

ANDREA GARDINI

Direttore generale
Ospedale di Monfalcone

Specializzazione Pediatria, Igiene (Medicina Preventiva e Direzione Sanitaria). Teoria dei sistemi e comunicazione di gruppo, Aviano, Scuola di comunicazione famigliare, 1981-1984. Corsi WHO / CBO corsi sulla Quality assurance in health Care Stockholm, 1985; Verona, 1988

Autore e Co-Autore di oltre 80 pubblicazioni scientifiche (3 libri: Beccastrini, S., Gardini A, Tonelli S.: Piccolo Dizionario della Qualità: CSE Editore, 2004; Verso la Qualità; I edition, 2004, II ed 2006. Centro Scientifico Editore, Torino L'Ospedale del Terzo Millennio.: Franco Angeli Ed., 2007).

Interessi Scientifici nel campo della Qualità: accreditamento; formazione interprofessionale e multiprofessionale; formazione continua; sicurezza dei pazienti; linee guida e medicina basata sulle evidenze scientifiche, Organizzazione dell'assistenza sanitaria e degli ospedali; Percorsi assistenziali.

Quale articolo o libro suggerirei di leggere? Donabedian A. *Explorations in Quality Assessment and Monitoring* Volumes 1, 2, 3.

Interessi non professionali: monumenti di pietra preistorici ed antropologia culturale; cucina speziata vegetariana, Bach. Classici rock/folk/soul (Bob Dylan, Joan Baez, Bruce Springsteen, Beatles, Rolling Stones, Pink Floyd, Musica irlandese, George Brassens e cantautori italiani), vacanze al mare, passeggiate. Dormire. Ascoltare il vento e le persone. Valutazione critica del senso comune. Democrazia.

Serve un progetto di miglioramento di salute negoziato con il paziente

Misurare e valutare per poi giudicare il percorso corretto. La cultura della responsabilità

Lei si occupa di valutazione, da diverso tempo. Cosa vuol dire "fare valutazione" e quali sono gli obiettivi?

Io non mi occupo solo "di valutazione". Dal 1982, grazie ad un seminario organizzato ad Utrecht dall'Ufficio per l'Europa dell'OMS e dal CBO olandese ho avuto la fortuna di accedere al vasto mondo internazionale della qualità in medicina e nell'organizzazione sanitaria.

Da allora, e sono quasi trent'anni, non ne sono più uscito. Questo mondo comprende lo studio dei tre punti di vista sulla qualità in sanità: professionale, del paziente e organizzativa. Quest'ultima utilizza tre strumenti: l'analisi sistemica dell'organizzazione, il ciclo della progettazione delle attività sanitarie e la valutazione.

La valutazione, quindi, è ricompresa nel ciclo della progettazione che contiene in sé quattro momenti in cui, progettando, è necessario fare delle valutazioni.

Valutare significa comparare le misurazioni di un fenomeno a degli standard predefiniti.

Quindi non c'è valutazione senza misura.

Si misurano dei fenomeni se si hanno delle unità di misura.

Si misurano i fenomeni della fisica utilizzando unità di misura internazionali come il metro (lunghezza), il secondo (tempo) o il grammo (peso), che a loro volta possono essere misurati attraverso degli strumenti di misura, rispettivamente il "Metro", l'orologio e la bilancia.

Tali misure nacquero dall'illuminismo, desiderando questo porre le basi della giustizia nei commerci e nelle transazioni, in un tempo in cui il più forte imponeva le misure ed i propri prezzi, ed il più debole non poteva replicare. Nell'Italia post napoleonica

le misure della terra variavano di città in città, di territorio in territorio, e tali misure sono ancora scolpite sulla pietra di cui erano fatte le porte d'accesso: chi entrava sapeva che le proprie merci sarebbero state valutate sulla base di quei parametri. Con l'avvento del metro, nipote dell'illuminismo e figlio dell'*égalité* della rivoluzione francese, l'arbitrarietà iniziò a scomparire, per ricomparire, sempre nella storia, magari in forme più subdole, meno evidenti.

Ci vollero quasi duecento anni perché la convenzione del metro fosse accettata dai più importanti Paesi della Terra. Tutt'ora molti Paesi utilizzano altre misure, diverse, tratte dalla tradizione e dalla storia.

I fenomeni della qualità dell'assistenza sanitaria si misurano utilizzando indicatori e criteri.

Si possono però misurare questi fenomeni solo se c'è un progetto di cambiamento verso il miglioramento, e solo se questo progetto di cambiamento ha valore poiché ha come obiettivo il raggiungimento, per i pazienti e le popolazioni umane, di uno stato di salute migliore.

Se non c'è progetto, e se, in particolare, non c'è un progetto di salute non c'è in medicina nulla da misurare né nulla da valutare.

Da un punto di vista metodologico quindi, poiché i progetti di salute a volte sono difficili da rendere espliciti, per la complessità delle condizioni morbose trattate dai medici e dagli infermieri, chi non ha la consapevolezza di questa complessità tende a giudicare senza valutare e tende a valutare senza misurare.

Ogni giudizio dato ad un atto medico (o a qualsiasi altra azione umana) senza una valutazione nei confronti di standard definiti a priori nel progetto di quell'azione condiviso dai valutati e dai valutatori e senza una

misurazione di indicatori anch'essi predefiniti nello stesso progetto semplicemente è impossibile o non ha valore.

Quest'affermazione è particolarmente vera nel caso della medicina, attività umana di tipo artigianale (si definisce come artigianale un'attività umana in cui il soggetto agente modifica con le proprie mani ed il proprio sapere l'oggetto del proprio lavoro con cui è direttamente a contatto), per la quale unici abilitati a effettuare valutazioni sulle attività mediche sono i medici ed i pazienti, corresponsabili, in varia misura a seconda delle condizioni, dell'azione diagnostica terapeutica. Tali valutazioni hanno però valore se sono concordate fra il medico ed il paziente e se sono valutate assieme sulla base di un progetto terapeutico negoziato assieme.

La valutazione di un progetto terapeutico non ha valore se non serve a migliorare lo stato di salute della persona trattata, perché è stato dimostrato che questo tipo di valutazione è l'unico che è utile fare.

Il professionista, nel momento stesso in cui sottopone a valutazione il proprio lavoro, quando trova dei problemi tenta subito di migliorare. Fa parte della propria etica professionale ricercare le inappropriately e gli errori e correggerli in corso d'opera.

La valutazione quindi dei professionisti e delle loro azioni fatta dall'esterno, da soggetti diversi dai pazienti con i quali sono stati concordati i trattamenti, è un'azione impropria, rispondente ad obiettivi diversi dal raggiungimento di un miglioramento dello stato di salute del paziente o della comunità, e non è utile al miglioramento delle azioni mediche, ma solo al fittizio tentativo di mantenere il controllo sui professionisti che, per definizione, è semplicemente, per fortuna, impossibile.

È però possibile che la valutazione delle attività sanitarie sia effettuata se queste vengono fatte in un ambiente organizzato, appartenente al pubblico o a privati. In questo caso ciò che può

venir misurato con indicatori e criteri e valutato contro degli standard condivisi in rapporto alle risorse a disposizione ed alle aspettative sociali del contesto è il processo di raggiungimento degli obiettivi dell'organizzazione ed i suoi esiti, cioè il grado di raggiungimento degli stessi.

I professionisti però non possono essere considerati dei dipendenti privi di capacità e ruoli decisionali. Essi mantengono, all'interno di un'organizzazione sanitaria la propria autonomia e responsabilità, e devono poter essere coinvolti nella scelta



degli obiettivi dell'organizzazione in cui operano e le loro attività possono essere misurate e valutate con indicatori e criteri corrispondenti agli obiettivi concordati.

Qual è la sua opinione sullo stato dell'arte in Italia e quali i fattori dominanti?

In Italia, ma anche in quasi tutto il mondo, si tende a giudicare senza valutare e si tende a valutare senza misurare. In genere chi giudica e chi valuta il lavoro medico non lo conosce e quindi non lo sa misurare, e tende a giudicare e valutare senza un progetto di cambiamento per il meglio su obiettivi fissati con medici e pazienti. Poi, ogni tanto ci sono delle eccezioni.

I fattori dominanti sono una cultura

ancora di tipo tribale solo mascherata di modernità superficiale, una scarsa conoscenza di fondo della maggioranza della popolazione su questi temi ed un mantenimento di questa ignoranza ai fini di una fondamentale attitudine alla conservazione.

D'altra parte una delle caratteristiche dei sistemi è l'omeostasi, e quindi questa osservazione solamente fotografa l'ovvio.

I professionisti in genere sono in minoranza, se affermano il proprio diritto ad essere valutati dall'esterno solo dai loro "pari", professionisti di riconosciuta competenza chiamati volontariamente, periodicamente a scambiarsi delle visite concordate di aiuto reciproco in cui la valutazione su criteri espliciti ha un peso importante. La grande maggioranza dei valutatori rischia di voler valutare le attività altrui senza conoscerle e senza progetto, solo per affermare la propria potenza tribale che genera, per loro, profitti economici.

Tipico esempio è quello dei valutatori appartenenti ad altre professioni che non siano quelle cliniche che vengono nei reparti medici a verificare, con la scusa della terzietà, gli standards ai fini della certificazione o dell'accreditamento istituzionale.

Un'attività che a volte può sfiorare la farsa, quando non la tragedia (si tende troppo spesso a dar valore agli adempimenti amministrativi ed alla qualità scritta piuttosto che alle vite salvate), un'attività costosa la cui utilità ai fini del miglioramento dello stato di salute dei pazienti trattati in quelle organizzazioni non è mai stata ancora dimostrata.

Sono sempre in attesa di prove documentali di questa utilità ai fini della salute dei pazienti, e spero che quanto prima possano essere pubblicate.

Una situazione che è criticabile, ma non molto diversa da quella di altri posti in Europa.

La cultura della responsabilità e dell'autonomia ad affrontare la complessità è ancora allo stato nascente ed ovunque domina ancora una

modalità riduzionista ed autoritaria della soluzione dei problemi, in buona parte causa essa stessa dei gravi problemi del mondo contemporaneo.

I valutatori puri, staccati da un progetto condiviso con i valutati, rischiano di far parte dei problemi, non della loro soluzione.

Quali sono oggi gli studi, le ricerche e le prassi più innovative e in quali settori?

In medicina la prassi più innovativa, che fatica per motivi culturali intrinseci alla cultura prevalente a farsi avanti è l'*audit* clinico, l'autovalutazione delle proprie attività sanitarie mediante la documentazione clinica. È una pratica che può essere molto utile a migliorare ed apprendere di continuo dalle attività quotidiane.

Con i termini qualità, monitoraggio e valutazione spesso s'intendono obiettivi, percorsi e metodologie diverse, che non dialogano tra di loro. È possibile pensare ad un'integrazione o almeno alla definizione di livelli e obiettivi condivisi?

Il problema dell'integrazione di questa attività non si pone. Esse sono un'unica attività smembrata dagli interessi delle tribù che si sono formate, e che tendono sempre a formarsi su ogni azione umana quando l'attività umana viene artificialmente spezzettata in singole azioni per conformarsi al paradigma meccanicistico che da Federico di Prussia a Taylor a... Stakanoff ha improntato l'organizzazione dell'industria pesante nel XIX e XX secolo. Chi si appropria di queste azioni naturalmente integrate ed artificialmente smembrate poi si mette in competizione economica e di potere con "gli altri", affermando la supremazia del "proprio" sapere. Una cosa buffa, una delle tante sciocchezze che l'uomo continua a fare da sempre. Questo paradigma, con l'informatica è saltato, ma molti non

se ne sono accorti. Donabedian, il più grande studioso della qualità del XX secolo, dopo aver consultato e studiato tutta la letteratura mondiale sull'argomento affermava che "Qualità delle cure mediche è fatta da *System design* e *performance monitoring*, e che *performance monitoring* è *evaluation* e *improvement*. Progetto di sistema, monitoraggio delle prestazioni, valutazione e miglioramento fanno parte dello stesso fenomeno, un fenomeno biologico, sistemico, unitario, a ciclo continuo.

Un fenomeno che è molto simile alla vita, e che viene meglio descritto proprio con la teoria generale dei sistemi e le sue regole, che sono quelle del *feed-back*, del miglioramento continuo, dei processi comunicativi ed integrativi.

Oggi invece ci sono i cosiddetti specialisti del progetto, quelli del sistema, quelli della *performance*, quelli del *monitoring*, quelli dell'*evaluation* e quelli dell'*improvement*.

Ognuno tende a lavorare per sé e in competizione con gli altri, affermando la propria identità e privando noi tutti della sua ricchezza, se non la mette in relazione con quella degli altri.

Una situazione che crea semplicemente resistenza al cambiamento, una strategia di conservazione. Fare qualità in medicina invece è favorire la naturale tendenza evolutiva delle cose a cambiare con ordine, consapevolezza e consenso ragionevole di tutti gli attori dei progetti per la salute, affinché tutti possano godere dei vantaggi che la scienza e la tecnica indubbiamente riservano a tutta l'umanità quando ne ha bisogno. Tutto qua.

Qualità in medicina non ha bisogno della *hubris* dell'onnipotenza del sapere o del potere, necessita solo di dati, modestia, equilibrio e, a volte, tanto silenzio ed ascolto.

L'ultima domanda è sempre sulle speranze irrealizzate. Se lei ne avesse il potere quali provvedimenti farebbe adottare perché la valutazione

diventi una cultura del miglioramento?

Io un piccolo potere ce l'ho, il potere della conoscenza di questi fenomeni, anche molto limitata purtroppo nei contenuti e nel tempo.

Questa conoscenza è modulata dalla constatazione che esiste una qualità orientata al mercato ed una qualità orientata alla salute. Io ho scelto la qualità orientata alla salute, ben sapendo che il mercato non è un babau, è il nostro contesto permanente che non si deve rifiutare a priori, ma del quale bisogna aver ben presente che a volte c'è chi, nel mercato, tende al profitto anche falsificando le conoscenze a proprio vantaggio.

E i medici hanno fatto il giuramento di Ippocrate, che ci obbliga a pensare prima alla salute dei nostri pazienti e poi al profitto personale.

Il moderno codice deontologico dei medici conferma questa impostazione e la rende obbligatoria, anche nel cercar di bene operare verso una cultura del miglioramento, del cambiamento, se le cose non vanno bene. Sto esercitando questo potere anche accettando questa intervista, di cui ringrazio molto. L'esercizio di questo potere può essere utile a tutti gli altri poteri, quello della politica, quello dell'economia e quello religioso che, da sempre, prima o poi, devono confrontarsi con il sapere. Io non cerco altri poteri, non ne ho bisogno. Ogni tanto succede che quei poteri si accorgono che è possibile leggere, se sanno farlo, e seguire delle regole di metodo e di conoscenza che li aiutano ad essere più giusti. Quando non usano queste regole, le conseguenze si vedono sul benessere delle popolazioni che amministrano.

Il potere di scelta è loro. Fare bene o far male è loro responsabilità, una responsabilità che si sono cercata, come io mi sono cercato la mia di medico e di medico delle/nelle organizzazioni sanitarie, che, mi rendo conto, rispetto agli altri poteri, è ben poca cosa... ●

(a cura di Lidia Goldoni)