

## Presentazione QA on line n. 1

PALMIERI VO.

Direttore Scientifico QA

Il primo numero del 2011 di QA online presenta contributi originali, su temi anche abbastanza differenti fra loro ma accomunati dalla passione e dall'interesse precipuo su temi molto differenziati di miglioramento della qualità.

Il primo contributo è una riproposizione di un editoriale (in realtà qualcosa di più di un semplice editoriale) scritto oltre dieci anni fa da Antonio Bonaldi, mio predecessore come Direttore Scientifico della nostra rivista: il titolo, "Dall'ufficio al sistema qualità aziendale", già a quel tempo sottolineava la necessità di pensare il miglioramento della qualità all'interno di un'azienda sanitaria non come il frutto del lavoro più o meno isolato e più o meno condiviso degli Uffici Qualità, ma semmai come il risultato di un cambiamento sistemico dell'intera azienda, che ne vedesse coinvolti tutti i protagonisti, dal personale sanitario ai dirigenti delle direzioni sanitarie, dai cittadini (attraverso la loro rappresentanza aziendale nei vari comitati misti) allo staff della direzione generale e al direttore generale stesso. Per molte ragioni, si tratta di una tensione al miglioramento della qualità con cospicue componenti utopiche in molte realtà regionali, oppresse soprattutto dalla necessità di assicurare la quadratura dei bilanci economici e nelle quali termini come sostenibilità e progettualità significano soprattutto o solamente tagli alle iniziative ritenute di scarso interesse per il risanamento economico immediato. Tuttavia, la riproposta di Bonaldi di termini e metodi quali approccio sistemico, strumenti efficaci per il miglioramento della qualità delle cure, attenzione ai comportamenti, organizzazioni come sistemi complessi, progettualità, innovazione, interdisciplinarietà, rappresenta uno spunto di riflessione contestuale per chi è animato dal desiderio di partecipare attivamente al cambiamento continuo della qualità del sistema sanitario.

Proseguo la presentazione di questo numero di QA, segnalando un contributo di Piera Poletti, componente del direttivo nazionale della nostra Società, impostato con rigoroso criterio metodologico e su un tema originale e finora ancora non affrontato nella nostra rivista, quello della cultura del gruppo e dell'organizzazione come perno per garantire la sicurezza del paziente nonché dello stesso professionista sanitario. Ancora una volta, vale il richiamo al concetto dell'organizzazione come entità capace di apprendere (*learning organization*) nel suo complesso e alla necessità di adottare strategie sistemiche per accertare, monitorare e promuovere lo sviluppo della cultura per la sicurezza. Un contributo prezioso, quindi, per ricchezza di informazioni e per originalità di impostazione.

Anche il commento del dr. Natangelo a un recentissimo lavoro del BMJ dal titolo "Large scale organizational intervention to improve patient safety in four UK hospitals: mixed method evaluation", si lega a quello affrontato dalla Poletti, in quanto centrato sul tema della sicurezza del paziente.

Attiro l'attenzione ancora su un articolo originale a cura di Eloisa Federici su un'esperienza tuttora in corso relativa alla comunicazione fra utenti e struttura sanitaria e sugli effetti che essa può avere sulle scelte degli utenti e conseguentemente sui risvolti relativi alla cura dello stato di salute dei cittadini. È particolarmente doveroso per chi dirige una rivista dare spazio alla descrizione di esperienze dirette di miglioramento della qualità come questa pre-

sentata dalla Federici e anzi si deve aggiungere ancora una volta che noi tutti vorremmo che la rivista ospiti soprattutto articoli originali, sperimentali, sia perché riflettono esperienze molto concrete di miglioramento della qualità, sia perché attraverso la loro lettura è possibile capire realmente cosa sta cambiando nel profilo professionale di chi si occupa di qualità e qual è la metodologia di lavoro utilizzata nel contesto della pratica professionale reale.

Con questo numero introduciamo una nuova sezione della rivista, quella di "Qualità nella pratica", con due contributi brevi ma molto interessanti, l'uno dedicato ad una esperienza di valutazione dell'adozione dei prerequisiti di efficacia, appropriatezza e sicurezza nell'ambito del processo di accreditamento sanitario in Emilia Romagna, e l'altro sull'adozione di un manuale *ticket* come strumento per la qualità ambulatoriale nel rispetto della normativa. Si tratta, come è evidente, di due aspetti molto particolari, quasi tecnici, relativi ad esperienze di miglioramento delle procedure per la qualità, ma ciò nondimeno di interesse in quanto il progetto di cambiamento dei sistemi sanitari passa anche attraverso modifiche procedurali di maggiore o minore respiro.

Ho deliberatamente lasciato come ultimo un commento al contributo forse più originale di tutto il numero, quello scritto dalla collega Anna Belfiore su un tema coraggioso: "L'ultima parola ovvero... del vivere e del morire, fra arte ed esperienza medica".

Dico coraggioso in quanto il tema dell'atteggiamento del medico e, più in generale, del personale sanitario professionale che presta le proprie cure al paziente nel momento del suo passaggio dal vivere al morire, non è di facile reperibilità sui testi di medicina sui quali ognuno di noi ha studiato. A ben vedere, non esiste nemmeno un insegnamento nel corso di laurea in medicina e chirurgia e il tema è in qualche modo confinato alla buona volontà dei docenti che si occupano dell'insegnamento della bioetica al primo anno di corso di medicina. Nulla che assomigli ad una formazione specifica su questo tema esiste più avanti nel corso di laurea, quando peraltro sarebbe più logico in quanto lo studente frequenta il reparto di degenza in cui può capitare che viva l'esperienza della morte del paziente e del confronto con i familiari e i parenti. Certo esiste qualcosa anche nel corso di medicina legale, ma appunto limitatamente agli aspetti medico-legali della morte (la certificazione, la constatazione, la richiesta dell'accertamento autoptico, ecc.): nulla che abbia a che fare con l'esperienza del morire, nei modi in cui, con passione e razionalità, la Belfiore descrive magistralmente nel suo contributo.

Eppure, una parte importante del giuramento di Ippocrate, il primo atto normativo su cui, da neolaureati, siamo chiamati a prestare il nostro vincolo di comportamento professionale, è dedicato proprio a questi temi: "giuro... di perseguire come scopi esclusivi la difesa della vita, la tutela della salute fisica e psichica dell'uomo e il sollievo della sofferenza, cui ispirerò con responsabilità e costante impegno scientifico, culturale e sociale, ogni mio atto professionale; di non compiere mai atti idonei a provocare deliberatamente la morte di un paziente; di prestare la mia opera con diligenza, perizia, e prudenza secondo scienza e coscienza; di astenermi dall'"accanimento" diagnostico e terapeutico."

Dunque, la prima considerazione è che i medici non ricevono

una formazione specifica su questo tema: essi si formano sul terreno, coltivano la propria esperienza, si muovono oscillando di volta in volta, fra adesione a principi generalissimi (la difesa della vita, l'accanimento terapeutico, ecc.) e la necessità di mediare ed essere flessibili, intuendo le richieste del paziente e dei loro familiari, muovendosi con cautela lungo il crinale di un rigore medico-legale che sempre più assomiglia alla spinta alla medicina difensiva.

Ma se miglioriamo la nostra capacità di muoverci con professionalità ed esperienza in questo terreno sapremo fornire un aiuto prezioso al paziente nel momento in cui più gli è necessario: il medico non dovrà essere quello "fresco, baldo, grasso e contento" descritto da Tolstoj nel racconto "La morte di Ivan Il'ic", del tutto incapace di comprendere la tragedia che si sta compiendo dentro un uomo sempre più vicino all'estremo passo. Dovremo formare un medico capace di unire attenzione psicologica alla competenza tecnico-professionale, esperienza medico-legale e attenzione agli imperativi etici, esperto della disciplina del "fine vita", come propriamente si potrebbe definire questa fondamentale branca della formazione medica.

Esiste però un altro aspetto che viene fuori dal contributo della Belfiore, ed è quello dell'adeguatezza dei luoghi e, direi, delle procedure: deve esistere una qualità anche intorno a tutto ciò che succede nel fine vita. Qualità dei luoghi, che devono essere appropriati per spazio e arredamento, qualità delle procedure che affiancano e seguono gli ultimi momenti della vita di una persona in reparto, qualità dei gesti intorno alla salma da parte del personale addetto: inutile dire che pochi ospedali prestano attenzione a questi aspetti dei processi sanitari, ma altrettanto inutile ribadire l'importanza che invece dovrebbe essere dedicata a queste cose. Qualcosa è recentemente cambiato da quando sono stati realizzati gli Hospice per i pazienti oncologici terminali, ma si tratta ancora di esperienze che non fanno cultura diffusa in tutto il personale sanitario. È necessaria ancora molta formazione, non solo nell'ambito dei corsi accademici ma anche nel periodo post-laurea.

Infine, mi si consenta, c'è una qualità particolare del contributo della Belfiore, che è quello di togliere un velo, quella specie di velo di falsa decenza (lo stesso così magistralmente descritto da Tolstoj nel già citato racconto) che a volte ci prende quando si discute di queste cose: eppure la fine vita è fatta di carne, di sangue, di sudore, di sentimenti, di passioni, le stesse cose che animano la vita e intorno a cui si svolge il nostro compito di medici e di professionisti della salute e della malattia. Aprire gli occhi su questi temi è difficile ma richiede non meno professionalità di ogni singola cura di ogni singolo paziente in piena vita.

Buona lettura