerta formativa articolata su tutte le tipologie di formazione utili all'aggiornamento continuo. Non più solo la formazione residenziale, ma l'accreditamento ECM riguarda la formazione a distanza attraverso l'autoapprendimento (con o senza tutoraggio), la docenza e il tutoraggio in attività ECM e le presentazioni a convegni. Per quanto riguarda la formazione sul campo sono state individuate varie attività: training individualizzato o *stage* (con la presenza indispensabile di un tutor nel rapporto 1:1); partecipazione a gruppi di lavoro/studio/miglioramento e commissioni/comitati; partecipazione a ricerche; audit clinico-assistenziale.

Un ulteriore elemento riguarda le "garanzie" introdotte con il nuovo sistema di formazione continua:

- L'Osservatorio nazionale per la qualità della formazione continua, che deve monitorare l'offerta formativa e la sua qualità attraverso una rete di osservatori regionali e auditing in loco per verificare direttamente l'attività.

- Il Comitato di Garanzia per l'indipendenza del contenuto formativo dagli sponsor, attraverso la verifica del 25% dei provider accreditati dalla Commissione Nazionale per la Formazione Continua (CNFC).

Naturalmente, nei prossimi mesi l'avvio del nuovo sistema fornirà ulteriori spunti che saranno utilizzati per definire al meglio l'aggiornamento continuo.

Cosa cambierà nei corsi sponsorizzati?

La sponsorizzazione è un elemento che riguarda principalmente il concetto di "trasparenza" e di "efficacia".

La trasparenza è garantita attraverso un sistema di dichiarazione esplicita di conflitto di interesse. Se nel pre-

cedente sistema era necessario dichiararne l'esclusione (cd. assenza di conflitto di interessi), nella nuova ECM i soggetti - come i docenti - che sono coinvolti in manifestazioni con crediti ECM devono preliminarmente dichiarare il loro conflitto in modo esplicito. Sarà naturalmente "misurata" l'indipendenza del contenuto formativo attraverso le valutazioni dei professionisti circa la percezione del conflitto e dell'eventuale condizionamento formativo.

L'efficacia è garantita attraverso un sistema di misurazione con indicatori che daranno concrete indicazioni in merito alla ricaduta dell'apporto formativo acquisito. L'utilizzo di indicatori darà al provider un valore aggiunto in termini di qualità dell'offerta formativa.

Infine, il contratto con gli sponsor deve essere depositato agli atti degli eventi interessati, reso disponibile e preventivamente dichiarato all'ente accreditante.

Qual è il suo giudizio sulla formazione a distanza?

La FAD è una delle tipologie di offerta formativa definite dalla CNFC: si tratta di uno strumento importantissimo tenuto conto dell'enorme numero di professionisti (circa 850.000) che ogni anno deve aggiornarsi. Infatti, la FAD consente di erogare contenuti formativi per un numero molto elevato di professionisti senza imporre spostamenti né vincoli di orari o giornate, con abbattimento significativo dei costi dell'ECM a carico dei partecipanti.

Tuttavia, in quanto tale, la FAD non esaurisce il bisogno formativo che per il professionista si traduce in attività pratiche, confronti con altri colleghi, condivisioni e superamenti di criticità. Per questo motivo, ritengo che la FAD sia uno strumento importante e determinante, ma non esaustivo dal punto di vista dell'aggiornamento all'interno di un sistema organizzato.

IN QUESTO NUMERO

Pillole di Metodologia della Ricerca

RRR, RR, OR, ARR, NNT: che confusione! 2

Pillole di Governo Clinico

La Nuova ECM: opportunità per EBP e Clinical Governance 4

Letti per voi 6

Appuntamenti 6

PILLOLE DI METODOLOGIA DELLA RICERCA

RRR, RR, OR, ARR, NNT: che confusione!

Istruzioni per l'uso delle misure di efficacia utilizzate dai trial

Numerosi studi hanno dimostrato che i clinici, gli amministratori sanitari e i pazienti sono influenzati dalle modalità con cui vengono presentati i risultati dei trial. In particolare, il trattamento viene percepito più efficace se i risultati vengono presentati con misure di efficacia relativa, fenomeno noto come effetto *framing*.

Senza entrare nel merito di complessi aspetti statistici, obiettivo della pillola è "diradare la nebbia" su un aspetto cruciale nell'interpretazione dei risultati di un trial: quali sono le definizioni, le formule, i vantaggi e i limiti delle diverse "unità di misura" utilizzate per riportare l'efficacia di un trattamento?

1. Tabella 2 x 2 ed event rates

In un trial che misura eventi dicotomici, tutte le misure di efficacia derivano dalla tabella 2 x 2, che riporta il numero dei pazienti nei due gruppi (trattati e controlli) in relazione alla presenza/assenza dell'evento.

	Evento sì	Evento no
Trattati	a	b
Controlli	c	d

Attraverso due semplici formule vengono calcolati gli *event rates*, ovvero l'incidenza degli eventi nei due gruppi.

- **Experimental Event Rate (EER)**: incidenza dell'evento nel gruppo dei trattati ($EER = a/a+b$).
- **Control Event Rate (CER)**: incidenza dell'evento nel gruppo di controllo ($CER = c/c+d$).

Dalla variabile combinazione di EER e CER derivano tutte le misure di efficacia: relative (RRR, RR, OR) e assolute (ARR, NNT).

RRR	= $[CER - EER]/CER$
RR	= EER/CER
OR	= $[EER/1 - EER] / [CER/1 - CER]$
ARR	= $CER - EER$
NNT	= $1/ARR$

2. Misure relative di efficacia

Relative Risk Reduction (RRR). La riduzione relativa del rischio esprime la riduzione proporzionale del rischio dell'evento nel gruppo dei trattati rispetto ai controlli; viene espressa in valore percentuale.

Relative Risk (RR). Il rischio relativo misura il rischio dell'evento nel gruppo dei trattati rispetto ai controlli; viene espresso in valori decimali.

RRR e RR sono misure complementari: ad esempio una RRR del 60% ci informa che nel gruppo dei pazienti trattati la riduzione proporzionale del rischio dell'evento, rispetto ai controlli, è del 60%. Il corrispondente RR è 0.40, che quantifica il rischio residuale dell'evento nel gruppo dei pazienti trattati. In altri termini, se RRR risponde alla domanda "qual è la riduzione proporzionale dell'evento nei pazienti trattati?", RR risponde alla domanda: "qual è il rischio dell'evento nel gruppo dei pazienti trattati?". Il limite comune delle misure relative di efficacia, in particolare della RRR che comunica una riduzione del rischio, è la tendenza a sovrastimare l'efficacia di un trattamento, specialmente quando il CER è molto basso.

Odds Ratio (OR). E' il rapporto tra la probabilità dell'evento nei pazienti trattati e la probabilità dell'evento nei pazienti di controllo; viene espresso in valori decimali. Il valore dell'OR può considerarsi sovrapponibile al RR quando il CER è basso (< 10%); tuttavia, all'aumentare del CER, l'OR si allontana progressivamente dal RR determinando, per valori di CER superiori al 15-20%, un'ulteriore sovrastima dell'efficacia del trattamento. Anche per questa ragione, esiste un consenso pressoché unanime sulla non opportunità di utilizzare l'OR per riportare l'efficacia dei trattamenti.

3. Misure assolute di efficacia

Absolute Risk Reduction (ARR). Esprime la riduzione assoluta del rischio dell'evento nel gruppo dei trattati rispetto ai controlli. Poiché deriva dalla formula CER-EER la ARR viene anche denominata *risk difference* ed è generalmente espressa in valori decimali. ARR è una misura difficile da interpretare e da trasferire alle decisioni cliniche, anche perché il valore quantitativo è talmente piccolo da sottostimare l'efficacia del trattamento.

Number Needed to Treat (NNT). Indica il numero di pazienti da trattare per prevenire un evento. E' ideale per riportare i risultati dei trial perché, oltre ad avere i benefici delle misure assolute, esprime un "numero intero" riferito al paziente, facile da interpretare e trasferire alle decisioni cliniche. Come già riportato nella pillola precedente, il NNT può essere oggetto di manipolazioni statistiche con l'obiettivo di sovrastimare l'efficacia dei trattamenti.

Torturare i numeri sino a farli “confessare”

Le seguenti tabelle 2 x 2 riportano i risultati di tre ipotetici studi - ciascuno dei quali condotto su 2000 pazienti - nei quali il numero degli eventi aumenta proporzionalmente in entrambi i gruppi. Nel trial B il numero di eventi - sia nei trattati che nei controlli - è quintuplo rispetto al trial A; nel trial C è quadruplo rispetto al trial B. Da sottolineare che tutti gli studi sono statisticamente significativi ($p < 0.05$).

Trial A

	Evento sì	Evento no
Trattati	1	999
Controlli	7	993

Trial B

	Evento sì	Evento no
Trattati	5	995
Controlli	35	965

Trial C

	Evento sì	Evento no
Trattati	20	980
Controlli	140	860

La tabella successiva riportata, oltre a CER ed EER, i risultati dei tre studi con tutte le misure di efficacia descritte.

	Trial A	Trial B	Trial C
CER	0.007	0.035	0.140
EER	0.001	0.005	0.020
RRR	86%	86%	86%
RR	0.14	0.14	0.14
OR	0.14	0.14	0.13
ARR	0.006	0.03	0.12
NNT	167	33	8

N.B. I limiti di confidenza al 95% non sono stati riportati per semplificazione; la loro presenza è, tuttavia, indispensabile per interpretare tutte le misure di efficacia.

Considerazioni finali:

- Le misure di efficacia relativa (RRR, RR, OR) riportano risultati identici nei tre studi.
- RRR (86%) e RR (0.14) sono misure complementari
- RRR, rispetto a ARR, enfatizza l'efficacia del trattamento in misura inversamente proporzionale al CER: 7 volte nel trial C, 29 volte nel trial B, 143 nel trial A.
- NNT fa risaltare le notevoli differenze sull'efficacia del trattamento nei tre studi, apparentemente identici se interpretati con le misure relative di efficacia.

KEY POINTS

- **La percezione dell'efficacia di un trattamento è influenzata dalla modalità di presentazione dei risultati dei trial**
- **Tutte le misure di efficacia derivano dalla tabella 2 x 2, da cui si ricavano CER ed EER**
- **Tutte le formule delle misure di efficacia derivano dalla variabile combinazione di CER ed EER**
- **Le misure di efficacia relativa (RRR, RR, OR) tendono a sovrastimare l'efficacia dei trattamenti**
- **L'OR non dovrebbe essere più utilizzato per riportare l'efficacia dei trattamenti**
- **Le misure di efficacia assoluta (ARR, NNT) forniscono una stima affidabile dell'efficacia dei trattamenti**
- **La ARR è una misura difficile da trasferire alle decisioni cliniche**
- **Il NNT rappresenta la misura ideale per riportare l'efficacia dei trattamenti**

Per saperne di più

Letture introduttive

- Prasad K, Jaeschke R, Wyer P, et al. Tips for teachers of evidence-based medicine: understanding odds ratios and their relationship to risk ratios. *J Gen Intern Med* 2008;23:635-40.
- Barratt A, Wyer PC, Hatala R, et al. Tips for learners of evidence-based medicine: 1. Relative risk reduction, absolute risk reduction and number needed to treat. *CMAJ* 2004;171:353-8.

Approfondimenti

- Sackett DL. Down with odds ratios! *Evid Based Med* 1996;1:164-166.
- Davies HTO, Crombie IK, Tavakoli M. When can odds ratios mislead? *BMJ* 1998;316:989-991.
- Malenka DJ, Baron JA, Johansen S, et al. The framing effect of relative and absolute risk. *J Gen Intern Med* 1993;8:543-8.
- Naylor CD, Chen E, Strauss B. Measured enthusiasm: Does the method of reporting trial results alter perceptions of therapeutic effectiveness? *Ann Intern Med* 1992;117:916-21.

Software

- EBM calculator. Centre for Evidence-based Medicine, Oxford
- Stats Calculator. Centre for Evidence-based Medicine. University of Toronto

Clinical Research Core-curriculum

- **GIMBE®**. Introduzione alla Metodologia della Ricerca. Bologna, 26-27-28 aprile 2010.
- **GIMBE®**. Trial Clinici: pianificazione, conduzione, analisi e reporting. Bologna, 25-26-27-28 ottobre 2010.
- **GIMBE®**. Studi Osservazionali: pianificazione, conduzione, analisi e reporting. Bologna, 24-25-26 novembre 2010.

PILLOLE DI GOVERNO CLINICO

La Nuova ECM: opportunità per EBP e Clinical Governance Obiettivi, dossier formativo e aree di riferimento

Lo scorso 13 gennaio è stato approvato dalla Commissione Nazionale per la Formazione Continua il regolamento applicativo dell'Accordo Stato-Regioni del 5 novembre 2009 relativo al "Nuovo Sistema di Formazione Continua in Medicina", già pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale.

Accompagnando l'intervista esclusiva rilasciata a GIMBE® dal Ministro Fazio, la pillola identifica gli elementi della nuova ECM che offrono concrete opportunità per diffondere l'*Evidence-based Practice* e attuare il governo clinico nelle organizzazioni sanitarie.

1. Formazione Continua e Governo Clinico

La *clinical governance* è una strategia mediante la quale "le organizzazioni sanitarie si rendono responsabili del miglioramento continuo della qualità dei servizi e del raggiungimento-mantenimento di elevati standard assistenziali, stimolando la creazione di un ambiente che favorisca l'eccellenza professionale" (*NHS White Paper: A First Class Service, 1998*). Se la *clinical governance* ha l'obiettivo di migliorare la qualità dell'assistenza favorendo l'eccellenza professionale, tutte le attività di formazione, training e sviluppo professionale continuo sono strumenti trasversali di governo clinico finalizzati a valorizzare la qualità tecnico-professionale dell'assistenza sanitaria.

"*Because clinicians are at the core of clinical work, they must be at the heart of clinical governance*" (Dege-ling et coll. BMJ, 2004), la formazione continua non può essere un'attività sporadica, opportunistica o finalizzata all'acquisizione di crediti, ma deve diventare realmente continua e integrata nei processi assistenziali, negli obiettivi di sistema e nelle strategie di *governance* dell'organizzazione sanitaria. Infatti, l'efficacia di tutti gli strumenti di governo clinico è fortemente condizionata dallo sviluppo di un articolato piano formativo aziendale capace di integrare formazione residenziale, formazione sul campo, sviluppo continuo professionale e FAD con il fine ultimo di modificare i comportamenti professionali.

2. Gli Obiettivi Formativi

Gli obiettivi formativi sono lo strumento utilizzato per orientare i programmi di formazione continua rivolti ai professionisti sanitari al fine di definire le adeguate priorità dell'interesse del SSN. L'individuazione e la ripartizione tra i livelli istituzionali (nazionali, regionali, aziendali) degli obiettivi formativi costituisce una misura di riferimento e di bilanciamento delle competenze e delle responsabilità. La nuova ECM identifica tre categorie di obiettivi che devono poi armonizzarsi nel dossier formativo.

Obiettivi tecnico-professionali

- Sono finalizzati all'acquisizione di conoscenze e competenze specifiche di ciascuna professione e disciplina.

Obiettivi di processo

- Mirano all'acquisizione di attività e procedure idonee a promuovere il miglioramento della qualità, efficienza, efficacia, appropriatezza e sicurezza degli specifici processi di produzione delle attività sanitarie.

- Si rivolgono a professionisti ed équipe che intervengono in un determinato "segmento di produzione".

Obiettivi di sistema

- Mirano all'acquisizione di attività e procedure idonee a promuovere il miglioramento della qualità, efficienza, efficacia, appropriatezza e sicurezza degli specifici processi di produzione delle attività sanitarie.

- Si rivolgono, di norma, a tutti i professionisti avendo quindi caratteristiche interprofessionali.

La vera innovazione fortemente orientata alla *clinical governance* è la legittimazione, accanto ai tradizionali obiettivi tecnico-professionali, degli obiettivi di processo e di sistema. Questi, infatti, richiedono ai professionisti di acquisire strumenti e competenze per misurare la qualità dell'assistenza sanitaria, in termini di sicurezza, efficacia, appropriatezza, efficienza, perfettamente in linea con gli obiettivi del governo clinico. In altri termini, la formazione di un professionista non può essere limitata a conoscenze e skills sulle più recenti innovazioni diagnostico-terapeutico-assistenziali, ma deve anche consentirgli di definire standard assistenziali e di misurare appropriatezza, efficacia e sicurezza degli interventi erogati, sia a livello individuale, sia di équipe.

3. Il Dossier Formativo

Inteso come piano formativo individuale e di équipe, rappresenta il prodotto dei tre obiettivi formativi e definisce il volume dei bisogni formativi di un professionista, inserito in uno specifico processo di produzione di attività sanitarie, parte costitutiva di un sistema più generale di tutela della salute. La vera sfida del dossier formativo è quella di collegare gli obiettivi di formazione dei professionisti con quelli assistenziali dell'organizzazione sanitaria; in altre parole utilizzarlo come un "raccordo" tra le strategie di formazione, training e sviluppo professionale continui e il miglioramento della qualità dell'assistenza.

3. Le Aree di Riferimento

In coerenza con i Piani Sanitari Nazionali e Regionali vigenti, le aree di riferimento dovranno essere utilizzate per individuare gli obiettivi formativi evidenziati nei Piani di Formazione dei singoli provider e costituiscono aree di riferimento per l'accreditamento dell'offerta formativa ECM. E' fondamentale rilevare che, delle 29 aree di riferimento, 12 riguardano direttamente o indirettamente strumenti e modelli organizzativi per il governo clinico.

1. Applicazione della pratica quotidiana dei principi e delle procedure dell'**Evidence-based Practice** (EBM, EBN, EBP)

2. **Linee guida**, protocolli, procedure, documentazione clinica

3. **Percorsi clinico-assistenziali**/diagnostici/riabilitativi, profili di assistenza, profili di cura

4. **Appropriatezza** prestazioni sanitarie nei LEA, **sistemi di valutazione**, verifica e miglioramento dell'efficienza ed efficacia

5. Principi, procedure e **strumenti per il governo clinico** delle attività sanitarie

6. La **sicurezza del paziente**

8. **Integrazione** interprofessionale e **multiprofessionale**, interistituzionale

9. **Integrazione tra assistenza territoriale e ospedaliera**

11. Management sanitario, innovazione gestionale e sperimentazione di **modelli organizzativo-gestionali**

14. **Accreditamento** strutture sanitarie e dei professionisti. La cultura della **qualità**

24. **Farmacoepidemiologia, farmacoeconomia, farmacovigilanza**

29. Innovazione tecnologica, valutazione, miglioramento dei processi di gestione delle tecnologie biomediche e dei dispositivi biomedici. **Technology assessment**

Nota. La numerazione riportata fa riferimento a quella originale

Inoltre, le cinque aree identificate "di particolare rilievo per il SSN e i SSR" comprendono:

- Applicazione della pratica quotidiana dei principi e delle procedure dell'Evidence-based Practice: EBM, EBN, EBP
- Appropriatezza prestazioni sanitarie nei LEA, sistemi di valutazione, verifica e miglioramento dell'efficienza ed efficacia [audit clinico, indicatori (n.d.a.)].

In conclusione, poichè la nuova ECM è fortemente orientata alla diffusione dell'EBP e all'attuazione del governo clinico, le organizzazioni sanitarie - oltre a predisporre adeguate leve motivazionali per valorizzare il capitale umano - devono progressivamente identificarsi come *learning organization*, riconoscendo nella formazione continua e nel miglioramento della *competence* professionale le determinanti fondamentali per migliorare e mantenere la qualità dell'assistenza sanitaria sino a raggiungere l'eccellenza.

KEY POINTS

- **Il governo clinico ha l'obiettivo di migliorare la qualità dell'assistenza sanitaria**
- **La formazione continua è strumento di governo clinico perchè la qualità tecnico-professionale è una determinante della qualità assistenziale**
- **La nuova ECM prevede obiettivi formativi di processo e di sistema per promuovere la qualità dell'assistenza**
- **Nel dossier formativo obiettivi di processo e di sistema devono integrarsi con quelli tecnico-professionali**
- **12 delle 29 aree di riferimento previste dal nuovo sistema ECM riguardano strumenti e modelli organizzativi di governo clinico**
- **L'EBP e gli strumenti per valutare appropriatezza, efficacia ed efficienza costituiscono "aree di particolare rilievo per il SSN e i SSR"**
- **Le organizzazioni sanitarie devono sfruttare tutte le potenzialità offerte dal nuovo sistema ECM per diffondere l'EBP e attuare il governo clinico**
- **Le attività di formazione continua finalizzate al miglioramento della qualità devono essere integrate nelle strategie di governance aziendale**

Per saperne di più

Lettere introduttive

- La Formazione Continua riparte da Cernobbio: verso una nuova stagione per l'ECM? GIMBEnews 2009;2(6):1
- La valutazione multidimensionale della qualità assistenziale: l'efficienza continua a oscurare gli indicatori di *clinical governance*? GIMBEnews 2009;2(3):4-5
- Cartabellotta A. La formazione residenziale degli operatori sanitari. In: Pressato L, Cartabellotta A, Bernini G et al. L'educazione continua in medicina. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore, 2003.

Approfondimenti

- Accordo 5 novembre 2009. "Nuovo Sistema di Formazione Continua in Medicina: accreditamento dei Provider ECM, formazione a distanza, obiettivi formativi, valutazione della qualità del sistema formativo sanitario, attività formative realizzate all'estero, liberi professionisti". GU n. 288 del 11-12-2009 - Suppl. Ord. n.231.

Corsi

- **GIMBE®**. La nuova ECM: formazione, training e sviluppo professionale. Bologna, 20-21 maggio 2010.
- **GIMBE®**. Strategie per modificare la pratica professionale. Bologna, 11-12 ottobre 2010.
- **GIMBE®**. La valutazione della competence professionale. Bologna, 8-9 novembre 2010.

LETTI PER VOI

The Agenda for Continuing Medical Education — Limiting Industry's Influence

Parallelamente al varo del “Nuovo sistema di Formazione Continua in Medicina”, gli USA continuano a interrogarsi su come prevenire la “contaminazione” della *Continuing Medical Education* (CME) da parte dell'industria. Ecco le sette proposte di Morris e Taitsman per consentire alle autorità governative di proteggere l'integrità della CME, assicurandone obiettivi esclusivamente educazionali, senza alcuna possibilità di essere strumentalizzata a fini commerciali. Sfide ardue, ma non impossibili!

N Engl J Med 2009;361:2478-2482

Strength of Study Evidence Examined by the FDA in Premarket Approval of Cardiovascular Devices

Lisa Bero et coll. analizzano 123 studi utilizzati dalla *Food and Drug Administration* (FDA) per l'approvazione pre-marketing di 78 dispositivi cardiovascolari (DCV) di classe III, quelli che richiedono la valutazione più rigorosa del profilo di efficacia/sicurezza. Solo il 27% degli studi erano randomizzati e ancora meno in cieco (14%); nella metà dei casi lo studio aveva un gruppo di controllo, ma un terzo dei controlli erano storici; nel 90% degli studi l'end-point primario era surrogato e nel 80% c'erano discrepanze numeriche tra i pazienti arruolati e quelli analizzati. Infine, due terzi dei DCV erano approvati sulla base di un singolo studio! Ma le autorità regolatorie non dovrebbero agire sempre nell'interesse dei pazienti e della sanità pubblica?

JAMA 2009;302:2679-2685

Systematic Review of Guidelines on Cardiovascular Risk Assessment. Which Recommendations Should Clinicians Follow for a Cardiovascular Health Check?

Ferket et coll. analizzando con lo strumento AGREE, 27 linee guida (LG) sulla prevenzione cardiovascolare (CV), documentano che 17 hanno uno score AGREE elevato e solo 16 dichiarano i conflitti di interesse. Inoltre, nelle LG di elevata qualità, solo le raccomandazioni sul rischio CV totale e sulla dislipidemia includono modelli predittivi che integrano multipli fattori di rischio, mentre le altre raccomandazioni si focalizzano sui fattori di rischio singoli. Inoltre, tra le diverse LG non c'è consenso su: popolazioni target, soglie terapeutiche e test di screening. Tali differenze si riflettono sulla pratica clinica e sull'allocazione delle risorse tra i numerosi interventi di prevenzione. Nell'editoriale Smith analizza le discrepanze e lancia nuove sfide nella produzione di LG sulla prevenzione CV.

Arch Intern Med 2010;170:27-40

APPUNTAMENTI

5ª Conferenza Nazionale GIMBE®

Dall'Evidence-based Practice alla Clinical Governance
Bologna, 5 febbraio 2010

Area Clinical Governance

Dalle Linee Guida ai Percorsi Assistenziali

Costruzione di percorsi assistenziali, previa ricerca, valutazione critica e adattamento locale di linee guida.

Bologna, 15-16-17 marzo 2010

Audit Clinico e Indicatori di Qualità

Pianificazione, conduzione, report dell'audit clinico; costruzione di un set multidimensionale di indicatori di qualità.

Bologna, 12-13-14 aprile 2010

LEA e Appropriatelyzza degli Interventi Sanitari

Misurare l'appropriatelyzza professionale e organizzativa, con particolare riferimento ai Livelli Essenziali di Assistenza.

Bologna, 24-25-26 maggio 2010

La Nuova ECM: Formazione, Training e Sviluppo Professionale

Elaborare un progetto formativo aziendale a supporto del governo clinico, utilizzando i riferimenti del Nuovo Sistema ECM.

Bologna, 20-21 maggio 2010

Area Clinical Research

Introduzione alla Metodologia della Ricerca Clinica

Primo modulo del “Clinical Research Core-Curriculum” per pianificare, condurre e pubblicare la ricerca clinica.

Bologna, 26-27-28 aprile 2010

Nel prossimo numero

- **Pillole di Metodologia della Ricerca**
- **Quali pazienti escludere da un trial clinico?**
- **Pillole di Governo Clinico**
- **L'adattamento locale delle linee guida**

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

Numero chiuso in redazione il 25/01/2010