

## INVESTIRE NEL FUTURO

*La vera questione è come usare saggiamente le risorse.  
L'evidenza supporta chiaramente una politica:  
investire nei più piccoli  
(James J. Heckman, Premio Nobel per l'Economia, 2000)*

Non voglio entrare nel merito del sistema pensionistico italiano. Non ne sono certo un esperto. Constato solo fatti difficilmente contestabili: che la quota delle pensioni sulla spesa sociale in Italia è tra le più alte in Europa, e che il sistema è ingiusto: esistono sperequazioni inaccettabili tra categorie di pubblici dipendenti, e tra dipendenti pubblici e autonomi, ed esistono tuttora privilegi ingiustificati.

Sperando che qualcuno metta mano alle sperequazioni e alle ingiustizie, almeno a evitare che si perpetuino, torniamo al primo punto, che è quello di cui oggi (quando va bene) si discute. Si dice che farebbe bene all'economia del Paese una revisione del sistema attuale, così come rivisto dalla riforma Dini non molti anni fa. Accelerandone i tempi, disincentivando il pensionamento o incentivando chi vuole restare al suo posto. Nemmeno nel merito di questi meccanismi voglio entrare se non per fare una banale osservazione: i sistemi che lasciano libertà di scelta, seppure orientandola, sono migliori di quelli rigidi. Quindi, se uno vuole restare, che resti; se uno vuole andare, che vada. Lo Stato provveda a stabilire incentivi e disincentivi per orientare verso un esito equo per i singoli ed economicamente conveniente per la comunità.

Ma il problema che qualcuno deve sollevare è un altro. Anche considerando che l'Italia è un Paese vecchio, la spesa sociale per l'infanzia, includendo supporti alle famiglie con bambini, servizi socio-educativi, scuola, servizi per i giovani, è troppo, troppo bassa. Gli economisti ci insegnano che c'è un limite verso l'alto alla spesa sociale, oltre il quale lo sviluppo generale viene ostacolato, andando quindi a detrimento dell'occupazione e quindi delle stesse categorie che si vogliono proteggere (preoccupazione abitualmente più forte a destra). D'altro canto gli stessi economisti ci dicono che c'è un limite verso il basso alla spesa sociale, oltre il quale lo sviluppo viene ostacolato, in quanto il capitale umano (educazione e salute) e quello sociale (coesione) vengono erosi, andando di nuovo a scapito dello sviluppo e soprattutto accrescendo le disuguaglianze a danno dei più svantaggiati (preoccupazione più forte a sinistra). Quindi, con qualche margine verso l'alto e verso il basso, dovuto alle diverse sensibilità e credi economici, e magari alle esigenze del ciclo economico, ci si può accordare su un ideale "cost effective", quota di spesa sociale. Probabilmente questa quota ideale non è distante da quella, intorno al 25%, comune alla gran parte dei Paesi europei (UE), compresa l'Italia. Bene. Il problema è che, anche tenendo conto che l'Italia è vecchia (ma non molto di più del resto dell'Europa), la quota di spesa sociale indirizzata all'infanzia è non solo più bassa, ma molto più bassa della media europea. Ora, un basso investimento sull'infanzia è un basso investimento sul futuro del Paese, compreso quello dei futuri pensionati che dovranno avere, domani, qualcuno che paga le tasse per potere pagare le loro pensioni. È quindi chiaramente un circolo vizioso, quello in cui ci si sta cacciando: meno investimento nell'infanzia, meno bambini; e bambini di oggi e adulti di domani meno istruiti, peggiori cittadini e produttori. Un anno in più di scuola consente in media un aumento del 5-10% del reddito individuale (Banca Mondiale, 2003). Una stimolazione precoce quale quella data da genitori attenti e competenti e/o da precoce socializzazione ha effetti che sono ancora misurabili dopo 20

e più anni (The Early Years Study, 1999). E tuttavia da noi si investe pochissimo in questa area: l'offerta pubblica di nidi per l'infanzia è inferiore al 5% in molte regioni del Sud, non supera il 15% se non in un paio di regioni del Centro Nord; per la scuola materna la situazione è migliore ma l'offerta, anche considerando il settore privato, è di gran lunga inferiore al bisogno; i programmi per genitori sono ancora l'eccezione. E i fruitori di questi servizi sono soprattutto i nuclei familiari con maggiori risorse economiche e culturali.

È quindi una sorta di lento suicidio economico-sociale, il nostro, aggravato dallo scarso, scarsissimo, investimento nella ricerca (uno dei più bassi in Europa), che pregiudica il nostro futuro e soprattutto quello dei nostri figli.

La ragione di tutto questo, o meglio la ragione principale, è la mancanza di lungimiranza di molti nostri politici (ci sono delle differenze, beninteso; però, a ben vedere, fatti alla mano, e su questo preciso punto, le differenze non sembrano poi decisive: la scuola era stata indicata come priorità assoluta da uno di loro, qualche anno fa... ne riparliamo?) che "vedono", quando va bene, fino alle prossime elezioni. I pensionati votano, i bambini no. I pediatri, gli insegnanti, tutti gli altri operatori dell'infanzia votano pure loro, ma sono di meno. E poi, va detto, badano ai propri interessi, che qualche volta, ma solo qualche volta, coincidono con quelli dei bambini o degli studenti.

Questo nostro Paese, così come questo nostro mondo, ha un bisogno disperato di investire nel futuro, di credere nel futuro, per stare meglio domani ma anche per stare meglio oggi. Perché senza un futuro ipotizzabile, visibile, costruibile, e quindi "agito" già nel presente, non si sta bene nemmeno nell'oggi. E non è questione di rischiare una "guerra tra generazioni": chiedetelo ai pensionati, chiedetelo ai nonni, se sono disposti a qualche sacrificio per dare nidi, scuole per l'infanzia, educazione di qualità ai nipoti. Sindacalisti, politici, su, un po' di coraggio. Chiedeteglielo.

**Giorgio Tamburlini**

## IL PUNTO SULLE LINEE GUIDA

*Tra bufalo e locomotiva la differenza salta agli occhi  
la locomotiva ha la strada segnata  
il bufalo può scartare di lato e cadere  
(F. De Gregori)*

La storia delle linee guida è breve, anche se il tentativo di portare i medici verso la razionalità delle scelte diagnostiche e terapeutiche si perde nei secoli. La medicina tenta infatti da sempre di darsi un fondamento scientifico, al di là dell'arte, e del rispetto del singolo malato come individuo unico e originale. Nel 1992 il *National Institute of Medicine* conia la seguente, ormai celebre, definizione: «Raccomandazioni sviluppate in modo sistematico per assistere medici e pazienti nelle decisioni sull'assistenza sanitaria appropriata di specifiche condizioni cliniche». Sappiamo bene quanto sia decisiva la definizione, che ha la preziosa ricaduta di delimitare i confini concettuali e operativi; in pratica nasce un nuovo "genere letterario": la "linea guida" (LG) o, per meglio dire, la "evidence-based clinical practice guideline". Perché questa pignoleria? Per cercare di distinguere quelle che chiameremo LG da tutta una serie di concetti sinonimi e parenti più o meno stretti, ma che linee guida non sono, tra cui val la pena di ricordare:

□ i protocolli, algoritmi da seguire e applicare rigidamente, sia quelli nati per facilitare le scelte dei clinici in condizioni standard

che non ammettono deroghe, sia quelli utilizzati come strumenti amministrativi o burocratici finalizzati al contenimento dei costi sanitari o al controllo dei comportamenti medici;

i documenti di consenso (Consensus Conference);

i trattati o le revisioni della letteratura;

i rapporti di technology assessment (valutazione sistematica di benefici, rischi e costi - clinici, sociali ed economici - del trasferimento degli interventi/tecnologie sanitarie nella pratica clinica).

Senza assolutamente voler ripetere concetti noti, e peraltro trattati in precedenza anche sulle pagine di questa rivista (Formoso G, Buzzetti R, Campomori A, Magrini N. Criteri metodologici per la produzione di linee guida: l'esempio dell'asma. *Medico e Bambino* 2000;8:513-20), varrà comunque la pena di ricordare i cenni fondamentali sul metodo di produzione.

Siamo ormai travolti da centinaia o migliaia di documenti, pochi dei quali rispettano i requisiti basilari perché una LG sia definibile come tale.

Sta per fortuna tramontando il cosiddetto metodo GOBSAT ("good old boys sitting around a table"): tre o quattro personaggi carismatici che si chiudono in una stanza e partoriscono le LG su un problema clinico.

Sempre più invece si sta comprendendo come siano irrinunciabili i seguenti tre "comandamenti":

1. La LG è il frutto del lavoro di un gruppo multidisciplinare, formato sì da clinici esperti, ma anche da medici e pediatri di famiglia, infermieri, metodologi, epidemiologi, rappresentanti dei pazienti (e, secondo il problema, radiologi, laboratoristi, psicologi...).

2. La base di una LG è la rigorosa valutazione delle revisioni sistematiche della letteratura. È questo uno dei principali motivi per i quali il tempo di produzione di una LG è una variabile fondamentale nel comprendere quanto una LG sia ben scritta: l'ordine di grandezza non può certo essere quello dei giorni o delle settimane, ma dei mesi (o anni). L'analisi di tutta la letteratura disponibile, la preparazione di tabelle di sintesi, la discussione all'interno del gruppo e successivamente il parere dei "peer reviewer" non è certo un processo breve, né elementare...

3. L'esplicitazione sia del livello dell'evidenza che della forza delle raccomandazioni (*grading*). A differenza del trattato classico che presenta le varie opzioni terapeutiche mettendole tutte sullo stesso piano, la LG abbina a ogni raccomandazione un numero o una lettera che ne simboleggia l'intensità con cui l'intervento viene consigliato, che dipende dalla qualità delle prove scientifiche, ma anche dal peso assistenziale del problema specifico, dai costi, dall'accettabilità e praticabilità dell'intervento.

Su questi tre elementi si misura la bontà di una LG. Essi appaiono infatti condizione necessaria, ancorché spesso non sufficiente, perché la LG possieda le caratteristiche desiderabili, che ricordiamo (da: Grilli R, Penna A, Liberati A. *Migliorare la pratica clinica*. Il Pensiero Scientifico Editore, 1995): validità (se applicata, porta ai benefici attesi); riproducibilità (diversi gruppi giungono alle stesse conclusioni); rappresentatività (coinvolgimento dei vari attori); applicabilità (a popolazioni definite); flessibilità (indicazione di quando non è applicabile); chiarezza; bontà della documentazione (chi ha partecipato, fonti bibliografiche); forza delle raccomandazioni; aggiornamento (periodicità indicata). Tutto questo non è esercizio accademico riservato a pochi esperti: è un insieme di requisiti, grazie ai quali le indicazioni di comportamento contenute nelle linee guida sono (o non sono) trasferibili nella realtà della pratica clinico-assistenziale di ogni giorno. Infatti, la vera scommessa ormai non è più la produzione di LG (per tanti campi della medicina ce ne sono ormai troppe). La vera scommessa è l'IMPLEMENTAZIONE. Parola destinata a di-

ventare di moda e, sperabilmente, a non restare parola vuota, l'implementazione comporta innanzitutto la perfetta conoscenza del contesto in cui si vuole operare:

la situazione attuale, valutata attraverso indicatori pertinenti, validi, precisi, riproducibili: indicatori che verranno utilizzati per tutto il processo di implementazione e oltre, per valutare l'efficacia del processo stesso;

la disponibilità di risorse umane e finanziarie;

fattori di ostacolo, di natura culturale, motivazionale, ma anche organizzativa, gestionale, economica, politica...;

i punti di forza e i fattori favorenti;

la chiara idea dei benefici e dei rischi nell'applicare le raccomandazioni;

le strategie possibili e gli strumenti utilizzabili (ormai una ricca letteratura è disponibile sulle tecniche e sui metodi di implementazione, e sulla loro efficacia).

Il processo di implementazione non può certo basarsi su conoscenze di medicina e basta, dovendo invece avvalersi di discipline come la psicologia, la sociologia, l'analisi organizzativa, l'economia sanitaria.

Il treno è partito e corre veloce, non ammette ritardi. In dieci anni siamo passati attraverso la nascita ufficiale dell'Evidence-based Medicine, la formalizzazione del prodotto editoriale LG, la produzione di LG. In queste fasi convulse, l'atteggiamento dei medici è stato variabile, dal subire passivamente e di mala voglia alla critica basata sulla nostalgia dell'arte medica, all'entusiasmo eccessivo.

È già ora di voltar pagina: le conoscenze prodotte o si applicano, o resteranno su un binario morto. La nuova sfida consiste nel lavorare perché si faccia veramente ciò che è bene fare e si eviti ciò che va evitato. La letteratura sull'implementazione è ora la nuova "moda" e sempre più si parlerà di ricerca sui sistemi sanitari e di ricerca qualitativa.

Anche i pediatri sono chiamati alla sfida, possibilmente evitando i soliti "opposti estremismi" (il voler salire a tutti i costi sulla carrozza di lusso, e lo sdraiarsi di traverso sui binari), e ricordandosi dei passeggeri che contano: i bambini e le loro famiglie. Le LG sulla tonsillectomia, di cui *Medico e Bambino* pubblica in questo numero un ampio stralcio accompagnato da un commento (anche nell'intento di stimolare attenzione e partecipazione), sono un'opportunità in questa direzione.

**Roberto Buzzetti**

### VENGA A PRENDERE UN CAFFÈ DA NOI

"Venga a prendere un caffè da noi": questo era il titolo di un film di Lattuada (1970) con un grande Ugo Tognazzi, tratto da *La spartizione* di Piero Chiara.

Questa frase mi torna in mente ogni qualvolta ricevo un invito del tipo: «Perché non viene alla presentazione delle linee guida del nostro reparto?». Non nascondo che l'invito mi provoca una certa irritazione, determinata da un lato dalla consapevolezza di quanto costi costruire una linea guida (in termini di risorse umane, economiche e di tempo), dall'altro dalla sensazione che buona parte di noi clinici abbia fatto proprio il motto del Principe di Salina «Bisogna che tutto cambi, se vogliamo che tutto rimanga com'è» (G. Tomasi di Lampedusa, *Il Gattopardo*). Abbiamo una grande capacità di dare nuove etichette alla nostra pratica quotidiana: in un primo tempo l'abbiamo tradotta in "protocolli di reparto", poi - in termini più moderni - l'abbiamo trascritta sotto il nome di "linea guida".

Eppure la mia irritazione è, probabilmente, almeno in parte,

sbagliata. Rischia di non farci vedere un problema reale: il bisogno di ancorare le "regole" alla prassi, di adattare alla nostra realtà, alle nostre possibilità, le regole che derivano dalle "prove di efficacia".

Alcuni anni orsono è comparso in letteratura un articolo che analizzava la qualità delle linee guida prodotte dalle società scientifiche, adottando tre principali criteri di valutazione: la multidisciplinarietà negli estensori, la revisione sistematica della letteratura, la descrizione del livello delle prove di efficacia e la definizione della forza delle raccomandazioni (*grading*). Le conclusioni degli autori non erano ottimistiche: solo il 5% delle linee guida rispettava tutti i criteri prescelti.

Da allora "Qualcosa è cambiato" (*As Good As It Gets*, di James L. Brooks, con Jack Nicholson, USA, 1997). Da una parte si è sviluppata una riflessione sull'attribuzione della "forza delle raccomandazioni", modificando quella che pare una schematica traduzione del livello delle prove di efficacia nella determinazione del *grading*, dall'altra è stata elaborata una metodologia maggiormente sofisticata per la valutazione di qualità delle linee guida. In particolare si ritiene attualmente un requisito irrinunciabile la presenza nelle linee guida di indicatori di processo e di risultato per la valutazione di impatto delle raccomandazioni. La presenza di questi indicatori testimonia la preoccupazione di fondo, relativa ai risultati che le linee guida possono produrre sul campo.

Come raggiungere l'obiettivo fondamentale delle linee guida, che è quello di assicurare l'appropriatezza degli interventi, riducendo al minimo la variabilità legata al mancato aggiornamento delle conoscenze e alla soggettività nella definizione delle strategie assistenziali? Diversi studi hanno dimostrato che la semplice "diffusione" delle linee guida, anche di buona qualità, non è di per sé sufficiente a garantire un miglioramento.

Questo risultato negativo non stupisce, se si pensa a come si attua, nella vita di tutti i giorni, un processo di "cambiamento"; che non si realizza certo attraverso le affermazioni o la formulazione di consigli e raccomandazioni da parte di un esperto (sia esso un amico, un familiare o un professionista), ma richiede un processo complesso in cui il principale attore resta colui che deve attuare il cambiamento. Il compito dell'interlocutore non può che essere quello di facilitare il processo attraverso una comunicazione circolare (è in fondo questa la base del counselling sistematico). Nel caso delle linee guida sembra, in molti casi, che ci si

dimentichi questa realtà; si dà per scontato che la semplice diffusione di raccomandazioni da parte di un gruppo multidisciplinare possa generare un cambiamento (nel senso di acquisizione di elementi di appropriatezza). La risposta a questo tentativo di impostazione è naturalmente conservativa: possiamo osservare la tendenza (frenesia in qualche caso) a produrre in sede locale linee guida quale risultato di un processo di omeostasi del sistema; si tende cioè a valorizzare la propria esperienza fino a farla diventare la regola.

È da questo limite che è necessario partire. È necessaria la formazione di un gruppo multidisciplinare locale che innanzitutto renda esplicite le conoscenze e la prassi nel proprio contesto. Questo rende poi possibile evidenziare quali siano i punti critici rispetto alle raccomandazioni (basate sulle prove di efficacia) contenute nelle linee guida. Diviene allora possibile scegliere in modo esplicito tra le raccomandazioni contenute nelle linee guida (a volte veri e propri transatlantici) quelle (la scialuppa) che, nel proprio contesto, possono determinare un miglioramento dell'appropriatezza dell'assistenza. Una volta scelte le raccomandazioni, è possibile, per ciascuna di esse, analizzare quali siano i fattori di ostacolo che possono frapporsi alla loro adozione. È facile cadere, in questa fase, in due atteggiamenti che risultano le facce di uno stesso problema, quello delle responsabilità. Si può pensare (da parte dei professionisti delle Direzioni Sanitarie) che tutto si risolva attraverso la formazione; si può pensare (da parte dei professionisti clinici) che tutto si risolva attraverso un aumento di risorse. Un approccio analitico per individuare i diversi fattori che possono ostacolare il cambiamento (motivazionali, attitudinali, clinici, organizzativi e gestionali) e definire per ciascuno di essi azioni e strumenti specifici può favorire l'assunzione delle rispettive responsabilità nel processo di implementazione.

Lo studio sulla qualità delle linee guida non è stato replicato, ma è probabile che, negli anni che ci separano da quella pubblicazione, il numero di linee guida di discreta o buona qualità sia aumentato: diverse agenzie internazionali e società scientifiche hanno sostanzialmente adottato i criteri indicati. È forse venuto il tempo, per i professionisti clinici e della Direzione Sanitaria, di impegnarsi in processi di adozione di raccomandazioni fondate su prove di efficacia, piuttosto che occuparsi dell'improbabile stesura di linee guida di scarsa qualità.

Dante Baronciani