

Sott'acqua, ma sempre assetati

Luca De Fiore

Associazione Alessandro Liberati - Network Italiano Cochrane

“Water, water every where / Nor any drop to drink”. La strofa della *Ballata del vecchio marinaio* di Samuel Taylor Coleridge è stata ripresa nel titolo di un editoriale pubblicato sul *JAMA Internal Medicine* a fine marzo 2014 [1]. L'autore, David Carnahan, commentava una revisione sistematica uscita contemporaneamente sulla stessa rivista e che esamina la letteratura sugli interrogativi che nascono “al letto del malato”: in media, ogni due pazienti visitati, il medico si fa una domanda alla quale non sa dare risposta [2]. Solo nella metà dei casi il clinico si cimenta nella ricerca, ma – quando ci prova – riesce nell'intento in meno di quattro volte su cinque. Niente di nuovo sotto il sole, commenta lo stesso editorialista. Si tratta, infatti, di numeri in linea con la quasi totalità degli studi classici sull'argomento, a partire da quelli di Covell e di Ely, ripresi nella revisione sistematica della Davies e di Harrison, alla quale fu dato spazio con un'intervista anche sul Bollettino di informazione sui farmaci dell'Agenzia italiana del farmaco [3-5].

Ripartiamo dai numeri: due terzi degli interrogativi clinici che si pone il medico durante la pratica quotidiana restano senza risposta. La principale barriera è la mancanza di tempo. Ma l'andar sempre di fretta è solo apparentemente un problema individuale: la questione riguarda l'organizzazione nel suo complesso, soprattutto considerando che le stesse difficoltà sono vissute dalla quasi totalità del personale delle aziende sanitarie. La mancanza di tempo è poi direttamente legata alla disponibilità di una connessione veloce alla rete all'interno delle strutture o negli ambulatori, alla mancanza di postazioni informatiche efficienti, alla difficoltà di accedere alle risorse documentali e alla possibilità di disporre di strumenti di interrogazione della letteratura scientifica che offrano risposte sintetiche e più facilmente trasferibili alla pratica clinica.

La risposta alla situazione delineata dai due interventi pubblicati sul *JAMA Internal Medicine* non può che essere di sistema. Quello che colpisce è che, mentre il singolo medico o infermiere o farmacista sembra soffrire per l'inadeguatezza che si trova spesso a vivere nelle proprie giornate di lavoro, una paragonabile situazione di disagio non pare avvertita con la stessa frequenza dal management delle aziende sanitarie o, a livello più alto, dagli assessorati regionali. Ne consegue che qualsiasi tentativo di risposta agli specifici problemi della

sanità è destinato a essere parziale, episodico, infine transitorio, perché ignora il punto centrale: rendere il Servizio Sanitario Nazionale una comunità di pratica capace di crescere elaborando conoscenza e proponendo/discutendo risposte utili per affrontare le sfide che si pongono a livello sia della cura del singolo malato sia della salute della popolazione.

Senza un pensiero strategico che valorizzi le tre componenti chiave – apprendimento, innovazione e competitività – qualsiasi spesa per la formazione è destinata a restare un costo e non un investimento. È il caso, tra i tanti, delle sottoscrizioni per abbonamenti e banche dati che le Regioni, le Province autonome, gli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) e molte altre istituzioni sanitarie sostengono annualmente per un valore complessivo di alcune decine di milioni di euro: una sanità frammentata che fonda le proprie pratiche e le decisioni cliniche e di politica sanitaria su saperi quantitativamente e qualitativamente disomogenei. E così accade che a distanza di pochi chilometri (o metri) il clinico di un IRCCS abbia accesso a oltre 5000 fonti primarie e che un medico di medicina generale o un pediatra di libera scelta possano consultare solo quell'unica newsletter di disinformazione gratuita che uno sponsor consente sia loro recapitata nella casella di email: prevedibili difformità interregionali, ma ancor più incredibili diversità tra centri universitari e ospedalieri, tra capitale e Provincia, tra piana e montagna. È un'iniquità mai considerata, forse perché il valore della conoscenza è, più che trascurato, quasi dimenticato.

L'accesso alle informazioni è la condizione per costruire conoscenze capaci di migliorare la qualità delle cure. In Italia il solco tracciato dalla prima esperienza di successo, quella del *Sistema bibliotecario biomedico lombardo*, è stato seguito dalla *Biblioteca medica virtuale* inaugurata dalla Provincia autonoma di Bolzano nel 2006 e dalla *Biblioteca virtuale per la salute* della Regione Piemonte [6-9]. A queste si è aggiunta la *Biblioteca Alessandro Liberati* del Servizio Sanitario della Regione Lazio, con obiettivi per diversi aspetti ancora più nuovi. Primo, stimolare il personale sanitario a consultare prioritariamente la documentazione gratuitamente accessibile. Ciò vale anche per i contenuti pubblicati su periodici tradizionali ma liberamente consultabili: dagli articoli di ricerca pubblicati su *BMJ* (aperti per policy esplicita del settimanale della British Medical

Association) ai commenti di politica sanitaria del *New England Journal of Medicine*.

Secondo, suggerire la fruizione dell'insieme dei contenuti proposti dalle principali riviste di medicina generale e non soltanto di quanto solitamente ospitato nel Summary del giornale: quindi, attenzione ai blog dei principali collaboratori, alle interviste video, ai set di diapositive e così via.

Terzo, osservare cautela nella consultazione delle fonti primarie, preferendo le cosiddette “secondary publication” (sintesi di più lavori valutati criticamente, linee-guida che diano sufficienti garanzie di affidabilità e indipendenza, riassunti di revisioni sistematiche prodotte da équipe di riconosciuta esperienza e serietà e così via).

Soprattutto, però, trasformare un sito web in una palestra, uno spazio utile alla “rieducazione” del personale sanitario alla lettura, al confronto, al dialogo. Sulle biblioteche, su quanto siano preziose, sulla loro funzione essenziale è stato detto e scritto moltissimo e questa, dello scrittore Neil Gaiman, è una delle cose più belle: “Libraries are about freedom. Freedom to read, freedom of ideas, freedom of communication. They are about education, about entertainment, about making safe spaces, and about access to information”.

Ma c'è qualcosa di ancora più diretto che possiamo aggiungere: se è vero che siamo “Nati per Leggere”, è altrettanto importante convincersi che non siamo cresciuti per smettere di farlo. ♦

Bibliografia

- [1] Carnahan D. Water, water, everywhere, and not a drop to drink. *JAMA Intern Med* 2014;174(5):719-20. doi: 10.1001/jamainternmed.2014.1.
- [2] Del Fiol G, Workman T, Gorman PN. Clinical questions raised by clinicians at the point of care: a systematic review. *JAMA Intern Med* 2014;174(5):710-8. doi: 10.1001/jamainternmed.2014.368.
- [3] Covell DG, Uman GC, Manning PR. Information needs in office practice: are they being met? *Ann Intern Med* 1985;103(4):596-9.
- [4] Ely JW, Osheroff JA, Ebell MH, et al. Analysis of questions asked by family doctors regarding patient care. *BMJ* 1999;319(7206):358-61.
- [5] Davies K, Harrison J. The information-seeking behaviour of doctors: a review of the evidence. *Health Info Libr J* 2007;24(2):78-94.
- [6] www.sbbl.it/.
- [7] Rabensteiner V, Hofer B, Meier H, De Fiore L. Web, workshops, e-learning for Quality improvement. An Evidence-based Medicine educational programme. *Recenti Prog Med* 2007;98(3):169-74.
- [8] www.bvspiromonte.it/.
- [9] www.bmv.bz.it.

Per corrispondenza:

Luca De Fiore

e-mail: gl.defiore@gmail.com

editoriale