



Qualità delle cure: una costante ricerca di reali contenuti

Paola Di Giulio*

“Migliorare la qualità delle cure” è un’affermazione presente in qualsiasi documento programmatico, carta dei servizi, obiettivo aziendale, statuto di società scientifica... L’insistenza su una qualità da difendere, mantenere, recuperare, dice, in modo non troppo indiretto, quanto è diffuso il timore di vivere in un contesto in cui la qualità è messa a rischio. Le affermazioni ripetute rischiano di mascherare o confondere un’assenza, gli slogan rischiano di sostituirsi ai contenuti.

Per uscire da questo rischio ed evitare affermazioni di principio che non si traducono, poi, in programmi o progetti di qualità, può essere utile esplicitare alcune riflessioni.

La qualità ha tante facce-anime: è nei prodotti e dispositivi, nelle prescrizioni, nella somministrazione-gestione dei farmaci, dei percorsi assistenziali, nell’informazione ai pazienti, nell’organizzazione dei servizi. Lo spettro di problemi è talmente vasto che è intuitivo affermare che la qualità può essere garantita e migliorata solo con progetti articolati e multidisciplinari, che vedono la collaborazione di figure diverse. Sia le sessioni congressuali sia i poster hanno, infatti, affrontato diversi temi (la continuità dell’assistenza tra ospedale e territorio, la farmacoepidemiologia, l’informazione al paziente, oltre che aspetti più tecnici) che hanno messo ancora più in luce il ruolo sociale del farmacista, e l’importanza di una presa in carico pluriprofessionale dei problemi, a partire dalla prospettiva del paziente.

Esistono modi diversi (non sempre complementari, anche se tutti importanti) di pensare alla qualità: la logica più burocratico-amministrativa della certificazione, secondo le ISO-9000, e quella meno strutturata, ma non per questo meno rilevante, che parte dalle esperienze e dall’analisi dei problemi e delle pratiche da migliorare. Entrambi importanti – non posso affrontare i problemi se non vengo messo nelle condizioni di poter lavorare, se non vengono definiti i meccanismi e i flussi di comunicazione tra servizi – ma che devono trovare un equilibrio per evitare che una logica (generalmente quella burocratico-amministrativa) rischi di occupare tutti gli spazi e le risorse disponibili. La certificazione di un servizio rischia di assorbire per mesi tutte le energie, a discapito, talvolta, di progetti di miglioramento. E, in alcuni contesti, si rischia che venga fatto passare come “qualità” quello che dovrebbe essere *normale* buon funzionamento di un reparto o servizio (esplicitazione degli orari di apertura, di ritiro esami, disponibilità di un numero telefonico per chiedere informazioni, comunicazione degli orari per i colloqui, presenza di protocolli di reparto, ecc.).

La qualità e la ricerca di qualità sono un progetto, non un punto di arrivo. Sono molto di più che non elenchi, per quanto articolati e complessi, di indicatori e criteri. Hanno a che vedere con i diritti delle persone (il diritto alla continuità, a un’informazione comprensibile, a ricevere trattamenti appropriati). Se manca il progetto, prevale la logica burocratica della certificazione. Il progetto di qualità di un singolo gruppo di pazienti (per esempio gli anziani fragili) non può svilupparsi legato dal contesto. E questo rilancia a logiche più generali che non hanno a che fare solo con il problema di cui voglio migliorare la qualità. Cambiamenti, evoluzioni, scelte, anche sostanziali, che riguardano i diversi ruoli degli operatori, il modello e le politiche di funzionamento dei servizi, vengono fatti, adottati, diventano oggetto di certificazione, senza passare per processi di verifica-validazione, fasi sperimentali; che ne definiscano la resa e l’impatto anche in termini di qualità del servizio e della presa in carico.

Queste due anime della qualità hanno dialogato nel congresso, e la partecipazione e il confronto con le altre professioni hanno reso evidente come non si possa fare qualità vera solo a partire da un punto di vista, ma la qualità reale si ottiene con la presa in carico dei problemi, con lo sviluppo di percorsi assistenziali multidisciplinari. I progetti di farmacovigilanza vedono impegnati medici, infermieri e farmacisti; coinvolgono pazienti in ospedale, ma anche sul territorio e nelle RSA. L’applicazione di linee-guida per la gestione dei problemi clinici prevede percorsi e modalità di valutazione diverse, in base alle popolazioni con cui si lavora. Esplicitare progetti, adottare popolazioni (i pazienti fragili, cronici) è il percorso privilegiato per far entrare la qualità nei servizi, a partire da problemi reali, bisogni inevasi, domande senza risposta.

La qualità non deve essere trasformata in un nuovo mercato di esperti e consulenti aziendali, ma va ricercata, a partire dai problemi di chi vive il quotidiano della sanità. “Non è semplice trovare le risorse e la progettualità per rilanciare, per fare in modo che l’esplorazione prevalga sull’affermazione, il dialogo sulla codificazione, la creatività sulla certificazione”¹. L’aver dedicato un congresso alle strategie per migliorare la qualità delle cure, al confronto con le altre professioni, alla presentazione di esperienze di percorsi di qualità, in ospedale e sul territorio, a partire dai problemi dei pazienti, significa porsi dalla parte di chi vede questo settore come un settore positivo, da sviluppare, con piena consapevolezza del rischio di parlare degli aspetti di facciata della qualità, senza toccarne i contenuti reali.

*Professore Associato di Infermieristica, Università degli Studi di Torino.

¹Tognoni G. Qualità: i tanti destini di una parola. Rivista dell’Infermiere, 1995, 14, 122-124.