

M.D.

M E D I C I N A E D O C T O R

Anno XVIII, numero 5 - 25 marzo 2011

Poste Italiane Spa - Sped. in abb. Postale - D.L. 353/2003 (conv. In 27/02/2004 n. 46) art. 1, comma 1, DCB Milano - Direttore responsabile: Dario Passoni - ISSN 1123 8631

IN QUESTO NUMERO

Focus on

**EBM e Clinical Governance:
un approccio di sistema
per gestire il cambiamento**

pag. 4

Linee guida

**Gestione della febbre
in pediatria**

pag.18

Rassegna

**Rischio radiologico
e medicina generale**

pag. 22



M.D. web tv

**La prima e unica
webTV quotidiana
per l'informazione
e la formazione
del medico italiano**

www.mdwebtv.it



NINO CARTABELLOTTA
Direttore scientifico GIMBE

Nino Cartabellotta è un medico, specialista in gastroenterologia e medicina interna, che durante il suo percorso universitario e formativo ha visto crescere la passione per la metodologia clinica, l'Evidence Based Medicine sino alla Clinical Governance, oggi sempre più un approccio di sistema per migliorare la qualità dei servizi sanitari attraverso la valorizzazione del capitale umano.

Un approccio di sistema per gestire il cambiamento

L'Evidence-based Medicine e la Clinical Governance costituiscono grandi opportunità per la qualificazione culturale dei professionisti sanitari, continuamente in bilico tra appropriatezza e sostenibilità economica. Questa consapevolezza guida il lavoro e l'impegno profuso in questi anni dal GIMBE che ha l'obiettivo di diffondere in Italia queste metodologie attraverso iniziative di formazione, editoria e ricerca.

Anna Sgritto e Monica Di Sisto

Nino Cartabellotta, direttore scientifico del GIMBE è un medico, specialista in gastroenterologia e medicina interna, "finito - racconta a M.D. - per non vedere più malati da quando, all'università, ha avuto l'opportunità di un incontro speciale, che gli ha innescato la passione per la metodologia clinica e l'Evidence Based Medicine (EBM)". Un approccio che diventa sempre più "di sistema", e mira alla qualificazione delle organizzazioni sanitarie e dei singoli professionisti, non solo attraverso la formazione, ma con set di strumenti sempre più mirati e complessi.

Come è arrivato a questa scelta

"La storia è molto lunga: alla fine del quinto anno di medicina ho avuto la fortuna di incontrare il professor **Luigi Pagliaro**, una personalità di spicco nazionale e internazionale nell'ambito della medicina e della metodologia clinica. È stato uno dei primi italiani a pubblicare le meta-analisi, è stato membro della Commissione Unica del Farmaco, ma soprattutto grande clinico che, seguendo il metodo dell'EBM, lo praticava e lo insegnava ancora prima del suo "battesimo ufficiale". Ho frequentato il suo reparto di Medicina Interna presso l'Ospedale Cervello negli ultimi due anni di corso all'Università di Palermo, e poi nei quattro anni della specializzazione. In quel reparto non si prendevano decisioni cliniche senza consultare la letteratura, che allora era solo cartacea (libri e riviste). Vivere questa esperienza da studente prima e da specializzando poi ha consolidato in me la certezza assoluta che un professionista sanitario non può

prendere decisioni per il paziente se non confronta i propri *gap* di conoscenza con le migliori evidenze scientifiche disponibili.

Nel 1993 lascia l'Ospedale Cervello per il Policlinico di Palermo per la specializzazione in Medicina Interna. Nonostante il direttore, Prof. **Alberto Notarbartolo**, fosse persona di grandi capacità e apertura mentale, le differenze di contesto rispetto alla mia precedente esperienza erano enormi. La pratica clinica era gestita in maniera molto accademico, basata molto più sulle opinioni (*opinion-based medicine*) che sulle evidenze scientifiche. In quel contesto scattò la molla che mi spinse a voler condividere con altri colleghi quella che, sino ad allora, era stata l'esperienza più qualificante della mia formazione. Convinsi il Prof. Notarbartolo, che mi diede grande fiducia, a inserire alcuni moduli didattici sull'EBM per gli studenti: strumenti per l'aggiornamento del medico, ricerche bibliografiche, metodologia delle decisioni cliniche. In quegli anni, forte di quanto appreso alla scuola di Pagliaro, frequentavo assiduamente la biblioteca dell'Università: sulle riviste internazionali sempre più frequentemente mi imbattevo in articoli metodologici che aprivano la strada all'EBM. In quegli anni, inoltre, la tecnologia faceva passi da gigante e l'avvento di Internet offrì un enorme contributo al mio desiderio di far conoscere agli altri le mie idee.

Nasce così il GIMBE

Proprio così! Nel 1996, presa consapevolezza delle enormi potenzialità dell'EBM a livello scientifico e profes-

sionale, decisi di fondare il GIMBE, un'associazione che si poneva un preciso obiettivo: diffondere l'EBM in Italia. Iniziai a scrivere articoli per le principali riviste italiane, "divulgando il verbo" dell'EBM, e spiegandone l'estrema utilità nella pratica clinica. Il nome GIMBE cominciò a farsi strada, grazie agli articoli pubblicati e alle relazioni ai congressi, delineando sempre più chiaramente il potenziale contributo dell'EBM nella qualificazione della pratica professionale. Peraltro in quegli anni il movimento veniva sostenuto in Italia anche da altre organizzazioni, quali il Centro Cochrane Italiano. Finita la scuola di specializzazione, mi trasferii all'Ospedale Niguarda di Milano per coordinare - all'interno dell'Ufficio per il Miglioramento Continuo della Qualità - l'Evidence-based Medicine Niguarda Centre. Qualche mese dopo, a cavallo del nuovo millennio, il compianto prof. **Mario Zanetti**, direttore dell'Agenzia Sanitaria Regionale Emilia Romagna, mi chiese di organizzare un master sui temi dell'Evidence-base Health Care (EBHC). Da quell'aula è nato il Consiglio direttivo del GIMBE, il nucleo professionale che lo ha sostenuto per molti anni con grande entusiasmo.

La domanda per l'EBM iniziava a crescere

Diciamo che esplose in maniera imprevedibile. In Emilia Romagna era stato pubblicato il Piano Sanitario Regionale 1999-2001 che introduceva in Italia i temi del governo clinico e GIMBE era una delle poche organizzazioni che erogava formazione su questi temi. Nei primi anni 2000 abbiamo realizzato svariate iniziative di formazione nelle

aziende sanitarie. Da quelle aule sono emersi professionisti motivati e competenti che, successivamente, hanno dato vita alla *Faculty* GIMBE, network multiprofessionale che oggi eroga la formazione GIMBE. Nel 2006 la svolta definitiva: Bologna diventò il cuore delle nostre attività con l'inaugurazione del Centro Studi GIMBE, in occasione della nostra prima Conferenza Nazionale. Il dado era ormai tratto anche dal punto di vista familiare: qualche mese dopo moglie e figli hanno lasciato la Sicilia per raggiungermi sotto le due torri.

La storia del GIMBE segue un po' la parabola dell'Ebm in Italia ?

Direi di sì. In una prima fase il GIMBE nasce per diffondere l'EBM, intesa come metodologia per applicare le evidenze scientifiche al paziente individuale, poi alla salute delle popolazioni (EBHC) e infine per migliorare la qualità dell'assistenza delle organizzazioni sanitarie, ottimizzando l'uso delle risorse. Il *know how* GIMBE, pertanto, si è progressivamente esteso: formazione e sviluppo professionali, pianificazione, organizzazione e valutazione delle *performance* dei servizi sanitari. Il denominatore comune rimane sempre quello delle migliori evidenze scientifiche che sia nella pratica professionale, sia nell'organizzazione dei servizi sanitari, sia nella pianificazione delle strategie di politica sanitaria devono sempre essere tenute in considerazione. Considerato che l'EBM, da sola, rischiava di essere estremamente riduttiva, il nostro piano formativo GIMBEducation si è progressivamente evoluto in questa direzione. Una critica ragionevole è che le decisioni non possono essere prese dalle evidenze. Ovvio. Le decisioni le prendono i professionisti, ma devono essere capaci di tenere conto delle migliori evidenze disponibili. Considerato che oggi tante aree dell'assistenza sanitaria sono "orfane" di evidenze, anche la pianificazione della ricerca clinica e il commissionamento sono entrati nel nostro raggio di attività. Esiste, infatti, una profonda asimmetria nel finanziamento della ricerca, eccessivamente condizionata dagli interessi economici, invece che dalle reali necessità di salute pubblica.

C'è bisogno di una ricerca diversa per la sanità del nostro Paese ?

Una delle sfide più ambiziose del GIMBE è migliorare la qualità metodologica, l'etica, l'integrità, ma anche la rilevanza clinica e sociale della ricerca. Le modalità con cui intervenire a livello istituzionale sono, indubbiamente, al di fuori della nostra portata. Tuttavia, "partire dal basso" con corsi di formazione, congressi, attività di aggiornamento dei professionisti, inizia a dare i primi frutti. Il messaggio da trasmettere è molto semplice: come facciamo a erogare un'assistenza evidence-based se per alcune aree nessuno finanzia e produce la ricerca? Bisogna riempire le "zone grigie" della pratica clinica facendo buona ricerca, mentre oggi l'EBM continua a essere prevalentemente Evidence-based Drug Therapy, perché la maggior parte delle evidenze scientifiche di buona qualità metodologica proviene dagli studi sull'efficacia dei trattamenti farmacologici. In quest'ambito aleggia lo spettro dei conflitti d'interesse, rispetto ai quali la comunità scientifica internazionale sente di non poter più rinviare regole chiare e stringenti per garantire l'integrità della ricerca.

E rispetto alla politica sanitaria, che spazio ha oggi l'EBM ?

L'introduzione delle strategie di governo clinico ha spinto il Ssn nella direzione dell'EBM perché la sua attuazione è legata strettamente all'applicazione integrata di vari strumenti metodologici derivati dall'EBM stessa (linee guida, percorsi assistenziali, audit clinico, risk management, *technology assessment*, ecc.) e previsti sia dal nuovo Piano Sanitario Nazionale, sia da numerosi Piani Sanitari Regionali. Il progressivo sviluppo del *know how* su tutte queste tematiche permette al GIMBE una flessibile modularità di tutte le iniziative di ricerca e di formazione che accompagnano l'evoluzione della domanda del Ssn. Tengo a sottolineare che le attività del GIMBE sono realizzate per la quasi totalità con finanziamenti pubblici, testimonianza delle reali esigenze delle aziende sanitarie.

Qual è la posizione del GIMBE rispetto alla formazione continua ?

L'avvio del sistema di Educazione Continua in Medicina è stato mal vissuto da tantissimi professionisti che lo vedevano più come "credificio" che come strumento per qualificare la loro pratica clinica. Peraltro il piano formativo aziendale (PFA) della maggior parte delle aziende sanitarie è ancora un elenco di corsi di formazione, richiesti dagli stessi professionisti, previa valutazione dei loro fabbisogni formativi. Secondo la rivoluzione copernicana avviata dal GIMBE, il PFA deve essere costruito in relazione agli obiettivi aziendali, perché la formazione continua è uno degli strumenti in grado di modificare la pratica professionale e, di conseguenza, la qualità dell'assistenza. In altre parole le aziende sanitarie devono costruire PFA coerenti con gli obiettivi di salute. Ovviamente, seguendo il principio della valorizzazione del capitale umano, in un sistema di governo clinico devono essere previsti benefit per i team professionali capaci di erogare assistenza di migliore qualità. In questo modo si attiva un circolo virtuoso che, oltre a "disinnescare" l'utilizzo burocratico dell'ECM, evita di cristallizzare comportamenti clinici sostenuti da abitudini consolidate. Infine è necessario ricordare che la formazione continua è solo uno degli strumenti in grado di migliorare la pratica professionale e deve essere integrata con altre strategie per consentire alle aziende sanitarie di rendicontare non solo il bilancio, ma anche la soddisfazione degli utenti, l'appropriatezza professionale e il miglioramento degli esiti di salute.

Un video di approfondimento è disponibile sul portale www.mdwebtv.it, visualizzabile anche con smartphone/iphone attraverso il presente QR-Code

