l'università e della potentissima lobby degli istituti religiosi, delle forze politiche. D'altra parte, questa strategia ha vinto per la mancanza di un'adeguata opposizione da parte degli attori sociali coinvolti. Non è questa la sede per un'analisi approfondita delle diverse responsabilità. La parziale attuazione della 180 nei servizi territoriali, che mancano ancora oggi di presidi indispensabili per la terapia, e la chiusura degli ospedali psichiatrici, opera o merito non della psichiatria e degli psichiatri, espropriati e delegittimati anzi nel loro ruolo sociale e professionale dalle decisioni governative, sono la dimostrazione e la conferma, mi sembra, dell'ipotesi sostenuta.

7 La 180 non è peraltro un caso isolato, riflette la sorte comune delle leggi prodotte in quegli anni dai movimenti di riforma. Si pensi alla legge 194 e alla 833, anche se la strategia dell'annullamento dall'interno non riguarda soltanto la sanità. Leggi emanate dopo un lungo dibattito, sostenute dal consenso dell'opinione pubblica, ma svuotate di significato dall'apparato politico-burocratico, che ha sempre impedito nella gestione pratica l'applicazione del dettato normativo. Sembra una singolare anomalia delle leggi di riforma nel nostro paese, avanzate nei contenuti ed inapplicate nella sostanza. In apparenza, uno strano paradosso. In realtà, è invece l'elemento storicamente specifico della gestione del potere da parte dei gruppi dominanti del nostro paese nei confronti dei cambiamenti introdotti con leggi di riforma.

8 Oggi la chiusura degli ospedali psichiatrici nel nostro paese è avvenuta, dopo venti anni dalla 180, per un problema di economia sanitaria. Le spese di mantenimento di strutture degradate quali sono diventati, dopo anni di abbandono, gli ospedali psichiatrici, erano diventate insostenibili per il livello dei costi e per l'inesistenza dei benefici ottenuti. Non esistono dati precisi, ma un malato ricoverato in un ospedale psichiatrico in media costa non meno di ottanta milioni l'anno, circa 220.000 al giorno. Se si considera che la popolazione attualmente residente negli ospedali psichiatrici italiani si aggira intorno alle 20.000 unità circa (dati '96), il mantenimento ordinario dell'istituzione manicomiale costava complessivamente ogni anno 1.600 miliardi. Una spesa considerevole senza miglioramenti nella qualità di vita dei pazienti e senza limiti di tempo nel costo. È un merito di Berlusconi aver posto per primo nella legge finanziaria del '94 con coraggio il problema, anche se con motivazioni di natura economica. La scelta della chiusura si giova peraltro e riprende ideali ed orientamenti del movimento di psichiatria riformata, come ricordava Erlicher nel suo articolo pubblicato nel primo numero della rivista.

9 Infine, la legge 180 ha avuto il merito di dimostrare che i manicomi non sono necessari per la cura, l'assistenza e la terapia delle malattie mentali gravi. La cultura ufficiale e la psichiatria accademica non hanno ancora avuto il coraggio e l'onestà intellettuale di ammetterlo, anche per non trarre dall'autocritica le dovute conseguenze nella teoria e nella pratica. Ciò spiega il silenzio stampa, la distrazione. Auguriamoci che i risultati della 180 possano servire da esempio all'organizzazione sanitaria di altri paesi, per abolire l'istituzione manicomiale, per evitare la secolare ed inutile mostruosità della medicina e della psichiatria, che si è chiamata ospedale psichiatrico, manicomio.

EVIDENCE BASED MEDICINE

Dott. Antonino Cartabelotta GRUPPO ITALIANO PER LA MEDICINA BASATA SULLE EVIDENZE (GIMBE)
EVIDENCE-BASED MEDICINE NIGUARDA CENTRE - UFFICIO PER IL MIGLIORAMENTO CONTINUO DELLA QUALITÀ (MCQ), OSPEDALE NIGUARDA, MILANO.

L'EVOLUZIONE DELL'ARTE MEDICA E DEI SISTEMI SANITARI DEL TERZO MILLENNIO

In un contesto internazionale caratterizzato da un grave squilibrio tra limitazione delle risorse e crescita dei costi e della domanda di salute, i sistemi sanitari oggi possono solo garantire un livello omogeneo di assistenza, su obiettivi prioritari di prevenzione, diagnosi, terapia e riabilitazione. Nel nostro Paese invece, diversi attori del SSN – decisori, medici, pazienti, (e giudici!) - sono ancora convinti che esistono risorse sufficienti per pagare "tutto a tutti", in nome della libertà di cura e dei diritti del malato. Dopo quattro anni dall'introduzione del sistema dei DRG, le aziende ospedaliere elaborato prevalentemente strategie di tipo gestionale-organizzativo e sviluppato pericolose logiche "ragionieristiche" che legittimano un duplice timore: innanzitutto che gli investimenti della sanità vengano programmati secondo la cruda logica del risparmio; in secondo luogo, che i clinici, abituati ad esercitare la propria professione senza limiti di spesa, possano variare la propria condotta clinica riducendo la qualità dell'assistenza.

In realtà, l'applicazione delle scienze economiche in ambito sanitario non deve tradursi nel contenimento dei costi mediante misure arbitrarie, ma nella ridistribuzione delle risorse in relazione all'efficacia degli interventi sanitari, per cui le soluzioni esclusivamente gestionali-organizzative potrebbero avere risultati imprevedibili, se chi pianifica i servizi non è in grado di distinguere gli interventi efficaci da quelli che non lo sono.

Nella programmazione delle strategie per garantire la qualità dell'assistenza in un regime di risorse limitate, uno dei principali ostacoli é rappresentato dall'insufficiente comuni cazione tra ricerca e pratica clinica. Infatti virtualmente in tutte le aree dell'assistenza sanitaria, accanto alla limitata diffusione di interventi sanitari efficaci, l'utilizzo di procedure inefficaci, o addirittura dannose, consuma inutilmente risorse preziose.

DAI RISULTATI DELLA RICERCA ALLA PRATICA CLINICA

La Evidence-based Medicine (EBM) – medicina basata sulle evidenze - è un movimento culturale che si è progressivamente diffuso a livello internazionale, grazie ad alcuni fenomeni che hanno contribuito ad una crisi dei modelli tradizionali della medicina e dei sistemi sanitari.

- la crescita esponenziale del volume e della complessità dell'informazione biomedica, che ha reso sempre più difficile e complesso l'aggiornamento professionale;
- l'evidenza che l'assistenza ricevuta dai pazienti non riflette integralmente i risultati della ricerca, la cui integrazione nella pratica clinica è ostacolata da diversi fattori;
- la crisi finanziaria dei sistemi sanitari che impone una distribuzione delle scarse risorse economiche in relazione alla documentata efficacia degli interventi sanitari;
- lo sviluppo delle tecnologie informatiche nel settore biomedico, culminato nella recente esplosione del fenomeno Internet.

Secondo la definizione del suo "padre spirituale" - David Sackett: "la EBM consiste nell'integrare l'esperienza del medico con le migliori evidenze scientifiche disponibili, relativamente all'accuratezza dei test diagnostici, alla potenza dei fattori prognostici, all'efficacia-sicurezza dei trattamenti preventivi, terapeutici e riabilitativi". La vera novità introdotta dalla EBM è rappresentata dall'utilizzo esplicito e sistematico della letteratura nel prendere decisioni cliniche.

Questa è la componente ideologica della EBM, che "impone" al medico di avvertire costantemente il bisogno di informazione; infatti, considerato che i risultati della ricerca rappresentano un elemento costante delle decisioni cliniche, i gap di conoscenza generati dall'incontro con il paziente devono essere sempre soddisfatti.

Esiste poi la componente tecnica della EBM, che permette al medico di essere indipendente nella ricerca e nell'approccio critico alla letteratura.

È indispensabile acquisire le competenze necessarie per utilizzare le banche dati elettroniche e interpretare criticamente la letteratura, perché la EBM praticata esclusivamente con il supporto di esperti, finirebbe per sterilizzare in maniera eccessiva l'evento formativo costituito dall'incontro con il paziente, impedendo al medico di sviluppare quel senso critico necessario per migliorare continuamente la qualità del proprio giudizio clinico.

A tal proposito Richard Hordon – editor di Lancet - ha precisato che: "l'evidenza scientifica senza ragionamento clinico è come la vodka ghiacciata senza succo di limone: non ha gusto!".

L'utilizzo esplicito della ricerca clinica nel processo decisionale, rende consapevoli gli operatori sanitari di due fenomeni che condizionano enormemente l'erogazione dell'assistenza sanitaria. In primo luogo che nessun medico può essere in grado di conoscere tutti i progressi della ricerca clinica, nemmeno nel proprio settore specialistico.

In secondo luogo che l'industria introduce continuamente sul mercato interventi diagnostici e terapeutici, prima di sperimentarli rigorosamente in studi controllati.

Dal paziente individuale all'organizzazione dell'assistenza sanitaria: dalla Evidence-based Medicine alla Evidence-based Health Care.

La EBM, "presentata ufficialmente" nel 1992 come metodologia per applicare i risultati della ricerca al paziente individuale, è stata presto utilizzata per definire le scelte di politica sanitaria.

La Evidence-based Health Care (EBHC) prevede infatti la descrizione esplicita delle fonti su cui programmare l'assistenza. È quindi necessario che le decisioni opinion-based - fondate sul parere soggettivo degli esperti - diventano evidence-based. In altre parole, bisogna ricercare sistematicamente, valutare e rendere disponibili le migliori evidenze scientifiche, quali prove di efficacia degli interventi sanitari per pianificare le decisioni (e gli investimenti) che riguardano la salute di una popolazione.

Tuttavia, mentre in diversi paesi - Regno Unito, Canada, Australia, Olanda - la Evidence-based Health Care già da tempo costituisce la metodologia di riferimento per pianificare la politica sanitaria, in Italia - compatibilmente con i ritardi culturali che distinguono il nostro SSN - solo il Piano Sanitario Nazionale 1998-2000 (dove "evidenze scientifiche" ricorre ben 10 volte!) precisa che "...le risorse devono essere indirizzate verso le prestazioni la cui efficacia è riconosciuta in base alle evidenze scientifiche..." e che "...raccolta e analisi delle evidenze scientifiche disponibili devono essere utilizzati per la costruzione di linee guida".

Inoltre, il programma di Ricerca & Sviluppo 1998 includeva tra i temi ammessi al finanziamento: "Applicazione di Evidence Based Medicine nel SSN". Nella programmazione della EBHC nei vari livelli di un sistema sanitario, un ruolo fondamentale riveste quello che Muir Gray - uno dei promotori della EBHC nel Regno Unito - ha definito chief knowledge officer, un manager dell'informazione biomedica capace di gestire le conoscenze scientifiche in relazione al livello ed alle esigenze dell'organizzazione sanitaria in cui opera.

Infatti per facilitare l'introduzione e la diffusione della EBHC è necessario che le conoscenze scientifiche vengano sistematicamente ricercate. Inoltre che siano accuratamente valutate e rese disponibili nel formato idoneo ad essere integrate nelle decisioni degli operatori sanitari.

Secondo Gray infatti, "le conoscenze scientifiche rappresentano la risorsa più preziosa per i sistemi sanitari del XXI secolo e devono essere gestite dalle organizzazioni sanitarie analogamente ad altre risorse quali personale, finanze, edilizia ed energie!"