

Il punto di vista della Società Italiana per la Qualità nell'Assistenza Sanitaria (SIQuAS)

The point of view of the Italian Society for Quality of Health Services (SIQuAS)

Andrea Gardini

Presidente SIQuAS

Nel maggio 2010 la SIQuAS ha voluto aprire, nel corso del proprio XX Congresso di Grado una nuova fase nella sua storia quasi trentennale (la fondammo, tra gli altri, assieme a Pierluigi Morosini, Franco Perraro, Claudio Galanti e Piero Paci nel 1984, proprio sempre a Grado) prendendo lo spunto dalle prime evidenze di letteratura che dimostravano che l'assioma che affermava, come una professione di fede, che "la qualità costa" non era vero. John Ovretveit infatti, l'anno prima, aveva pubblicato un lavoro importante commissionato dalla Health Foundation, nel quale dimostrava che operare per la qualità dell'assistenza sanitaria riduce i costi, a qualsiasi livello del sistema sanitario. Ovretveit fu centrale in quel congresso, assieme agli altri quattro protagonisti indiscussi della scena europea della qualità, Charles Shaw, Rosa Sunol, Niek Klazinga e Richard Grol. Tutti e cinque, dai loro diversi punti di vista, concordavano su

questo punto e in qualche modo davano ragione a chi aveva voluto mettere assieme, fin nel titolo del congresso, due parole mai riunite prima d'allora in sanità: Qualità e Sostenibilità. Prima di allora, anche a livello internazionale, pochi avevano fatto entrare nei dibattiti su salute e sanità i fattori di contesto, da cui spesso ci si astraeva nel ricercare le prove di efficacia del proprio agire quotidiano. Pochi lo hanno fatto dopo. Il fare medicina è invece fortemente condizionato dalle interazioni fra il contesto in cui il sistema sanitario è tuffato e le tre qualità di cui l'agire medico è costituita, professionale, organizzativa e orientata alla persona. Ciascuna ha i propri strumenti operativi e le proprie modalità di progetto, sono tutte orientate alla migliore prevenzione, alla cura migliore ed alla migliore riabilitazione per gli ammalati, tutte generano sicurezza di sistema e sicurezza per i pazienti (primum non nocere), tutte possono essere

misurate e valutate con criteri, indicatori e standard in sistemi formali o informali, tutte hanno la loro letteratura, più o meno evidence based. Spesso, in assenza di fattori di integrazione, tendono a confliggere fra loro, che provengono da culture e saperi diversi. In una scaletta di maggiore probabilità di affermare come vera una cosa quando lo è veramente i professionisti hanno più probabilità di operare secondo scienza, poi i sociologi quando studiano la qualità percepita, poi i managers, che la scienza dell'organizzazione è ancora ferma ad assiomi, modelli e ipse dixit. Ultima la politica, con la sua eterna lotta fra opinioni ed interessi. Non tutte queste qualità possono essere migliorate sempre, in qualsiasi contesto. Il contesto condiziona la qualità? Certo che sì. La bellezza della grande complessità del sistema sanitario nel quale questi punti di vista interagiscono non è ancora colta dappertutto. Alcuni di noi, ad un certo punto della loro vita professionale ed intellettuale non si sono più accontentati di modalità meccaniciste ed autoreferenziali di certificazione della qualità, prive di senso se non entrano nel vivo delle cure, della sofferenza, del dolore, delle interazioni fra medici, infermieri e pazienti, fra comunità e sistema sanitario, esplorando le opportunità di guarigione o di miglioramento della salute. La logica dei processi, pure benvenuta, non può solo concludersi con la certificazione dei processi scritti su carta per far bella figura, ma scarsamente agiti nel quotidiano, avulsa dai contesti e dagli esiti di cura, per il falso bisogno di una pur necessaria "obiettività scientifica", ma fredda ed incapace di comprendere il valore delle interazioni fra esseri umani in un contesto di cura.

Nel corso del decennio precedente pian piano divenne chiaro a molti di noi che, nel modello della certificazione del sistema quali-

tà un'organizzazione sanitaria ottiene da soggetti generalmente non clinici ad alto tasso di formalizzazione burocratica un certificato che non sempre dimostra la propria utilità per la comunità che lo sorregge economicamente. Dimostra solo che certe cose si scrivono in un certo modo, ma non garantisce che si facciano normalmente in quel modo. Ben poca cosa. Anzi, un'organizzazione sanitaria complessa, quando non è proprio la sede stessa di fatti corruttivi – le tristi vicende giudiziarie in cui sono coinvolte molte strutture sanitarie in Italia ce lo insegnano drammaticamente – spesso continua ad inquinare, a consumare energia senza freni, a non dimostrare la propria efficacia clinica, ad usare senza sobrietà le risorse pubbliche messe a sua disposizione. A volte non rispetta, nelle azioni quotidiane, le persone, spesso trattate come singoli organi da curare, esseri ignoranti da non stare a sentire, soggetti avulsi dal loro contesto, dalla loro famiglia, dal loro lavoro. Spesso tende a non utilizzare al meglio gli utopistici entusiasmi dei giovani professionisti, cui spesso si chiede di smettere di pensare ed adeguarsi alla routine del "qui si è sempre fatto così"... Se invece i suoi comportamenti collettivi sono attenti, gentili, sereni, professionalmente preparati, proprio queste, che sono le caratteristiche più rilevanti di un contesto di cura, difficilmente saranno viste dagli ispettori della qualità. Se non avrà contribuito al cambiamento di questo stato di cose il cosiddetto ispettore di certificazione di sistemi qualità avrà certificato la carta, avvalorando solo un'operazione di marketing, contraria, fra l'altro, a qualsiasi codice deontologico e incomprensibile per la maggioranza degli operatori e dei pazienti di una struttura sanitaria. Questi i pensieri ed il dibattito interno a SI-QuAS, dopo il congresso di Grado, fra chi,

a ragione, continua a voler produrre strumenti efficaci di valutazione della qualità, e chi questa strumentazione continua a ricercare ma non gli basta più, se non è finalizzata ad un progetto di sistema per la salute delle persone. La fase storica che attraversiamo ha fatto il resto ... quando si transita attraverso trent'anni di guerre, diecimila morti in Italia per mafie negli ultimi 20 anni, intere regioni violentate dall'inquinamento e dall'abusivismo, dal conseguente crescere dei dati di prevalenza ed incidenza di mortalità per tumori, di che cosa parliamo quando continuiamo ad esplorare la qualità delle cure? Ne parliamo in un pianeta sempre più usato (noi italiani consumiamo ogni anno risorse per tre Terre e mezza), di un'isola galleggiante di centinaia di chilometri quadrati fatta di plastica in mezzo all'Oceano Pacifico, dell'inquinamento da petrolio nel Golfo del Messico, di migliaia di vittime del lavoro o della motorizzazione ... di intere specie animali estinte per la presenza rapace su questa terra della nostra specie di primati poco intelligenti ... che fare dei nostri strumenti? Limitarsi a lamentarsi e ad essere spaventati dai ricatti del sistema perverso delle assicurazioni, che tutti i giorni vanno dicendo che le cure mediche sono pericolose? Certo che lo sono! Lo sappiamo da sempre. Non abbiamo studiato per nulla medicina per sei anni più quattro o cinque di specializzazione. Curare le persone quando si ammalano è difficile, bisogna studiare molto e fare molta pratica ... e si scontrano di regola con la dure realtà dell'“*At the end mortality is 100%*”, con la fortuna di aver avuto un collega come Archie Cochrane ed i suoi allievi della Cochrane Collaboration. Le professioni sanitarie, grazie a loro sono le uniche al mondo a basare la propria pratica sulle revisioni sistematiche, le uniche a poter ricercare su

un data base on line quali sono le cose che è possibile fare per i pazienti con una ragionevole probabilità di fare bene. Le professioni sanitarie, autonome e responsabili sono le uniche a godere di uno strumento potentissimo di miglioramento, l'audit clinico, uno strumento potentissimo di organizzazione, il design partecipato dei percorsi di cura, e sono le uniche a godere di un feedback immediato e solido delle proprie azioni: i risultati delle cure sui pazienti stessi, come singoli o come insiemi di popolazioni omogenee per patologia ... E i risultati dimostrano che se si agiscono tutte le qualità assieme i costi si riducono di molto, riducendo i danni e gli sprechi. Le professioni sanitarie, titolari di questi strumenti potenti e della loro deontologia continuano però tristemente ad essere governate da categorie professionali con strumenti deboli ma spesso prepotenti, di efficacia non dimostrata che si adattano alla semplicità del processo produttivo manifatturiero e mal rappresentano e governano la grande complessità delle cure alla persona, e da politici appartenenti a partiti che sono diventati essi stessi il fine, non lo strumento di miglioramento della società ... I pensieri dietro le parole qualità e sostenibilità sono questi. Da questi pensieri gli strumenti per la qualità si animano e prendono senso. E si sviluppano nei dibattiti o in rete ... diventano discussioni accese e consapevolzze evolutive ... diventano lo sforzo per una medicina sobria, rispettosa e giusta, una Slow Medicine, evoluta da una medicina fast ... spendacciona, disumana e non appropriata né equamente accessibile. Diventano prove continue di efficacia e quando l'efficacia manca diventano oggetti di ricerca indipendente. Con Alessandro Liberati ci accorgiamo che gran parte della ricerca su malattie ancora inguaribili è costituita da studi di

fase 1 o 2, mentre non ci sono quasi studi di fase 3 che ricerchino l'efficacia comparata fra un trattamento e l'altro, e quando questi studi indipendenti ci sono dimostrano che farmaci vecchi e poco costosi, come il clortalidone, sono più efficaci e meno dannosi di qualsiasi altro venuto dopo per la gestione di un fattore di rischio come l'ipertensione essenziale. Qualità, secondo Donabedian è Design di sistema, valutazione e miglioramento. Lo è ancora oggi, e con strumenti scientifici e mezzi di comunicazione molto più forti. L'occasione è ghiotta per migliorare ancora usando meglio ogni risorsa disponibile. Così interpretata la spending review è un'occasione imperdibile per tagliare con la corruzione, regolare il mercato interno delle strutture sanitarie e l'accesso agli imbonitori, progettare la sicurezza dei pazienti per prevenire le possibili disgrazie, documentarsi per fornire cure appropriate a tutti i pazienti, ridurre il numero di farmaci ed esami limitandosi a prescrivere quelli indispensabili, mettere in discussione le routine, ridurre il carico di radiazioni ai pazienti, interrompere cure stressanti, costose e dolorose quando non servo-

no più sostituendole con la migliore palliazione, ridurre la burocrazia nei rifornimenti di prodotti di consumo aumentandone però il controllo, standardizzare i menù chirurgici essenziali con processi tratti dalla migliore letteratura, concentrare gli atti medici più specialistici laddove la casistica è maggiore per evitare i guai da esperienza limitata, ridurre le liste di attesa per i casi gravi, ridurre i rifiuti speciali e i conseguenti costi, mettere in discussione lo status di consumatori di energia da fonti non rinnovabili e iniziare a produrre energia in proprio, con la co-generazione, con il geotermico, con il fotovoltaico. Insomma: scegliere con saggezza. Qualità e sostenibilità assieme mettono in discussione quindi i mercati consolidati, le rendite di posizione, le routine d'interessi intrecciati, le abitudini costose e generano l'evoluzione necessaria ad un sistema che, se continua a stagnare o a far finta di evolvere, muore dissanguato dai suoi costi, dai meccanismi perversi di finanziamento oneroso, dai tanti motivi di spreco che in tempi di prosperità abbiamo tutti conosciuto.