



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](http://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 discendenti 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 discendenti 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

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?

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

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-

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

Il governo clinico (Gc) - "liberamente" tradotto da 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.

Il concetto di Gc può essere esteso sia ai sistemi di programmazione, controllo e sviluppo della qualità clinica, sia alla messa in atto di meccanismi di responsabilizzazione, gestione e governo dei processi assistenziali.

La sua efficacia è condizionata dalla sua capacità di permeare tutti i livelli dell'organizzazione sanitaria al fine di consentire ai professionisti di attivare e mantenere elevati standard assistenziali: strutture e processi organizzativi, meccanismi di valutazione e finanziamento, performance e qualità assistenziali, formazione continua e valutazione professionale.

Per questo il Gc richiede un diverso orientamento della struttura organizzativa delle aziende sanitarie, chiamate a

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 esistente 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.** Bisogna 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 paradigma 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](http://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](http://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