

EVIDENCE-BASED AND VALUE-BASED PEDIATRICS

DIAZ-ROSSELLO J. *LANCET* 354, SUPPL, PAG 28, 1999

Il WHO prevede che per il 2025 l'attesa di vita, per il 96% dei neonati di tutto il mondo (e quel 4% residuo, a quali Stati, o a quali categorie apparterrà?), sarà superiore ai 60 anni. Una buona speranza? Il bicchiere è mezzo pieno: già oggi, il mondo ricco ha una attesa di vita superiore ai 70 anni, mentre l'attesa di vita media per l'Africa è inferiore ai 40 anni. Comunque sono di questo tipo i problemi della pediatria per il 2000: attenuare gli effetti della povertà e della disuguaglianza; inoltre sostenere lo sviluppo psicosociale, la salute mentale, il contatto generazionale. Tutti temi più politici e relazionali che non sanitari. Il tema sanitario centrale della pediatria dell'immediato presente è quello di ridurre il gap tra la fase di generazione di conoscenze e la fase dell'applicazione pratica. Le parole-chiave sono due, e sono tenute assieme da un unico portachiavi: la rivoluzione informatica-teleomatica e la pediatria basata sull'evidenza, considerata l'arma principale per combattere i tre nemici della pediatria, individuati da Morquio nel 1900: routine, empirismo, indifferenza.

La rubricetta Digest, ripresa in sordina lo scorso anno, e con un po' più decisione quest'anno, ha trovato, al rientro, il suo spazio tradizionale di aggiornamento e di "journal club" in buona parte occupato, prepotentemente, dalla densissima Pagina gialla. Rispetto a quella, e conservando il suo ruolo di finestrina senza pretese sulla letteratura internazionale, Digest si differenzia per il suo soffermarsi più disteso su problemi non necessariamente dell'ultima ora, in cui prevale lo sforzo di connessione tra conoscenze piuttosto che quello di segnalazione di novità, a volte assumendo un carattere monografico (nella versione "superdigest"), a volte concentrandosi invece su di un tema ristretto, episodico. A differenza del solito, in questo numero ci siamo soffermati su un tema molto generale, quasi "astratto", e anche un po' scontato, la EBM. Ci è sembrato singolare che in questo supplemento di Lancet dedicato al 2000 la pediatria fosse presente quasi soltanto come "pediatria basata sull'evidenza", come se questa specie di salutare passione, che ha colpito prima la medicina generale e solo da poco tempo anche la pediatria (che, chissà, potrebbe guarirci dal gap tra sapere e saper fare), fosse l'elemento oggi più caratterizzante della nostra specialità. In effetti, la EBM sembra avere un suo specifico "momentum" pediatrico. L'argomento è approfondito assai bene nei due contributi successivi (che hanno anche due bei titoli).

EVIDENCE BASED PEDIATRICS: THE FUTURE IS NOW

MAYER VA, ELLIOTT EJ. *J PEDIATR* 136, 282, 2000

La letteratura medica mondiale sforna 2 milioni di lavori all'anno; quella pediatrica generale richiederebbe a tutti di leggere almeno 5 lavori al giorno, per i 365 giorni dell'anno, per essere davvero aggiornati; ma in realtà vi è l'evidenza che la forma più efficace di educazione medica continua è quella basata sullo studio e sull'applicazione della EBM (*CMAJ* 153, 1423, 1995; *JAMA* 274, 700, 1995). Certo, la EBM toglie qualcosa al fascino della medicina "inventata"; ma possiede in cambio la forza ineffabile della ragione, e, nei fatti, è l'esperienza clinica a decidere quanto della EBM è applicabile e accettabile nel singolo paziente. La EBM non vale tanto nel singolo caso: ma è tesa a modificare soprattutto la routine, a mettere in discussione le abitudini mediche di non provata (e a volte

nemmeno probabile) efficacia, ad anticipare vicerversa l'utilizzo a tutto campo di interventi medici che abbiano invece superato il vaglio delle sperimentazioni controllate (in genere ne occorrono molte perché si possa parlare di evidenza, o di prove). Le tappe del processo sono numerose: 1. identificare le necessità; 2. ricercare le evidenze rilevanti; 3. valutarle criticamente; 4. applicare le evidenze riconosciute alle situazioni cliniche. Le abilità necessarie per coprire le prime tappe di questa sequenza devono far parte dell'apprendimento curricolare nei corsi universitari, post-universitari, nel servizio ospedaliero e nelle attività della formazione continua. Dove questo avviene già, si è visto che è di grande utilità per sviluppare le capacità di apprendimento degli studenti nei tempi lunghi (*CMAJ*, 148, 969, 1993). La sezione bimensile di *J Pediatrics* "Abstracts from the Literature" è basata sulle regole della EBM (articoli selezionati da "grandi" riviste, come *Lancet*, *BMJ*, *JAMA*, *Arch Dis Child* ecc., sulla base di criteri espliciti di alta qualità). La Cochrane Collaboration (nell'ambito della quale si è sviluppato un Child Health Field) è una rete internazionale composta da individui che, utilizzando una metodologia standardizzata, effettuano rassegne sistematiche su importanti questioni terapeutiche, costituendo un ricchissimo database, la Cochrane Library. Il cammino della speranza per una diffusa applicazione dei principi della EBM in pediatria è ancora lungo; ma molti indizi lasciano pensare che verrà coperto.

PEDIATRIC EVIDENCE-BASED MEDICINE: PAST, PRESENT, AND FUTURE

CHRISTAKIS DA, DAVIS R, RIVARA FP. *J PEDIATR* 136, 383, 2000

Il divario che esiste tra le conoscenze mediche e la loro applicazione è grande e difficilmente comprensibile; l'efficacia della educazione medica continua come viene effettuata oggi è molto modesta. Sembra che il peso della razionalità sia molto inferiore al peso dell'inerzia; e non si tratta di una faccenda italiana, ma di un male che affligge la pediatria (e molta parte della medicina) in tutto il mondo (*JAMA* 274, 700, 1995). L'applicazione della EBM alla cura del singolo paziente è il passo finale di un processo in 4 stadi, che negli Stati Uniti hanno ormai delle grosse istituzioni a sostegno. Occorre: 1. creare le evidenze (ricerche di base, studi osservazionali, studi clinici controllati e randomizzati -RCT-); 2. riunirle (sommatorie meta-analitiche, Medline; EMBASE, Agency for Health Care Policy and Research -AHCPR-, Centri per la pratica della EMB-EMBC- istituiti negli Stati Uniti già dal 1997, Cochrane Library, istituita e vivissima nel Regno Unito); 3. diffonderle (linee guida, Cochrane Clinical Trial Register, educazione medica continua, ricerche automatiche su Medline); 4. implementarle (sistemi informatici di supporto, audit e feedback).

Studi di coorte, studi trasversali, lunghi follow-up, forniscono altre evidenze non necessariamente di tipo terapeutico; e altri studi, diciamo così in fase IV, dovrebbero essere fatti per valutare l'attendibilità e l'applicabilità sul campo delle linee guida che derivano dalla EBM. Una serie di indirizzi web viene fornita, di cui i più significativi sono www.cochrane.org; weber.u.washington.edu/ebm; www.bmj.com; www.bmj.com/data/ebm.htm.

La pratica e, più della pratica, la formazione, fin dai primi anni del curriculum medico, impostata sui principi della EBM, possono imprimere un nuovo corso alle cure e allo spirito stesso della medicina. Ma gli ostacoli sono numerosi. Molti clinici, amministratori, consumatori, restano scettici: i primi vedono nella EBM solo un cookbook, un libro di ricette, che limita le loro possibilità di scelta (cosa che

certamente la EBM non è); i secondi pensano che le linee-guida possano aumentare i costi della medicina; o, viceversa, che resteranno un esercizio utopico; gli ultimi, i consumatori, ritengono che la EBM, e la sua figlia diretta, la "managed care", o medicina guidata da criteri manageriali, non siano che trucchi per risparmiare sulla loro pelle. In realtà, il vero ostacolo alla realizzazione della EBM è la sua difficoltà, la difficoltà di trovare risposte puntuali, la numerosità dei campi in cui non c'è abbastanza evidenza su nulla, la necessità di implementare la ricerca, la necessità di sempre maggior rigore, l'ignoranza diffusa (BMJ 316, 361, 1998) sugli strumenti disponibili e sulle potenzialità di questo nuovo strumento cognitivo e operativo.

I Digest che abbiamo tentato di fornire ai nostri lettori sul tema della EBM sono largamente insoddisfacenti; gli originali, infatti, contengono più pensieri che fatti, e dunque male si prestano ad essere

"digeriti" o riassunti. Chi leggerà questi Digest non arriverà a mettere in saccoccia niente che gli serva per l'oggi. Tuttavia si può incuriosire, può fermarsi a pensare; può percepire che il mondo cammina e che lui non ha il diritto di star fermo. Può anche, concretamente rivolgersi agli indirizzi web indicati. Una volta di più diremo che il meglio è nemico del bene, e che qualche volta bisogna anche accontentarsi. Non è una cosa da nulla far intravedere a tutti i nostri lettori (non solo a quelli che sanno comunque già quasi tutto, che non sono pochissimi) quello che sta dietro, di impegno internazionale, di strutture, di ricerca, di prospettiva, di potenzialità a questa non più nuova e quasi noiosa faccia della medicina che è la EBM; dar loro dei riferimenti, anche bibliografici. Certo, la EBM è per sua natura un po' noiosa; affronta problemi già tante volte affrontati, con un taglio spesso pedante, monotono. Fare, o anche leggere, sulla EBM spesso non diverte: ma qualche volta illumina, e può aiutare a cambiare.

XII CONGRESSO NAZIONALE ACP

Frontiere e Priorità

Vicenza, 13-15 ottobre 2000 - Teatro S. Marco

Il motivo conduttore del Congresso Nazionale ACP di quest'anno riprende una delle dialettiche fondamentali della nostra epoca: quella tra le "Frontiere" del sapere, e quindi l'innovazione scientifica e tecnologica, e le "Priorità" del fare e quindi le politiche e gli interventi necessari. Conoscere le prime è essenziale per illuminare la strada per le seconde, ma non è sufficiente. Le seconde devono rispondere a criteri di equità, costo-efficacia, sostenibilità, eticità. Ciascuno dei nove temi centrali del congresso sarà dunque affrontato, secondo questa duplice ottica, da due diversi relatori che introdurranno la discussione. A questa sarà dedicato il 50% del tempo a disposizione per ciascun tema.

L'incontro comprenderà inoltre due letture, la presentazione di progetti e attività nazionali in corso (progetto SPES, progetto Linee Guida, crediti formativi ecc.) e riproporrà per la mattina della domenica il forum dei gruppi locali dedicato alle attività dei gruppi e agli strumenti di collegamento. Il congresso si caratterizza inoltre per la partecipazione di Enti e Agenzie rappresentative della sanità nazionale (Ministero della Sanità, Istituto Superiore di Sanità, Agenzia dei Servizi Sanitari Regionali, Comitato Nazionale per la Bioetica), e internazionale (Organizzazione Mondiale della Sanità, Terre des Hommes).

Venerdì 13 ottobre

- 9.45 modera G. C. Biasini
Letture: Geni, ambiente e sviluppo cognitivo
- 10.15 *Frontiere e Priorità*: Salute pubblica del bambino (G. Tamburlini, F. Oleari)
- 11.30 modera F. Panizon
Frontiere e Priorità: Malattie rare (G. Andria, P.P. Mastroiacovo)
- 12.30 *Frontiere e Priorità*: Etica e Riproduzione umana (S. Spinsanti, C. Flamigni)
- 15.00 modera P. Siani
"Best practice" (ricerca): Progetto SPES (M. Ciofi degli Atti)
Progetto Latte Materno (A. Cattaneo)
- 15.30 *Frontiere e Priorità*: Malattie croniche (B. Assael, G. Magazzù)
- 17.00 modera N. D'Andrea
Frontiere e Priorità: Disabilità (M. Leonardi, P. Facchin)
- 18.00 Lettura: Disturbi della condotta alimentare nell'adolescente
- 18.30 Presentazione candidature alla presidenza e al CD
- 20.45 TAVOLA ROTONDA: I giovani del Nord Est
- 22.30 Sorpresa (comica?) finale

Sabato 14 ottobre

- 8.30 modera M. Gangemi
"Best practice" (linee guida): Progetto Linee Guida (R. Grilli)
- 9.00 *Frontiere e Priorità*: Malattie comuni (A. Ventura, M. Fontana)
- 10.00 *Frontiere e Priorità*: Pediatra di famiglia (V. Callia, F. Fusco)
- 11.30 modera G. Rapisardi
Frontiere e Priorità: Cure neonatali (U. de Vonderweid, C. Corchia)
- 14.30 modera L. Castelli
"Best practice" (advocacy): Attività di contrasto allo sfruttamento sessuale dei minori (Terre des Hommes)
- 15.00 *Frontiere e Priorità*: Etica Salute internazionale (G. Maserà, A. Cattaneo)
- 16.00 *Frontiere e Priorità*: Formazione permanente (S. Fedele, V. Murgia)
- 17.00 Assemblea dei soci e votazioni

Domenica 15 ottobre

- 9.00 moderano M.F. Siracusano e G. Tamburlini
Stato dei gruppi locali 2000 (M.F. Siracusano)
Stato sito web (S. Fedele)
- 10.15 Presentazione delle attività di ricerca, formazione e advocacy dei gruppi locali

COMITATO SCIENTIFICO: Consiglio Direttivo dell'ACP Nazionale Antonella Brunelli (Cesena), Vincenzo Callia (Roma), Lucia Castelli (Monte Cremasco - CR), Giuseppe Magazzù (Messina), Gherardo Rapisardi (Firenze), Corrado Rossetti (Perugia), Paolo Siani (Napoli), Maria Francesca Siracusano (Messina), Giorgio Tamburlini (Trieste)
Direttivo ARP Vicenza Fabrizio Fusco, Eleonora Benetti, Angela Pasinato, Daniele Pittarello, Riccardo Salvadori, Daniela Sambugaro, Walter Spanevello

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA QUICKLINE s.a.s. via S. Caterina da Siena, 3 - 34122 TRIESTE - Tel. 040/773737-363586; Fax 040/7606590; e-mail: quick@trieste.com