

## Evidence-based Medicine e Clinical Governance: una survey tra giovani chirurghi italiani

Gabriele Maritati<sup>1\*</sup>, Giovanni Baglio<sup>2</sup>, Giuseppe Panuccio<sup>3</sup>, Filippo de Pasquale<sup>4</sup>, Niccolò Daddi<sup>5</sup>, Carlo Coscarella<sup>6</sup>, Roberto Bartolucci<sup>7</sup>, Gabriele Pogany<sup>8</sup>, Piergiorgio Cao<sup>9</sup>

<sup>1</sup> Medico, UOC Chirurgia Vascolare ed Endovascolare, AO San Camillo-Forlanini Roma, <sup>2</sup> Responsabile offerta ospedaliera e sistemi di rete, Laziosanità-Agenzia di Sanità Pubblica Roma, <sup>3</sup> Medico, Centro di Chirurgia Vascolare ed Endovascolare, Università di Munster, Germany, <sup>4</sup> Medico, UOC Chirurgia Vascolare ed Endovascolare, AO San Camillo-Forlanini Roma, <sup>5</sup> Ricercatore Confermato in Chirurgia Toracica, Università degli Studi di Perugia, Azienda Ospedaliera S. Maria della Misericordia, Perugia, <sup>6</sup> Specialista Chirurgo Vascolare Co.Co.Co, UOC Chirurgia Vascolare ed Endovascolare, Azienda Ospedaliera San Camillo-Forlanini, Roma, <sup>7</sup> Medico, UOC Chirurgia Vascolare ed Endovascolare, AO San Camillo-Forlanini, Roma, <sup>8</sup> Medico, UOC Chirurgia Vascolare ed Endovascolare, AO San Camillo-Forlanini, Roma, <sup>9</sup> Medico, UOC Chirurgia Vascolare ed Endovascolare AO San Camillo-Forlanini, Roma

### ABSTRACT

**Background.** La Clinical Governance (CG) rappresenta in Italia la strategia di politica sanitaria di riferimento per la promozione di elevati standard qualitativi all'interno del SSN. Al centro della CG si colloca il movimento culturale dell'Evidence-based Medicine (EBM).

**Obiettivi.** Misurare all'interno di un campione di giovani chirurghi: 1) la conoscenza dell'EBM e della CG 2) la rilevanza riconosciuta ai temi dell'EBM e della CG nella propria prospettiva professionale.

**Metodi.** Un questionario anonimo è stato inviato via e-mail ai chirurghi iscritti alla Società Polispecialistica Italiana Giovani Chirurghi (SPIGC) e a professionisti segnalati da altri colleghi. I chirurghi eleggibili dovevano essere specializzati da non oltre 4 anni o iscritti all'ultimo anno della Scuola di Specializzazione.

**Risultati.** Sono stati invitati a partecipare 1077 chirurghi (1020 iscritti alla SPIGC e 57 segnalati). Dei 254 rispondenti (24%) 137 erano eleggibili. Di questi, il 96% ha riferito di conoscere il termine Evidence-based Medicine e il 54 % quello di Clinical Governance. Il 62% ha dichiarato di conoscere la definizione dell'EBM e solo il 18% quello della CG. Per il 90% di essi, l'EBM condiziona in ma-

niera significativa la propria attività nei prossimi 15 anni; tale percentuale si riduce al 71% in merito alla CG. Inoltre, il 41% ritiene di non essere in grado di valutare criticamente la letteratura scientifica.

**Limiti.** Il tasso di risposta alla survey potrebbe essere considerevolmente sottostimato poiché la mailing list della SPIGC comprende 1020 indirizzi non aggiornati in funzione dei soci correntemente iscritti che sono attualmente 435. Inoltre, i chirurghi partecipanti alla survey potrebbero non essere rappresentativi della totalità dei giovani chirurghi italiani, in quanto espressione di un sottogruppo particolarmente motivato alle tematiche dell'EBM e della CG.

**Conclusioni.** Nonostante i giovani chirurghi italiani riconoscano la rilevanza sia dell'EBM sia della CG per la propria prospettiva professionale, il training dei chirurghi italiani su queste tematiche è insufficiente. Considerata la bassa percentuale di risposta e la limitata rappresentatività del campione il livello di conoscenza di EBM e CG rilevato potrebbe essere sovrastimato.

**Citazione.** Maritati G, Baglio G, Baglio G, et al. EBM e Clinical Governance: una survey fra giovani chirurghi italiani. Evidence 2012;4(1): e1000005.

**Ricevuto** 27 gennaio 2012 | **Accettato** 29 gennaio 2012 | **Pubblicato** 7 maggio 2012

**Copyright.** © 2012 Maritati et al. Questo è un articolo open-access, distribuito con licenza *Creative Commons Attribution*, che ne consente l'utilizzo, la distribuzione e la riproduzione su qualsiasi supporto esclusivamente per fini non commerciali, a condizione di riportare sempre autore e citazione originale.

**Fonti di finanziamento.** Nessuna.

**Conflitti d'interesse.** Nessuno dichiarato.

**Provenienza.** Non commissionato; sottoposto a peer-review.

\* E-mail: gabrielemaritati@libero.it

## BACKGROUND

La Clinical Governance (CG) definisce nel nostro Paese la strategia di politica sanitaria di riferimento per la promozione di elevati standard qualitativi all'interno del Servizio Sanitario Nazionale (SSN). La CG si sviluppa poi come evoluzione 'evidence-based' di tutto il sistema<sup>1</sup>. Al centro della CG, infatti, si colloca l'Evidence-based Medicine (EBM), riconosciuta come modello di pratica clinica nell'ambito della medicina tradizionale<sup>2</sup>. Sia l'applicazione dell'Evidence-based Practice che l'attuazione della CG rappresentano in Italia l'epicentro formativo dell'Educazione Continua in Medicina (ECM)<sup>3</sup>. In questo scenario, le discipline chirurgiche italiane continuano ad essere meno sensibili a tali tematiche, rispetto a quelle mediche.

## OBIETTIVI

Il presente sondaggio ha indagato il ruolo svolto in Italia dalle Scuole di Specializzazione in discipline chirurgiche nel formare i chirurghi a un approccio professionale "evidence-based" e orientato all'eccellenza delle cure. L'obiettivo dello studio è stato quello di misurare, all'interno di un campione di giovani chirurghi:

- la conoscenza dell'EBM e della CG;
- la rilevanza riconosciuta ai temi dell'EBM e della CG nella propria prospettiva professionale.

## METODI

Il progetto è stato patrocinato dalla Società Polispecialistica Italiana Giovani Chirurghi (SPIGC) e il metodo adottato è stato quello del sondaggio online anonimo. È stato inviato per e-mail un questionario a un campione di chirurghi il cui indirizzo era incluso nella mailing-list della SPIGC. Lo stesso questionario è stato, inoltre, inviato a chirurghi non conosciuti direttamente dagli autori, ma segnalati a livello nazionale da altri colleghi per aver ottenuto ottimi risultati in termini di voto di laurea e specializzazione e perché dediti al loro lavoro "senza prestare attenzione" all'orario di servizio. I chirurghi eleggibili dovevano essere: specializzati da non più di 4 anni o iscritti all'ultimo anno della Scuola di Specializzazione.

## RISULTATI

Sono stati invitati a partecipare 1077 chirurghi, di cui 1020 inclusi nella mailing list della SPIGC (che attualmente conta solo 435 iscritti) e 57 segnalati da altri colleghi. Va precisato che non è stato possibile ottenere la lista dei soli iscritti alla SPIGC perché, durante lo svolgimento del sondaggio, la gestione dell'informatizzazione della società era in fase di transizione. Hanno risposto alla survey 254 (24%) professionisti, di cui solo 137 eleggibili, secondo i criteri di inclusione definiti.

Tra i chirurghi eleggibili c'è una prevalenza di uomini (83 M vs 54 F); i professionisti si sono formati prevalen-

temente nel Centro Italia (Nord 29%, Centro 46%, Sud-Isole 25%) e nel 61% hanno avuto un'esperienza professionale all'estero.

Le quattro domande chiave della survey e le relative risposte sono sintetizzate nelle figure 1, 2, 3, e 4. In particolare, la domanda n. 4 includeva una nota che specificava i seguenti aspetti da considerare durante la valutazione di una pubblicazione scientifica: appropriato disegno di studio, presenza di potenziali bias, adeguato controllo del confondimento, appropriata analisi dei dati, rilevanza clinica e applicabilità dei risultati.

## DISCUSSIONE

La CG e l'EBM rappresentano, da oltre un decennio, il sintetico presupposto di fondo per un'offerta sanitaria di qualità a fronte delle crescenti esigenze di razionalizzazione della spesa. La CG, infatti, definisce nel nostro Paese la strategia di politica sanitaria di riferimento, mutuata dal Regno Unito, per il raggiungimento e la salvaguardia di elevati standard qualitativi all'interno del SSN. Essa rappresenta, in termini di strategia, la "mission" del SSN e presuppone il coinvolgimento *uniforme ed equo* di tutti i professionisti – sanitari, amministrativi, politici – a qualsiasi livello dell'organizzazione sanitaria. La CG si sviluppa inoltre come evoluzione "evidence-based" di tutto il sistema, sia per chi eroga il servizio, sia per chi ne usufruisce<sup>1</sup>. Al centro della CG, infatti, si colloca l'Evidence-based Medicine (EBM), riconosciuta da quasi un ventennio come modello di pratica clinica nell'ambito della medicina tradizionale. L'EBM offre il metodo più appropriato per la selezione e l'utilizzo dei migliori dati scientifici che, all'interno di ogni processo decisionale clinico-assistenziale, vanno adattati al contesto locale e calibrati sulle caratteristiche dei pazienti<sup>2</sup>. A conferma di ciò, gli strumenti più rilevanti della CG, come le attività di audit clinico e di Health Technology Assessment (HTA), la produzione e l'implementazione dei percorsi assistenziali, nonché la formazione degli operatori, richiamano lo stretto rapporto fra EBM e CG: ognuno di essi infatti presuppone "l'utilizzo consapevole, esplicito e giudizioso delle migliori evidenze scientifiche"<sup>2</sup> da parte di tutti gli attori coinvolti nel processo assistenziale.

Nel nostro Paese le discipline chirurgiche si sono dimostrate storicamente meno sensibili alle tematiche di EBM e CG, rispetto a quelle mediche. Questa lacuna formativa risulta ancor più grave in considerazione del fatto che il primo obiettivo dell'Educazione Continua in Medicina (ECM), come stabilito dal Ministero della Salute, è rappresentato proprio dall'applicazione nella pratica quotidiana dei principi e delle procedure dell'Evidence-based Practice (EBM-EBN-EBP) e altri otto obiettivi sono rappresentati dall'attuazione della CG<sup>3</sup>.

Per la selezione del campione da intervistare, sarebbe stato preferibile inoltrare formale richiesta a tutte le

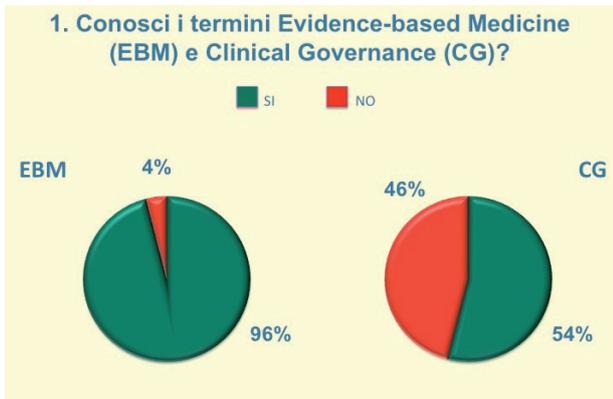


Figura 1. Risultati con diagrammi relativi alla domanda 1

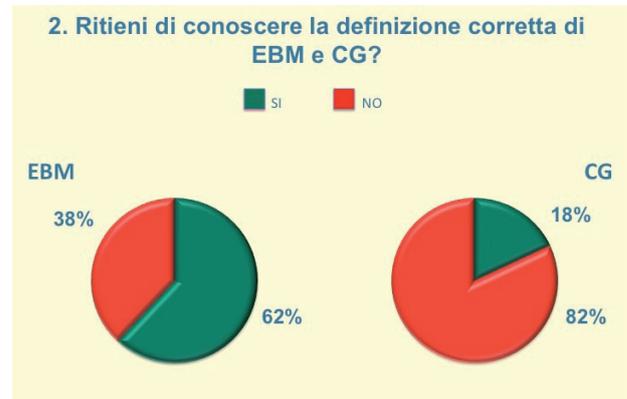


Figura 2. Risultati con diagrammi relativi alla domanda 2

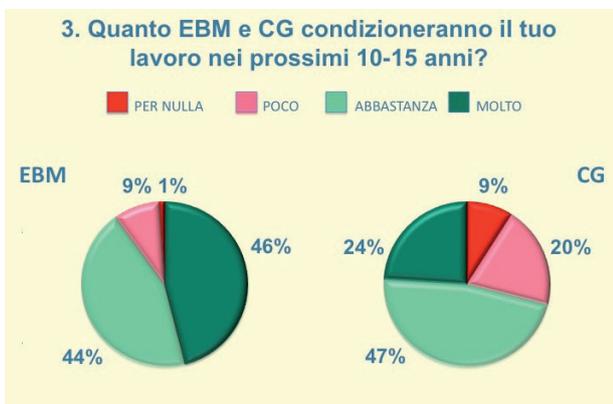


Figura 3. Risultati con diagrammi relativi alla domanda 3



Figura 4. Risultati con diagrammi relativi alla domanda 4

Scuole di Specializzazione degli indirizzi email degli specializzandi o degli specialisti diplomati da non oltre 4 anni. Le Scuole di specializzazione rappresentano infatti il luogo istituzionale dove tutti i giovani chirurghi si formano e dove conoscenze così importanti dovrebbero essere impartite. In realtà, non sarebbe stato *politically correct*, nei confronti delle istituzioni accademiche, porre in dubbio la loro efficacia formativa e attendere poi, dalle stesse, un'eventuale conferma ai nostri dubbi. La scelta del metodo per la selezione degli intervistati è stata dunque, in un certo senso, obbligata ed espone certamente il lavoro a dubbi sul grado di rappresentatività del campione rispetto alla totalità dei giovani chirurghi. Allo stesso tempo, tale campione potrebbe rappresentarne una componente più motivata e maggiormente sensibile agli argomenti considerati. Abbiamo ritenuto, quindi, tale lacuna accettabile, dato che la nostra ricerca aspira semplicemente ad "accendere un faro" su una possibile grave carenza formativa all'interno del training chirurgico italiano.

I risultati suggeriscono che il training italiano in chirurgia sia ancora insufficiente in tema di EBM e CG, nonostante i giovani professionisti riconoscano un ruolo rilevante a queste tematiche. Va sottolineato il fatto che

la conoscenza dichiarata dagli intervistati in termini di EBM, CG e *critical appraisal*, è presunta e non testata, cosa che farebbe presupporre la possibilità di un quadro ancora più critico rispetto a quello descritto.

In particolare, è allarmante il fatto che i giovani chirurghi si dichiarano incapaci di valutare criticamente un articolo scientifico. La domanda n. 4, infatti, è stata posta per focalizzare l'attenzione sull'esperienza acquisita dai giovani chirurghi in termini di *critical appraisal* (III step del metodo EBM), che rappresenta la capacità più importante, ma anche la più ostica da acquisire, nella costruzione di un approccio clinico basato sulle migliori evidenze. Tale abilità richiede formazione continua e dedizione che, nei Paesi anglosassoni, si sviluppa e si affina principalmente attraverso l'attività dei Journal Club. La limitata sicurezza riferita da parte dei giovani chirurghi nel saper leggere una pubblicazione scientifica appare ancor più preoccupante, se si considera che l'analisi delle fonti riveste, formalmente, un ruolo cruciale nella formazione dei medici specialisti da molto tempo prima dell'avvento dell'EBM e della CG. Inoltre, nel contesto storico attuale, i processi decisionali clinico-assistenziali con i quali i medici si confrontano quotidianamente, vengono con-

dizionati da fattori “forti” (industria, pubblica amministrazione, pazienti) non sempre orientati e sinergici per l’obiettivo della promozione e salvaguardia della salute. Dinanzi a tali difficoltà esistono tuttora diverse scorciatoie che attirano i medici verso pericolose soluzioni di comodo più che evidence-based. Una pratica molto diffusa è rappresentata dalla medicina difensiva che, se da un lato dovrebbe mettere al riparo il medico da lamentele e contenziosi medico legali, dall’altro alimenta uno spreco di risorse e un rischio maggiore per i pazienti, spesso sottoposti a procedure diagnostico-terapeutiche inappropriate. Un altro atteggiamento, talvolta meno consapevole, è costituito dalla predisposizione ad accogliere con particolare favore le nuove tecnologie sanitarie, che costituiscono spesso un “sistema premiante” alla cui tentazione è difficile sottrarsi<sup>4,5</sup>.

Infine, se lo studio non si pone l’obiettivo di ricercare possibili cause ai risultati offre lo spunto per alcune considerazioni in merito. A ben guardare, infatti, questo scarso interesse sia per l’EBM che per la CG, nelle discipline chirurgiche, sembrerebbe particolarmente ingiustificato, poiché esse potrebbero rappresentare un’opportunità particolarmente favorevole alla pratica chirurgica: la chirurgia offre processi terapeutici ben definiti e di durata molto circoscritta, il cui esito (a differenza di molte terapie mediche) è facilmente riconducibile al processo stesso; essa si rivolge nella gran parte dei casi a pazienti con discreta aspettativa di vita e quindi in grado di misurare un follow-up a medio o lungo termine; infine è fortemente condizionata dall’utilizzo di tecnologie sanitarie, il cui costo rilevante spesso richiederebbe uno sforzo più adeguato in termini di consapevolezza e ottimizzazione delle risorse impiegate. Le ragioni di questo disinteresse appaiono molteplici. Se da un lato i giovani professionisti risentono di un’insufficiente formazione chirurgica post-lauream orientata a soddisfare soprattutto obiettivi formativi clinici piuttosto che metodologici, dall’altro lato, i colleghi esperti più anziani tendono spesso ad accontentarsi del “gesto tecnico” e ad esaurire in esso ogni velleità di successo professionale. D’altronde, l’appagamento derivante della riuscita tecnica di un intervento (tra l’altro riconosciuta e apprezzata dal paziente) non potrebbe che sbiadirsi alla luce di un’analisi degli esiti più completa a medio-lungo termine. A difesa dell’attuale situazione di inerzia, inoltre, si ripropongono alcune diffuse convinzioni, poco sostenibili, ma condivise anche ai livelli istituzionali più elevati. Ad esempio, la convinzione di disporre di un servizio sanitario riconosciuto, a livello internazionale, come il secondo in termini di qualità offerta (senza necessariamente sapere “secondo” a quale altro, che potrebbe quindi rappresentare un modello di riferimento), trascurando il fatto che la scarsa disponibilità di dati sulla qualità dei servizi erogati potrebbe in realtà mascherare un quadro meno edificante.

Un’altra perplessità emerge dalla considerazione, che il nostro SSN dispone di molti chirurghi dalla competenza professionale molto elevata. Tuttavia, questi professionisti non costituiscono il prodotto di un virtuoso sistema formativo condiviso, bensì, quasi sempre, l’esito brillante di percorsi formativi eterogenei e irripetibili, scaturiti da scelte e opportunità individuali, e spesso maturati in altri sistemi sanitari. Questa carente condivisione di esperienza formativa, all’interno di un sistema come quello italiano che non è in grado di garantire un appropriato percorso formativo e informativo (e di conseguenza nemmeno il riconoscimento realmente condiviso del “merito”), comporta certamente gravi effetti collaterali. Da un lato, la scarsa applicabilità delle buone esperienze maturate all’estero; dall’altro, la ritrosia dei professionisti a trasferire ad altri colleghi le proprie esperienze, nel timore che la condivisione delle proprie conoscenze indebolisca le proprie potenzialità più che valorizzarle, in un contesto che “premia” in maniera imprevedibile e senza necessariamente pesare la reale qualità del servizio offerto.

La diffusione di conoscenze in termini di EBM e CG amplierebbe le capacità di un gruppo chirurgico nel produrre attività scientifica attraverso una sinergia tra diverse competenze. Tutto ciò conferirebbe una più ampia “visibilità” professionale ai senior, lasciando ai più giovani un maggiore coinvolgimento nell’attività operatoria.

## LIMITI

Il tasso di partecipazione alla survey tende a essere sottostimato in considerazione del fatto che la mailing list della SPIGC comprende 1020 indirizzi che non vengono aggiornati in funzione dei soci iscritti alla società, attualmente 435. Inoltre, l’analisi dei dati non ha considerato le risposte degli iscritti al I, II, III o IV anno della Scuola di Specializzazione e degli specialisti da oltre 4 anni. Questo ultimo gruppo, in particolare, che raccoglie i chirurghi meno giovani, di età anche superiore ai 40 anni, costituisce una percentuale nettamente superiore rispetto a quelli inclusi nella mailing list della SPIGC e non correttamente iscritti alla società.

Infine, i chirurghi destinatari del sondaggio verosimilmente non sono rappresentativi della totalità dei giovani chirurghi italiani, in quanto potrebbero esprimere una componente maggiormente motivata e sensibile alle tematiche trattate.

## CONCLUSIONI

I risultati della nostra survey inducono a ritenere inadeguato il training post-lauream in Italia nel formare i giovani chirurghi in materia di EBM e CG. Tale carenza formativa appare persistere anche negli anni successivi.

I giovani chirurghi sembrano riconoscere un ruolo rilevante alla CG e in particolare all’EBM, all’interno della

propria prospettiva professionale. Anche se l'entità dei risultati potrebbe certamente essere condizionata dai limiti sopraindicati, la bassa rispondenza e la limitata rappresentatività del campione potrebbe tradursi in una sovrastima dei livelli di conoscenza di EBM e CG: in altri termini, il quadro generale potrebbe essere peggiore di quello emerso dallo studio.

In conclusione, sarebbe auspicabile una riflessione approfondita su quale dovrebbe essere il modello formativo più adeguato alle esigenze e alle aspirazioni dei giovani chirurghi. In particolare, tenendo conto del fatto che la CG, e l'EBM di cui essa è strutturalmente pervasa, rappresentano il presupposto di fondo per un SSN di qualità che riesca a ottimizzare proficuamente la sempre più limitata disponibilità di risorse.

## CONTRIBUTO DEGLI AUTORI

Ideazione e disegno dello studio: Gabriele Maritati, Giovanni Baglio

Acquisizione, analisi e interpretazione dei dati: Gabriele Maritati, Giovanni Baglio, Giuseppe Panuccio, Filippo de Pasquale, Niccolò Daddi, Carlo Coscarella

Stesura dell'articolo: Gabriele Maritati, Giovanni Baglio

Revisione critica di importanti contributi intellettuali: Gabriele Maritati, Giovanni Baglio, Roberto Bartolucci, Gabriele Pogany, Piergiorgio Cao

Approvazione finale della versione da pubblicare: Gabriele Maritati, Giovanni Baglio, Roberto Bartolucci, Gabriele Pogany, Piergiorgio Cao

## BIBLIOGRAFIA

1. Piano Sanitario Nazionale 2011-13. Ministero della Salute. Disponibile a: [www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_1454\\_allegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1454_allegato.pdf). Ultimo accesso: 3 maggio 2012.
2. Sackett DL, Rosenberg WMC, Gray JAM, Haynes RB, Richardson WS : Evidence-based medicine: what is and what it isn't. *BMJ* 1996;312:71-2.
3. Educazione continua in medicina – Obiettivi. Ministero della Salute. Disponibile su: [www.salute.gov.it/ecm/paginaInternaEcm.jsp?id=1&menu=obiettivi](http://www.salute.gov.it/ecm/paginaInternaEcm.jsp?id=1&menu=obiettivi). Ultimo accesso: 3 maggio 2012.
4. Austad KE, Avorn J, Kesselheim AS. Medical students' exposure to and attitudes about the pharmaceutical industry: A systematic review. *PLoS Med* 2011;8:e10001037.
5. Fabbri A, Ardigo M, Grandori L, Reali C, Bodini C, Stefanini A. Conflitto di interessi tra medici e industria farmaceutica. Studio quali-quantitativo sulla percezione degli studenti della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Bologna. *Quaderni ACP* 2009;16:3-9.