

LINEE GUIDA, CHE PASSIONE!

Questo numero di *Medico e Bambino* è quasi interamente dedicato alle "Linee guida sull'uso degli antibiotici nelle infezioni respiratorie del bambino". Si tratta di un lavoro ragguardevole, che affronta alcuni degli aspetti più comuni della pratica pediatrica. Il percorso compiuto per la formulazione delle linee guida soddisfa - cosa tuttora rara nel panorama italiano - gran parte dei requisiti richiesti a una linea guida per definirsi tale: l'interdisciplinarietà del gruppo che la formula, la chiarezza dei quesiti, la completezza e la qualità delle revisioni sistematiche che ne costituiscono la base conoscitiva, la formulazione di raccomandazioni con l'indicazione del livello di evidenza disponibile. *Medico e Bambino* è quindi molto lieta di contribuire a far conoscere questo lavoro, sia per il suo contenuto sia per il metodo seguito.

In realtà questo lavoro si inserisce in un contesto che finalmente è in movimento a livello nazionale: esiste un Programma Nazionale Linee Guida (PNLG), condotto dall'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali, in stretta collaborazione con altri centri e in particolare con le società scientifiche. In campo pediatrico, un gruppo di lavoro a cui contribuiscono pediatri di famiglia, ospedalieri, universitari e di comunità, appartenenti a tutte le società pediatriche, ha iniziato a lavorare nel campo dell'asma e delle broncopolmoniti, focalizzando l'attenzione soprattutto sui criteri per il ricovero e sui trattamenti a domicilio. Si è creato inoltre, a partire da un corso - condotto a Verona nel maggio di quest'anno - diretto da Roberto Buzzetti e organizzato da Michele Gangemi, un gruppo che sta approfondendo le tematiche dell'Evidence Based Medicine che sono alla base della formulazione di linee guida. Sarebbe logico attendersi che da tutto questo scaturisca una capacità della pediatria italiana di produrre indicazioni e raccomandazioni, così come avviene in altri Paesi, sulle questioni di maggior rilievo pratico. Sarebbe inoltre molto bello se si arrivasse alla redazione comune di un "luogo", sotto forma di sito di alta qualità della pediatria italiana, tale da consentire alla comunità pediatrica italiana un accesso a indicazioni e raccomandazioni condivise e prodotte secondo la metodologia ritenuta oggi la più valida.

Detto questo, occorre dire che la formulazione di linee guida è solo un primo passo. La loro disseminazione non garantisce nulla circa la loro applicazione, sia all'estero che in casa nostra. L'attenzione quindi deve essere portata, come lo stesso PNLG afferma, alle strategie più efficaci per promuovere l'utilizzo delle linee guida tra i professionisti, e soprattutto per promuoverne l'uso ragionato, il che significa non meccanico, ma adattato al singolo paziente. È su questo aspetto infatti che si incontrano le maggiori difficoltà, e anche le maggiori resistenze da parte di chi concepisce le linee guida come una limitazione della propria professionalità. Si tratta di impegnarsi in progetti pilota che sperimentino sul campo quali siano le modalità più efficaci di applicazione, che identifichino gli ostacoli e i problemi, e che propongano delle soluzioni accettate dagli operatori

sanitari e anche gradite dai pazienti. La comunicazione ai pazienti stessi del fatto che esistono delle raccomandazioni formulate secondo i criteri più rigorosi possibili riguardo al problema che li tocca e il loro coinvolgimento nella scelta del percorso diagnostico e terapeutico nel caso esistano più alternative valide costituiscono una delle frontiere della medicina di oggi.

Uno di questi progetti pilota sta per partire, ed è quello che riguarda l'applicabilità delle linee guida che si riferiscono alla limitazione dell'uso dell'antibiotico nell'otite acuta del bambino. Il progetto può essere richiesto ai proponenti (Sergio Conti Nibali, serconti@glauco.it, e Federico Marchetti, marchetti@freemail.it) o al Centro per la Salute del Bambino (csb.trieste@iol.it) che gestisce lo studio. Da questa sperimentazione ci attendiamo indicazioni utili, e probabilmente generalizzabili anche ad altri temi, riguardo alla misura in cui ciò che appare scientificamente evidente possa essere applicato nella pratica di ogni giorno con il consenso e il gradimento sia dei medici, in questo caso i pediatri, sia dei pazienti, in questo caso i genitori.

Giorgio Tamburlini

SORPRESA: L'ITALIA TRA I PRIMI DELLA CLASSE!

Incredibile: il World Health Report 2000 - Health systems: improving performance, pubblicato il 21 giugno dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, dichiara che è la Francia il Paese che, al mondo, fornisce il miglior sistema di attenzione alla salute, seguita a ruota da Italia, Spagna, Oman e Austria, e da una serie di piccolissimi stati tra i quali San Marino e Andorra. È la prima volta che l'OMS conduce un'analisi dettagliata sui risultati, in termini di salute della popolazione, che producono i sistemi sanitari nazionali.

I metodi sono del tutto innovativi e proprio per questo hanno forse ancora bisogno di verifiche.

L'analisi e il giudizio si basano su tre indicatori fondamentali: la salute prodotta, la risposta alle aspettative dell'utenza e l'equità nella distribuzione dei costi nel sistema. A loro volta il primo parametro (la salute) e il secondo (la risposta alle aspettative) comprendono sia un indicatore globale che un indicatore di distribuzione nei vari gruppi della popolazione, per cui alla fine gli indicatori diventano cinque.

L'Italia ha punteggi elevati in tutti gli indicatori tranne che nella risposta alle aspettative dell'utenza, e in particolare nella distribuzione di questa risposta nei vari gruppi sociali. Eccelle in particolare nel livello globale di salute raggiunto (misurato come al solito in termini di aspettativa di vita, mortalità ecc.), e si comporta bene anche per quanto riguarda l'equità nella distribuzione dei costi, grazie al sistema di tassazione progressiva adottato dal nostro Paese.

Si potrebbe obiettare che lo stato di salute non dipende tanto dal sistema sanitario quanto dalla qualità della vita economica e sociale. In realtà il Direttore Generale del-

L'OMS, la dott.ssa Gro Harlem Brundtland, afferma che: «Il principale messaggio di questo rapporto è che la salute e il benessere dei popoli del mondo dipendono in modo critico dalla performance dei sistemi sanitari che li servono».

Il rapporto riprende le evidenze raccolte in questi ultimi anni che dimostrano come il livello di salute di una singola nazione dipenda molto da come sono trattati i poveri e le fasce meno fortunate: se si paga la salute, i poveri pagano con la loro salute la salute degli altri. Ogni dollaro speso da un povero per aver accesso al sistema sanitario lo rende più povero e meno in salute. L'impatto degli insuccessi dei sistemi sanitari è più grave sui poveri, ovunque nel mondo: essi sono spinti ancor più nella povertà dalla carenza di protezione finanziaria contro la malattia; cercando di acquisire salute con i loro soldi, i poveri pagano per risorse di peggiore qualità e diventano più poveri.

Il rapporto insiste molto sulla equità nella ripartizione del contributo economico al sistema. Il migliore beneficio per la salute di tutti è disporre di un sistema assicurativo il più esteso possibile a tutte le fasce della popolazione, poveri per primi: in molti Paesi (anche molto ricchi) le fasce economicamente e socialmente svantaggiate, prive di una rete assicurativa, sono annientate dall'evento catastrofico di una malattia, che può costare loro più del 100% del loro reddito, cioè precipitarli nel debito.

Nessuno ha diritto di dimenticare queste proposizioni, questi principi, e specialmente questi risultati, quando propone una "devolution" della Sanità, che nasconde (come era manifesto nel referendum radicale, e come già accade in Lombardia) un progetto "liberistico" di indebolimento del SSN a vantaggio del privato nelle sue varie forme; e che, anche se promette di tutelare l'interesse (egoistico) delle Regioni più ricche, in realtà, anche in queste Regioni, farà essenzialmente l'interesse (ancor più egoistico) dei ceti più agiati (oltre che delle case di cura private), e produrrà, come è avvenuto dovunque, più spesa, più povertà e più malattia tra i più poveri, aumentando i divari sociali e abbassando, inevitabilmente, gli indici di salute.

Tutte le tabelle statistiche, e i metodi con cui sono state compilate, sono disponibili con chiarezza al sito www.who.int. Certo è assolutamente degno di nota il fatto che l'Italia per l'indice Efficacia Globale del Sistema Sanitario sia al secondo posto dopo la Francia (Inghilterra al 18°, Germania al 25°, Stati Uniti al 37°, Cuba al 39°); per l'indice Attesa di Vita corretta per Disabilità sia al 3° posto, dopo Oman e Malta (segue Francia, al 24° l'Inghilterra, al 72° gli Stati Uniti); per l'indice Produttività del Sistema Sanitario sia all'11° posto (dopo Giappone e nazioni del Nord Europa, seguita da Germania al 14° posto e Stati Uniti al 15° posto); infine, per quanto riguarda il Costo del Sistema Sanitario, l'Italia spende 1855 dollari/per abitante, contro i 2369 della Francia, i 2713 della Germania, i 1303 dell'Inghilterra e i 4187 degli Stati Uniti; ma in Italia si spendono più denari di tasca propria rispetto a Francia, Germania, Inghilterra.

È questo che abbassa il punteggio globale dell'Italia su questo aspetto specifico e la fa scendere all'11° posto.

Queste pagine, più di 10 anni fa, hanno visto la rubrica "Salute per tutti nell'anno 2000", legata alle raccomandazioni dell'OMS, perire per condanna dei lettori e del comitato di redazione. È stata una scelta giusta, non ci poteva fermare alle sole esortazioni, alle "Recommendations". Tuttavia, il confronto con gli altri a volte è illuminante più di tante analisi di casa nostra, così come il confronto con quello che uno "sguardo globale" può dirci. Anche il nostro Piano Sanitario Nazionale, emanato dal Ministro Bindi, è un documento che meriterebbe di essere letto e confrontato con quanto raccomandato dall'OMS. È la stessa esperienza italiana di una pediatria territoriale accessibile da parte di tutte le fasce di popolazione; è un'esperienza che merita di essere confrontata, per quello che costa e per quello che produce in termini di salute e di risposta alle aspettative con i sistemi di altri Paesi. È un tentativo che merita di essere fatto e che potrebbe avere significativi riscontri in campo internazionale.

Luigi Greco

FORMAZIONE PERMANENTE E SUO ACCREDITAMENTO

Qualche anno fa, in Gran Bretagna, un grave caso di *mal-practice* ha sconvolto l'opinione pubblica e ha evidenziato in maniera clamorosa quanto sia indispensabile per i medici la formazione continua. Dopo quell'episodio le Società scientifiche, le Organizzazioni professionali e le riviste mediche più accreditate hanno approfondito l'argomento aprendo un ampio e partecipato dibattito, che ha accresciuto la consapevolezza della classe medica sul problema. In questo modo, nel corso di qualche anno, si è arrivati a una completa definizione di tutti gli aspetti riguardanti la formazione continua, a delle linee guida di Good Medical Practice, e a un formale impegno che per il 2002 in Gran Bretagna si darà inizio a un processo regolare di ricertificazione.

In Italia il decreto legge 229/99, "decreto Bindi", ha definito l'obbligatorietà della formazione continua per tutti i medici coinvolti a qualsiasi titolo nel SSN, prevedendo sanzioni per chi non adempirà a tale obbligo. La legge è giunta prima di una riflessione sull'argomento e questo, anziché accelerare la maturazione delle coscienze sul problema, potrebbe creare delle difficoltà o ingenerare una reazione di rifiuto. È quindi indispensabile che le Società scientifiche, le Organizzazioni di categoria e gli Ordini professionali collaborino in uno sforzo comune di analisi e di definizione dei principi fondamentali della formazione continua.

L'elaborazione di documenti comuni dovrebbe andare di pari passo con l'impegno ad allargare il dibattito sull'argomento, dedicando un grosso sforzo per far crescere in tutti i medici la consapevolezza che la formazione continua è un "dovere morale".

Questo dovere è imposto dall'evolversi veloce delle conoscenze, dai cambiamenti dei costumi sociali e delle richieste

assistenziali, che obbligano a un continuo adeguamento del bagaglio di nozioni e soprattutto delle competenze professionali. Con la formazione continua il medico adegua le sue conoscenze ai cambiamenti globali nel campo della salute e risponde al suo bisogno di crescita culturale e professionale, con un processo che può essere almeno in parte autogestito. La formazione deve influire più sul "saper fare" e "saper essere" che sul "sapere", e proporsi non solo un adeguamento delle conoscenze ma il miglioramento della qualità delle cure erogate, del rapporto medico/paziente, e un positivo cambiamento del sistema sanitario in cui i medici sono inseriti. Deve migliorare le capacità di relazione e comunicazione del medico, perché queste hanno un'importanza fondamentale nel mantenimento del rapporto di fiducia, e condizionano in maniera rilevante i risultati delle cure erogate. In un percorso di formazione continua deve esservi un equilibrio tra gli argomenti scelti che rispetti i bisogni del singolo professionista, tenga conto di quelli dell'organizzazione in cui questi è inserito e della comunità in cui opera. Gli argomenti da privilegiare vanno quindi indicati dopo un'accurata osservazione della realtà dell'area in cui operano i medici a cui ci si riferisce e una completa rilevazione dei bisogni e delle priorità.

In questo processo di rilevazione va ricercato il contributo di coloro che finanziano il servizio e che ne usufruiscono. La formazione, per essere efficace, deve basarsi su processi formativi in grado di determinare un cambiamento nella pratica professionale: per questo vanno privilegiati i metodi di apprendimento attivo e devono avere particolare rilievo i momenti di formazione "sul lavoro", in "gruppi alla pari" e "tra pari in gruppo composito". Nel lavoro tra pari in gruppo composito, quali quelli in cui dei pediatri di III e II livello si formano assieme a pediatri delle cure primarie, devono avere priorità i temi ad alto impatto assistenziale, come ad esempio la definizione di linee guida o il corretto utilizzo di tecnologie innovative. Vanno stimolati i momenti di formazione interdisciplinare, la ricerca, la formazione con i mezzi di comunicazione telematica. Questi ultimi, tra l'altro, permettono di accedere alla formazione interattiva e in gruppi alla pari anche a medici che operano in situazioni di isolamento geografico e culturale.

Per poter ottenere un adeguato cambiamento nella realtà italiana è necessario che ciascun gruppo di medici con bisogni formativi professionali simili riveda che cosa è stato fatto finora, quanto possa essere riprodotto in futuro e quanto invece vada trasformato o eliminato. Nell'area medica pediatrica potremo dire che si è fatto molto di più nel campo dell'aggiornamento professionale che in quello della formazione. Pertanto si dovrebbero incrementare le occasioni di formazione a piccoli e medi gruppi con obiettivi didattici e metodi ben definiti. I momenti di aggiornamento tradizionale vanno senz'altro rivisti programmando contenuti più mirati e selezionati. Per ogni incontro andrebbero fissati degli obiettivi conoscitivi e/o formativi da raggiungere e il tempo dedicato ai singoli argomenti, mentre il rapporto tra docenti e discenti dovrebbe essere sempre tale da favorire la partecipazione.

Le offerte di momenti di formazione e aggiornamento andranno sottoposte ad accreditamento, cioè a una procedura di valutazione da parte di una Authority regionale per quanto riguarda i contenuti, i tempi, le modalità di realizzazione e le metodologie didattiche utilizzate, e a ciascuna andrà attribuito un punteggio (credito) che riguardi tutto il momento formativo e/o singole sessioni di esso. Ciascun medico avrebbe così la possibilità di scegliere tra i processi accreditati quelli più idonei a rispondere ai suoi bisogni formativi. Per tutti i medici coinvolti nel SSN andrebbe comunque prevista la partecipazione obbligatoria a momenti di formazione sull'organizzazione dei servizi, su progetti obiettivi regionali e/o d'azienda e su altri argomenti che emergano come prioritari per un buon funzionamento della rete assistenziale. Anche questi percorsi formativi devono essere accreditati da parte dell'Authority. Il medico potrebbe così completare il numero di crediti che verrà stabilito dalla Commissione Nazionale prevista dal decreto Bindi, frequentando per una metà dei crediti momenti di formazione sui servizi e per l'altra metà dei momenti a sua scelta tra quelli accreditati dall'Authority regionale.

Qualcosa, in questa direzione, si è già mosso in quest'ultimo anno. L'Ordine dei Medici ha avviato un processo di identificazione e accorpamento delle varie Società scientifiche, e si propone di elaborare un documento unitario da portare alla commissione nazionale.

L'ACP ha elaborato un documento, presentato e discusso in vari convegni e pubblicato su *Quaderni acp* e su *Medico e Bambino* (n.3, 177, 2000), e si è proposta una fase di sperimentazione di un sistema di crediti. La FIMP ha a sua volta elaborato un documento completo ed esaustivo che non si discosta da quello ACP per quanto riguarda i principi fondamentali. Anche la SIP ha avviato un dibattito al suo interno, e affidato alla Commissione Cultura il compito di elaborare un documento. Nell'ambito dell'area pediatrica si è quindi promosso un tavolo comune per la definizione di un documento condiviso, da presentare come contributo alla Commissione Nazionale. Di pari passo dovrà essere promossa un'ampia e partecipata discussione dei contenuti, che coinvolga il maggior numero di pediatri possibile e che porti ad accrescere la consapevolezza dell'importanza della formazione. Il vero motore del cambiamento in questo campo in cui l'Italia ha accumulato un ritardo rispetto ad altre realtà europee potrebbe essere proprio la consapevole adesione dei medici.

Una volta accreditati i processi formativi e ottenuto che tutti i medici, per obbligo di legge o per convinta partecipazione, raggiungano il monte crediti di formazione, si sarà fatto senz'altro un grande passo avanti. Occorrerà poi valutare sia la reale qualità dei processi di formazione che il loro impatto sul miglioramento delle performance e quindi sulla qualità delle cure erogate. Su questo aspetto del problema non vi sono certezze a cui attingere, perché l'argomento è ancora fonte di dibattito in quasi tutte le realtà sanitarie più evolute.