

La Qualità dei servizi sanitari ai tempi del Covid-19 *Healthcare Quality in COVID-19 times*

Seconda parte: La Qualità possibile dopo la pandemia *Part 2. The Possible Health Care Quality after the Pandemic*

Andrea Gardini

Medico, co-fondatore del movimento Slow Medicine

Co-fondatore e past president della Società Italiana per la Qualità dell'Assistenza sanitaria-VRQ

Co.fondatore e Board Member 2004-2007 ISQua

Parole chiave: qualità dei servizi sanitari, COVID 19

RIASSUNTO

La pandemia di SARS-COVID-19 e i fenomeni correlati che si stanno verificando nelle Comunità Umane colpite dalla malattia impongono una riflessione sull'insieme del fenomeno pandemico, guidata dai principi della qualità delle cure e della salute pubblica elaborati ed esposti dalle Istituzioni pubbliche e dalle Associazioni professionali che, nel corso degli ultimi 50 anni, hanno proposto ed applicato, su questo tema, un quadro concettuale coerente. Obiettivo di questo lavoro è ripensare alle acquisizioni fatte in passato in tema di qualità delle cure e proporle come una strategia utile per affrontare con strumenti e comportamenti adeguati l'emergenza COVID-19, nella direzione di un cambiamento di paradigma necessario che accompagni i sistemi sanitari verso un futuro di qualità migliore in una società migliore.

Keywords: health care quality, COVID-19

SUMMARY

SARS-COVID 19 pandemic and related phenomena that are happening in every affected human community impose a global reflection on the whole phenomenon, driven by the principles of health care quality in a context of Public Health as have been elaborated and exposed international Public health Institutions and by healthcare Quality Associations of experts that during the last 50 years elaborated propose and apply a coherent conceptual framework on this item

The goal of this paper is to think again together to the past advancements in health care quality and propose them to face SARS-COVID 19 emergency with effective strategies, behaviors and tools towards a necessary paradigm change to support the health care systems towards a better quality in a better Society.

Autore per corrispondenza: dott.andreagardini@gmail.com

Introduzione

Essere testimoni di una nuova malattia epidemica e dei suoi effetti sulla nostra società per certi versi è un privilegio. Un privilegio spaventoso. Chi come me è abituato, per scelte di vita, a ricercare le soluzioni a situazioni difficili, anche con questa prova ad applicare le sue conoscenze pregresse per dare una mano a chi oggi è sul campo, e a fare delle proposte. Viste le componenti della qualità e le loro relazioni, proviamo insieme?

Efficacia teorica

La ricerca scientifica è “un’attività di studio, con intendimenti e metodi scientifici, svolta in modo sistematico e non casuale per l’acquisizione di nuove conoscenze”(1).

Senza addentrarsi, volutamente, nell’eterno e benvenuto dibattito filosofico sul metodo scientifico, che ha impegnato, nel corso del secolo precedente, dentro e fuori la medicina, fior di Maestri prestigiosi ed amati, ha visto posizioni contrapposte e fioriture evolutive di idee e pensieri che ci stanno nutrendo anche adesso (2-4) si comprende, che la ricerca, in particolare quella medica, deve seguire un metodo che ha una sequenza di azioni, che devono essere fatte in un modo ordinato e visibile. Una ricerca medica deve partire da ipotesi serie, come problemi non risolti di salute, non deve essere guidata da motivazioni futili o strumentali o di carriera, deve avere degli obiettivi chiari di miglioramento dello stato di salute delle persone affette da certe malattie, dev’essere il più possibile indipendente, libera da condizionamenti di qualsiasi tipo, deve seguire un metodo rigoroso, trasparente e verificabile da tutti, dev’essere progettata bene, secondo logiche condivisibili dagli scienziati di tutto il mondo. I suoi risultati devono essere riproducibili da altri ricercatori che siano in grado di ripeterli, confermandoli e devono essere riportati su riviste scientifiche che abbiano un comitato scientifico formato da referee indipendenti, che siano in grado di valutarne la veridicità e l’affidabilità prima della pubblicazione. Dopo aver fatto tutto ciò gli scienziati devono essere consapevoli che i loro risultati sono provvisori, non devono diventare dei dogmi, delle verità rivelate, non devono cioè cadere nello scientismo, la negazione della conoscenza che per sua natura è in continua evoluzione. La vita è, anche, cognizione (5).

Negli ultimi mesi sono stati pubblicati in tutto il mondo migliaia di lavori a proposito di COVID 19 (6). Uno sforzo gigantesco, straordinario, della comunità scientifica mondiale. Una corsa alla conoscenza senza pari, che è anche competizione per gli investimenti che sovvenzionano i ricercatori.

Le domande poste sono essenzialmente queste: che cos’è questo virus, come si trasmette, quali sono le sue interazioni con il suo ospite, come interagisce il suo ospite con il virus, come si può prevenire l’infezione con provvedimenti di salute pubblica collettivi, con azioni individuali e con la vaccinazione, ci sono dei farmaci che possono aiutare l’ospite a superare l’infezione?

Non si può tralasciare il fatto non trascurabile che, per quanto riguarda la natura dei virus, Coronavirus 19 compreso, c'è da tempo in corso un dibattito sulla loro natura. Sono esseri viventi o no? Si sa che sono parassiti obbligati, che per riprodursi hanno bisogno delle cellule degli ospiti in cui si annidano, ma sulla questione del vivente ancora nessuno si sbilancia. La definizione stessa di "vivente" sembra in crisi di fronte a un virus (7). Questi pezzi di codice genetico avvolti da una membrana che girano il mondo tuffati dentro goccioline di saliva sono ancora un mistero, sembrano antichissimi, presenti sul pianeta ancor prima dei batteri, molto prima di noi.

Nel caso del Coronavirus 19, che ha fatto il salto di specie, atteso dai virologi più consapevoli da molti anni (8), si trasmette da un ospite all'altro come un raffreddore, nelle goccioline di saliva che vengono emesse con un colpo di tosse dal loro ospite. Quelli che ne sono ospitati non possono saperlo se non hanno sintomi, e sono la grande maggioranza. È meglio, per riguardo verso i propri simili, evitare che i propri virus si espandano nell'aria. Quindi, mascherine, più per proteggere gli altri che per proteggere sé stessi. Un concetto controintuitivo in una società che ha esaltato l'individualismo... difficile da far passare nei comportamenti di molti. Le goccioline con il virus dentro ad uno starnuto vanno in giro per mediamente 1-2 metri. Quindi è bene, in corso di epidemia, star lontani gli uni dagli altri. Lo hanno chiamato distanziamento sociale, ma è meglio chiamarlo distanziamento fisico. Il primo evoca solitudini insanabili e diffidenza, tende a distruggere le comunità basate sulla fiducia. Il secondo necessita di complicità solidale e collaborazione, incentiva la solidarietà. Le parole sono importanti.

A volte le goccioline infette finiscono sulle mani e con esse si trasmettono. Perciò vanno lavate spesso e con cura. Mascherine, distanziamento fisico e il lavaggio frequente delle mani sono i mezzi e i comportamenti di efficacia dimostrata per ridurre il rischio di trasmettere o ricevere una infezione (9).

Per quanto riguarda i farmaci, nelle varie fasi della malattia, ancora poco si sa. Il cortisone sembra utile nelle fasi avanzate della malattia polmonare, quando si scatena la reazione infiammatoria alveolare e interstiziale (10). Anche l'eparina sembra utile, data per ridurre le micro trombosi che intasano i microvasi degli alveoli a malattia conclamata (11-12). Forse anche la cloroquina, che pare però funzioni nelle fasi più precoci, riducendo la frequenza della replicazione del virus, ma la sua efficacia, che sembra dipendere dalla precocità del trattamento, è in via di dimostrazione (13).

Gli altri farmaci sembra ancora che non siano utili, ma bisogna attendere le conferme (14). Sembra di intravedere una ressa, fra i produttori, per far passare le proprie posizioni. Impazziscono le agenzie di marketing. Buffo - se non fosse una situazione tragica - immaginarli rossi in viso ad applicare di più e ancor di più le regole immutabili della pubblicità spinta all'eccesso, così ben descritte qualche anno fa da Partecipasalute con il suo "generatore automatico di comunicati stampa" (15) o da David Healy in un suo libro

ormai famoso e ben documentato (16).

Quest'epidemia è stata un'occasione mancata di intervenire mettendo a punto trattamenti sperimentali con rigore e metodo. In pochi ci hanno pensato e lo stanno facendo, come, ad esempio, le equipe pubbliche di cura dell'Emilia-Romagna, ispirate dal prof. Viale, che i pazienti li trattano a domicilio, entro le 48 ore dai primi sintomi, con la idrossiclorochina (13). Aspettiamo le prove. Nel campo della prevenzione la preparazione di un vaccino, ed il suo auspicabile utilizzo generalizzato, al di là delle sparate pubblicitarie quasi quotidiane, è tutta da scoprire. Non c'è dubbio che un vaccino efficace sarebbe il trattamento migliore.

Efficacia pratica

E' troppo presto per fare una valutazione dell'efficacia di tutti i trattamenti che sono stati proposti ai pazienti prima e dopo il ricovero per COVID 19. Pratica comune vuole che, se non ci sono evidenze di efficacia, per questa malattia nuova, si provino tutti trattamenti più ragionevoli, in base all'esperienza migliore dei medici, alla probabile patogenesi della malattia, alle condizioni della persona malata. Meglio sarebbe, come si diceva, che ci fosse una maggiore attitudine a fare delle sperimentazioni formali per acquisire prove migliori. Quello che però si sa è che le vecchie regole del TTT in corso di epidemia, Track, Test, Treat sono obbligatorie. Assieme a mascherine, distanziamento fisico e lavaggio delle mani. Assieme all'isolamento degli infetti e dei contatti. Sono tutte misure di public health con le quali si prova ad evitare il ricorso a trattamenti farmacologici, che sono di ancora non evidente efficacia. Queste misure richiedono un'organizzazione territoriale, una rete coerente di azioni utili fatte da persone competenti, una chiara volontà politica. Non sempre ciò si è potuto fare. I distretti sono stati smantellati da una politica miope, i medici di medicina generale confinati in ambulatori a soddisfare, contro la loro volontà più volte espressa, le esigenze della burocrazia ed a svolgere il ruolo a loro affidato di "prescrittori finali" e dove gli infermieri di territorio proprio non esistono. Il virus si è diffuso senza ostacoli e molti medici e infermieri, lasciati a mani nude, sono morti, assieme ai loro pazienti.

Efficienza

In assenza di prove di efficacia discorrere di efficienza sembra futile, poco importante, quasi grottesco. Esiste però l'efficienza amministrativa previdente, quella che potrebbe fare prima le gare per i dispositivi di protezione individuale, conservarli in magazzini protetti, in caso di una nuova emergenza pandemica, quella stessa che di fronte alle richieste ripetute, agli allarmi per la mancanza di dispositivi, farmaci, ventilatori non ti risponde che, no, non si può fare per i limiti del budget. Quella che adatta le esigenze della buona amministrazione ai bisogni delle persone.

Appropriatezza

In assenza di prove di efficacia anche l'appropriatezza sembra un termine poco interessante, per quanto una cura appropriata di un malato di COVID 19 debba prevedere che sia visitato a domicilio da una equipe attrezzata per quanto possibile subito, appena chiama per essere aiutato, sia trattato all'interno di un progetto sperimentale con dei farmaci che possano ridurre la velocità di replicazione del virus, ridurre la probabilità di fare delle tromboembolie e ridurre l'infiammazione, sia monitorato nei suoi parametri vitali e possa accedere in maniera controllata e rapida alle strutture deputate al ricovero, dove ricevere le cure migliori possibili. Tutto ciò agli inizi della pandemia è successo poco. Eravamo tutti impreparati, colti di sorpresa. Nel corso della pandemia, sorretti dall'esperienza, abbiamo compreso abbastanza presto che cos'è che succede ai pazienti, lo abbiamo trasmesso ad altri colleghi per lo più con un tam tam sotterraneo e tutti all'interno degli ospedali e sul territorio hanno fatto anche più del necessario e conosciuto pur di salvare la vita alle persone ammalate. Piuttosto, abbiamo potuto notare la grave inappropriata di gran parte dei comportamenti degli uomini politici responsabili delle strategie regionali per la salute, dei loro staff e dei loro sponsors. Medici, infermieri e tutti gli altri professionisti hanno fatto, come sempre, quasi da soli, anche zigzagando fra gli impicci messi sulla loro strada da una politica locale quasi sempre "non appropriata". E' aperto il dibattito sull'appropriatezza del personale politico che chiede, durante le elezioni, il potere, e poi non è in grado di esercitarlo per il bene di tutti per carenze culturali, motivazionali, etiche, già descritte con maestria in un film famoso (17). Solo il governo centrale, e in questa circostanza specifica, si è dimostrato, assieme a pochi altri, in grado di anteporre le ragioni della salute a quelle della produzione e del mercato, applicando la Carta Costituzionale. Le reazioni scomposte contro questa strategia ci hanno insegnato parecchio. Ci consigliano un criterio importante per scegliere chi votare la prossima volta. Per chi difende la nostra salute o per chi sta dalle parti del mercato? O c'è, sperabilmente, una via di mezzo?

Adeguatezza

Dare a tutti quelli che ne hanno bisogno il meglio delle cure disponibili in termini di prevenzione, cura e, riabilitazione post COVID, nel posto migliore rispetto ai loro bisogni. Di questa componente della qualità non si è tanto parlato in questo periodo, e sarebbe interessante potersi confrontare, a posteriori, con dei dati. Certo è che se dovesse arrivare una seconda ondata la definizione già sin d'ora degli ospedali dove i pazienti di COVID 19 e solo quelli vanno ricoverati sul territorio nazionale, rispetto a Paesi più ricchi e popolosi del nostro, è sin d'ora un bel programmare.

Sicurezza dei pazienti e degli operatori

Come sia stata trattata la sicurezza dei pazienti nel tempo del COVID 19 è un tema da esplorare. La pandemia stessa, per come si è presentata, parlando in termini di risk management, inteso come l'insieme di strategie e strumenti per garantire la sicurezza dei pazienti, sembra un numero piuttosto consistente di "eventi sentinella". Ogni morte, ogni contagio sembra esserlo, e ogni morte, ogni contagio dovrebbero essere studiati come eventi sentinella per evitare che si ripetano. Lo stesso si può dire dei morti e dei malati fra i medici, gli infermieri e tutti gli altri operatori sanitari. Troppi, in tutto il mondo. Doloroso da noi, soprattutto se persone meravigliose come alcuni dei nostri amici più cari sono stati portati via così, da un giorno all'altro, dopo grandi sofferenze solo per aver fatto il proprio dovere (18).

Continuità delle cure

Dai primi sintomi all'esito favorevole o meno, nel prossimo futuro (cioè da adesso) sarà necessario proporre dei percorsi sanitari generali e specifici per territorio e per gravità del problema. La mancata risposta alla domanda "Chi fa che cosa, come e quando" è stato forse il più serio problema di gestione delle situazioni cliniche che gli operatori sanitari si sono trovati ad affrontare. Forse la carenza di "preparedness", di progettazione condivisa degli interventi migliori da fare è stata, assieme ai problemi di comunicazione, quella che ha più pesato sugli esiti clinici, un'organizzazione di sistemi di cura che, nel bene e nel male, hanno improvvisato. In una seconda possibile ondata bisognerebbe non improvvisare.

Comunicazione e relazione

Il capitolo della comunicazione in tempi di COVID 19 meriterebbe un'analisi a sé. La comunicazione, intesa come relazione fra medici, operatori e pazienti andrebbe analizzata in dettaglio. In generale sembra che la necessità di operare in sicurezza abbia ridotto, in molti casi ai minimi termini, la relazione di cura non solo fra operatori e pazienti ma anche fra operatori e famiglie che, avendo convissuto con una persona infetta sono state poi isolate pure loro. L'emergenza ha spesso determinato la riduzione drastica delle informazioni ai parenti, le misure di protezione rendono difficile la comunicazione con i pazienti, i call center sono stati uno strumento forse inadeguato all'inizio, spesso irraggiungibile nei periodi peggiori dell'epidemia, e le persone spesso si trovavano a non comprendere quello che stava loro succedendo. È un capitolo tutto da progettare all'interno del capitolo "preparedness", ma anche all'interno del capitolo "empowerment" dei pazienti stessi. Molto utile il documento intersocietario di SIAARTI, ANIARTI, SICP e SIMEU "Come comunicare con i famigliari in condizioni di completo isolamento", che ogni operatore sanitario dovrebbe applicare in queste - ed altre - condizioni (19).

La comunicazione esterna, è stata ancora più problematica. Se la comunicazione istituzionale

è stata gestita al meglio possibile dal governo centrale, per lo meno con i dati ufficiali e le conferenze stampa quotidiane della Protezione Civile - aspetto della leadership del governo centrale italiano riconosciuto a livello internazionale - tutto è stato reso molto difficile dal nuovo fenomeno delle reti sociali, e in generale dei mezzi di comunicazione, dove l'emergere continuo di opinioni contraddittorie di persone più o meno esperte, ciascuna nel proprio campo specifico, il desiderio di visibilità, gli interessi politici, economici, sociali che hanno influito sui contenuti e sui toni della comunicazione hanno generato in tutto il mondo una pericolosa "infodemia", nei confronti della quale è difficile proteggersi (20).

Soddisfazione dei pazienti

Esistono vari attestati pubblici di gratitudine dei pazienti che sono stati salvati dal nostro servizio sanitario, e questi sono episodi molto belli. Non sempre è stato così, e la marea montante delle cause legali che le famiglie dei deceduti stanno mettendo in piedi, talora promosse da studi legali senza scrupoli (21), avrà degli sviluppi non prevedibili. Accusare chi si è dato da fare in maniera totale per salvare delle vite sembra una perversione del sistema, che va affrontata con adeguati strumenti legislativi.

Etica e deontologia

Un documento-chiave della SIAARTI (22) è molto utile per affrontare con ragione e giudizio la spinosa questione che sorge dalla domanda "Se ho dieci letti di terapia intensiva tutti pieni, si libera un letto ed ho contemporaneamente due pazienti gravi da soccorrere con un solo ventilatore a disposizione che cosa posso fare? Quali criteri di scelta adottato per prestare loro le cure intensive di cui hanno bisogno?" Anche questo è un dibattito aperto, ma se dovesse esserci una prossima volta, è bene non arrivare a questa situazione ed è difficile avere dubbi sul fatto che sia necessario trattare i pazienti più precocemente possibile, prima di doverli trattare in una terapia intensiva intasata.

L'enorme impegno, il sacrificio personale di tutti quelli che hanno lavorato giorni e giorni in situazioni proibitive ci dice che medici infermieri e tutto il personale coinvolto NON sono solo "risorse umane". Sono professionisti che sanno fare il loro dovere fino in fondo, costi quel che costi.

Equità

È evidente in tutto il mondo che c'è la tendenza della mortalità da COVID 19 a colpire più i poveri che i ricchi, più i meno istruiti che i più istruiti, più le etnie più disagiate socialmente che quelle meno disagiate, più i soggetti fragili. Il problema della disuguaglianza nelle nostre società è molto presente, non è ancora stato risolto (23), si è anzi aggravato con la pandemia. Senza politiche di integrazione e di inclusione sembra destinato a persistere. Senza equità e senza etica non esiste qualità.

Quali sono le strategie, gli strumenti, le tecniche, i metodi della qualità delle cure che possono essere utili in caso di ripresa dell'epidemia?

Un primo strumento da ricordare, fra quelli che fanno parte della cultura della qualità, è progettare dei percorsi assistenziali condivisi fra tutti gli operatori di un territorio, a garanzia della continuità assistenziale, della comunicazione fra gli operatori e fra questi, con i pazienti e le loro famiglie, dell'appropriatezza delle cure e del buon utilizzo delle risorse (24).

Questo strumento partecipato (e solo se veramente condiviso con tutti gli attori previsti nel processo di cura) si è dimostrato utile nella progettazione delle cure nelle grandi emergenze cliniche (25).

Progettare percorsi assistenziali è una modalità operativa dinamica, nel corso della quale gli operatori sanitari del territorio e degli ospedali impegnati in un percorso di cura, insieme:

1. Descrivono ciascuno i comportamenti clinici e assistenziali che svolgono nella pratica corrente nei confronti di pazienti confrontabili fra loro;
2. identificano gli snodi critici di comunicazione fra i diversi livelli operativi;
3. progettano insieme le nuove modalità assistenziali integrate e le modalità di comunicazione fra di loro nei nodi critici;
4. testano queste nuove modalità in situazioni specifiche di prova;
5. riprogettano le stesse attività insieme, alla luce di quanto appreso dalla sperimentazione;
6. attivano il nuovo percorso assistenziale;
7. raccolgono dati sulla sua applicazione sui pazienti;
8. valutano periodicamente gli esiti del percorso e, se necessario, lo modificano in rapporto ai problemi riscontrati.

I percorsi assistenziali si costruiscono dal “basso”, non possono essere imposti dal management, o scritti da un componente dello staff sotto forma di generici “PDTA”. Possono solo essere favoriti, aiutati, promossi.

Un secondo strumento è l'audit clinico (26), uno strumento professionale partecipato e periodico per valutare i casi trattati attraverso la documentazione clinica e per modificare, al bisogno, i propri comportamenti in rapporto agli esiti dei trattamenti fatti. Lo stesso dovrebbe essere fatto ad ogni evento sentinella, quando, a differenza di quanto progettato, le cose non siano andate come previsto. Nel caso della Pandemia, un audit di comunità dovrebbe essere preliminare per cambiare le strategie e le politiche sanitarie di un territorio, specie se particolarmente colpito.

Un terzo strumento, sempre partecipato, è il ricorso alla revisione degli standard di accreditamento (27), già previsti sia a livello nazionale che regionale, per identificare gli standard che, in corso di epidemia di COVID 19 non sono stati rispettati e cercar di comprendere come mai è successo. Se le strutture sanitarie, pubbliche o private, non

rispettano, in questa o altre situazioni, gli standard in virtù dei quali sono stati accreditati a fornire servizi alla popolazione, l'accreditamento dovrebbe essere sospeso fino a che non ci siano le condizioni di struttura e di processo a garanzia del loro soddisfacimento. In questo senso le visite periodiche di valutazione della presenza dei requisiti dovrebbero NON essere fatte sotto forma di ispezioni, ma in forma di consulenza esperta da parte di professionisti qualificati nella materia clinica specifica, per aiutare gli ospedali a raggiungere gli standard richiesti.

Non sarebbe male che le società scientifiche interessate alla gestione dei pazienti COVID-19 curino la stesura di standard di accreditamento delle strutture destinate ad ospitare pazienti COVID in una eventuale nuova ondata epidemica.

Conclusioni

Per poter riprendere un filo di sviluppo della qualità dei servizi sanitari interrotto da una concezione meccanicistica e orientata alle forze del mercato diffusa in tutto il mondo e dalla pandemia di Coronavirus 19 sarebbe necessario agire su più piani.

Da una parte potrebbe essere molto utile, in corso di pandemia, far conoscere ed applicare adesso, ovunque possibile, le raccomandazioni di Choosing Wisely International per i cittadini ed i professionisti pubblicate nell'aprile 2020, e in corso di continua revisione (28).

Contemporaneamente dovrebbero ovunque nel mondo essere messi in campo i principi indicati dall'OMS, dall'ONU e dalle altre Istituzioni Internazionali (29-32) di preparedness, empowerment ed accountability che sono essenziali per poter superare questa gravissima crisi pandemica.

Preparedness

- Ripensare all'organizzazione dei servizi in termini di qualità e riprogettarli in tal senso.
- Favorire la partecipazione dei professionisti delle strutture sanitarie alla progettazione dei servizi COVID 19.
- Utilizzare i fondi aggiuntivi previsti dallo Stato per ridisegnare la rete dei servizi di prevenzione, i distretti, i servizi di salute mentale, di medicina territoriale e di riabilitazione, oltre che rivedere le attrezzature degli ospedali COVID assumendo il personale necessario a far fronte ad una nuova possibile emergenza.
- Garantire sostegno economico adeguato per proteggere i presidi sanitari ed il personale di assistenza, per garantire cure adeguate e tempestive a tutti i nuovi contagiati e per sostenere le comunità colpite dal virus.

Preparedness e empowerment

- Coinvolgere i professionisti dei vari livelli di cura in progetti di percorsi assistenziali in caso di nuova ondata epidemica, coinvolgendo anche le famiglie dei pazienti deceduti per la malattia e i malati guariti in progetti territoriali partecipati e condivisi.

- Informare e coinvolgere i cittadini sugli sviluppi della pandemia e sui comportamenti da tenere per affrontarla in sicurezza.

Empowerment

- rinforzare i rapporti con i cittadini soprattutto con quelli colpiti dal virus ed i loro parenti valorizzando la loro narrazione per trarne spunto per riorganizzare i servizi con il loro consenso e supporto.

Empowerment e accountability

- Coinvolgere i professionisti nella valutazione della persistenza delle condizioni di accreditamento e nella progettazione di modalità organizzative e di cura tali da poter far fronte a nuove emergenze pandemiche.

Accountability

- Coinvolgere i professionisti in attività di audit clinico e di analisi degli eventi sentinella, allo scopo di poter progettare i miglioramenti necessari al fine di evitare che si ripetano.
- Garantire una raccolta dati affidabile, trasparente e sicura, per monitorare con precisione l'andamento della pandemia, garantendo il ritorno immediato dei dati ai professionisti che consentano loro di organizzare al meglio il loro lavoro.
- proporre ai professionisti sperimentazioni cliniche formali su pazienti con patologia da COVID 19 a vari livelli di gravità, a garanzia che di tali trattamenti sia valutata l'efficacia e, per i trattamenti efficaci, ne sia garantita la diffusione capillare.

Per una rinascita del Servizio Sanitario Pubblico ed Universale non c'è spazio per scorciatoie. È necessario cambiare modo di pensare. È necessario che cambi pure, in meglio, la Società intera, il nostro modo di vivere. Non c'è altra strada che cambiare il nostro paradigma di riferimento. Quello antico, riduzionista, meccanicista, autoritario, piramidale, paternalista non tiene più. Non è utile né a farci vivere bene, né a sostenere la vita sul Pianeta, né ad affrontare una Pandemia, né a vivere in pace. Anzi, è alla radice dei nostri problemi (33). Siamo otto miliardi, le risorse del Pianeta si stanno riducendo, neppure la qualità antica pensata da Donabedian ci basta più.

Oggi, dopo la lezione del COVID 19 abbiamo bisogno di accettare e rispettare la complessità del mondo in cui viviamo. È necessario prendere atto che le soluzioni semplici non ci sono, che navighiamo sempre in un mare di incertezza. Siamo sempre più consapevoli, da questa lezione, che in Sanità le cose possono funzionare se si lavora in rete, fra professionisti competenti, autonomi e responsabili in collaborazione e non in competizione, avendo chiaro che i rispettivi ruoli sono oggetto di una negoziazione costante. Il personale sanitario va retribuito con dignità, va formato con cura, dev'essere protetto dal contagio, si deve poter auto-organizzare come un sistema vivente costantemente connesso, dev'essere messo in grado di apprendere di continuo, deve potersi giovare di una documentazione affidabile, trasparente e pubblica, deve poter partecipare attivamente ai

lavori di ricerca.

Chi lavora per la salute dei propri simili dev'essere messo in grado di sviluppare l'alleanza costante con i cittadini e con i malati e le loro famiglie, la sola in grado di tutelare la salute, di superare la malattia. Se proprio non c'è più molto da fare per salvare le vite delle persone ammalate, è d'obbligo aiutarle a concludere la loro esistenza con cure di fine vita appropriate, offrendo loro dignità e umanità, trovando le soluzioni migliori per trascorrere gli ultimi momenti, in compagnia delle persone care, senza dolore, senza paura, senza abbandono (34). Con cure sobrie, rispettose e giuste (35).

Bibliografia

1. <http://www.treccani.it/enciclopedia/tag/ricerca-scientifica/>
2. Popper K. Logica della scoperta scientifica. Torino: Giulio Einaudi editore; 1970.
3. Feyerabend PK. Contro il metodo: Abbozzo di una teoria anarchica della conoscenza, Milano: G. Feltrinelli Editore; 1979..
4. Kuhn T. La struttura delle rivoluzioni scientifiche. Torino: Giulio Einaudi editore; 1979.
5. Maturana HR, Varela FJ. Autopoiesi e cognizione. La realizzazione del vivente. Sansepolcra (AR): Venezia: Marsilio Editore; 1985.
6. <https://www.semanticscholar.org/cord19>
7. http://www.treccani.it/enciclopedia/virus_%28Enciclopedia-della-Scienza-e-della-Tecnica%29/
8. <https://wsimag.com/it/scienza-e-tecnologia/62062-covid-19-il-dramma-italiano>
9. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-IPC-2020.4>
10. <https://www.who.int/news-room/detail/16-06-2020-who-welcomes-preliminary-results-about-dexamethasone-use-in-treating-critically-ill-covid-19-patients>
11. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32220112/>
12. <https://link.springer.com/article/10.1007/s11239-020-02162-z>
13. <https://www.youtube.com/watch?v=tJQhT22MaXw&t=21s>
14. <https://www.marionegri.it/magazine/covid-19-e-farmaci-utilizzati>
15. <http://www.partecipasalute.it/informati-bene/generatore-comunicati-001.php>
16. Healy D. Pharmageddon. Eclissi della cura e marketing della malattia. Milano: Ed Mimesis Eterotopie; 2016.
17. https://it.wikipedia.org/wiki/Qualunque_mente
18. <https://portale.fnomceo.it/i-ricordi-e-il-cordoglio-per-roberto-stella-scomparso-prematuramente-questa-mattina/>
19. ComuniCoViD_ita-18apr20.pdf
20. https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200202-sitrep-13-ncov-v3.pdf?sfvrsn=195f4010_6
21. https://www.huffingtonpost.it/entry/legali-invitano-i-familiari-delle-vittime-di-covid-a-fare-causa-ai-medici-cnfruttano-dolore-sanzioni_it_5e860451c5b6f55ebf498c71
22. <http://www.siaarti.it/SiteAssets/News/COVID19%20-%20documenti%20SIAARTI/SIAARTI%20-%20Covid19%20-%20Raccomandazioni%20di%20etica%20clinica.pdf>
23. Marmot M. La salute disuguale. La sfida di un mondo ingiusto. Roma: Il Pensiero Scientifico editore; 2016.
24. Vanhaecht K, Bollmann M, Bower K, Gallagher C, Gardini A, Guezo J, Jansen U, Massoud R, Moody

- K, Sermeus W, Van Zelm R, Whittle C, Yazbeck A, Zander K, Panella M. Prevalence and use of clinical pathways in 23 countries – an international survey by the European Pathway Association. *Journal of integrated Care Pathways* 2009;10 (1): 28-34
25. Lenzi T, Parenti N, Antenucci C, Metalli M. Percorso clinico assistenziale in emergenza dell'IMA con sopraslivellamento del tratto ST Emergency Care Journal 2007; III (IV Agosto): 21-28.
26. http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1552_allegato.pdf
27. <https://www.agenas.gov.it/primo-piano/tag/ACCREDITAMENTO>
28. <https://choosingwiselyitaly.org/covid-19-le-raccomandazioni-di-cw/>
29. https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/covid-strategy-update-14april2020.pdf?sfvrsn=29da3ba0_19
30. <https://unsdg.un.org/sites/default/files/2020-03/SG-Report-Socio-Economic-Impact-of-Covid19.pdf>
31. <https://www.who.int/pmnch/media/news/2020/data-collection-COVID-19/en/>
32. <https://reporting.unhcr.org/sites/default/files/COVID-19%20appeal%20-%20REREVISED%20-%2011%20May%202020.pdf>
33. <https://www.facebook.com/capracourse/videos/205597290819978>
34. Spinsanti S. *Morire in braccio alle grazie*. Roma: Il Pensiero Scientifico editore; 2017.
35. http://www.quotidianosanita.it/studi-e_analisi/articolo.php?articolo_id=85397&fbclid=IwAR00yux-HSXIemvRRdLExRsbvtvDzETq7e8igNJ-sg76PJLxtIULCkjIjR5o

Conflitti di interesse dichiarati: nessuno