

## Editoriale

# I 25 anni della SIQuAS-VRQ

GARDINI A.

Presidente SIQuAS-VRQ

Quello che potete vedere è il secondo numero di QA on line, la rivista ufficiale della SIQuAS-VRQ.

Noi siamo nati alla fine di un secolo, il ventesimo, in cui sembrava che le progressive sorti della scienza e della tecnologia fossero assicurate, un secolo in cui pensavamo che il nostro mondo, quello europeo, bianco, il Nord del pianeta, capitalista o comunista, potesse continuare a viaggiare senza ri-conoscere, praticamente, che il Sud del Mondo era a nostra disposizione per ogni tipo di conquista, economica e di mercati, di merci, di beni. Ogni tanto qualche medico esaltato da ideali rivoluzionari, come il collega psichiatra Ernesto Guevara o l'internista Salvador Allende, ce lo diceva, che esisteva lo sfruttamento dei Paesi del Nord su quelli del Sud, ma poi veniva tacitato, spesso non con le buone, e noi continuavamo a vivere un po' dispiaciuti, ma, spesso, come se nulla fosse.

I servizi li avevamo noi, le risorse le avevamo noi e "loro", e finivano da noi a basso prezzo ed ad alti costi (umani) per "loro", e "loro", per giunta, non avevano i sistemi sanitari, né la democrazia. Venticinque anni dopo, il Presidente degli Stati Uniti è uno di "loro", una persona che ha il "loro" colore, quello più comune nella specie umana del nostro pianeta (noi bianchi siamo in grande minoranza), c'è una nuova emigrazione massiccia dal Sud del Mondo, dove si vive in media 35 anni in buona salute, poi si muore, verso il Nord del Mondo, dove in genere si vive in media 75 anni prima di avere qualche acciaccio. I nostri simili scuri di pelle vengono da noi a cercare quegli anni di vita che noi, bianchi e appagati ricchi del mondo, abbiamo tolto loro, in secoli di spogliazione sistematica e scientifica. Ora, con il precariato del lavoro e le millelirette in media lirette al mese che la maggioranza di noi italiani/europei, per citare una nota fondazione, prende con lo stipendio, si sta scavando un fosso fra quelli dei mille euro e la minoranza dei 3-4-10 mila euro, che in genere fa il dirigente e, se ha un'etica e la applica in sanità, cerca almeno di studiare quanto e come sia possibile migliorare la qualità di quello che fa, se non altro per senso di colpa della propria condizione di privilegiato economico...prendi "tanti" soldi? Almeno lavora bene... Se l'etica non ce l'ha prende i soldi e basta.

Per lavorare bene, dare qualità, esistevano nelle professioni delle regole segrete, delle cose non dette, rimaste implicite nell'organizzazione, nella professione e nell'economia, regole che però potevano anche essere banali se guardate nella letteratura che costituisce lo zoccolo duro della conoscenza di base di noi tutti. Le regole della qualità: libri di anatomia, fisiologia, semeiotica, patologia e clinica medica e chirurgica, di organizzazione, di economia sanitaria, di statistica, di epidemiologia...di pedagogia e psicologia...di sociologia e antropologia: conoscenze di pochi, quasi esoteriche.

In questi 25 anni di vita noi, come molti altri nel mondo, le abbiamo rese esplicite e le abbiamo collegate fra loro. Collegare i saperi è stata l'operazione essenziale raccomandata dall'OMS per quanti si impegnavano a rendere lecita la parola "qualità" negli ambienti dei servizi sanitari."Guardians of the light", diceva Hannu Vuori, pensando che la luce della conoscenza poteva essere sem-

pre spenta con un soffio di vento, che è fragile, va protetta, va nutrita di continuo.

La nascita di SIQuAS-VRQ ([www.siquas.it](http://www.siquas.it)), 25 anni fa, venne promossa proprio su stimolo dell'OMS con il documento "Obiettivi per la salute per tutti nel 2000", nel quale erano scritti gli obiettivi per i servizi sanitari nazionali, e noi abbiamo cercato di essere fedeli a questi principi e di aggiornarli di continuo, in un cammino che si può sintetizzare in quattro periodi.

In questi anni di vita noi abbiamo dapprima appreso, con un lavoro continuo e collaborativo, il chi, ma soprattutto il "che cosa" delle componenti della qualità: efficacia, efficienza, sicurezza, appropriatezza, accessibilità, accettabilità, adeguatezza, soddisfazione ed altre componenti sono state affrontate e definite con precisione, pignoleria, nel corso di qualche anno, assieme ai concetti di valutazione fra pari sulla base di criteri e standard predefiniti e di ciclo a feedback della quality assurance. Ci hanno guidato Donabedian, Williamson, Reerink, Vuori, Perraro, Galanti, Morosini.

Non è stato un percorso facile: dare le definizioni e comprendere il "che cosa" della qualità ha contribuito a creare una cultura fra noi comune, che era proprio il primo obiettivo dell'OMS, e a dare identità ad un gruppo di professionisti di conoscenze e pratiche avanzate.

Quest'identità di significati, di senso alle parole, si è costruita su questa rivista, QA, e si è sintetizzata con due libri: l'"Enciclopedia della Qualità" di Perraro e Morosini ed il "Piccolo Dizionario della Qualità" di Beccastrini, Gardini e Tonelli. Una messe di altri libri più specifici sono stati pubblicati da molti di quelli che sono transitati (circa 10.000 in 25 anni) o sono rimasti nella Società nel corso del tempo.

Sono 34 i libri che abbiamo pubblicato nella collana del Centro Scientifico Editore ([www.cse.it](http://www.cse.it)), e che tuttora sono validi.

Le due opere con le definizioni sono diverse nel taglio e negli obiettivi e comunque hanno contribuito a fare una fotografia ricca di senso e fermare, momentaneamente, la babele che sulle parole e gli oggetti della qualità c'è e continua ad esserci, che la vita è evoluzione e i "nuovi" non vengono su già "imparati", anzi "sono imparati" per conto loro, e non sempre hanno torto.

Stiamo apprendendo, infatti, aborrendo l'integralismo e le sue nebbie della ragione, che l'identità non è una volta per sempre: è una cosa che muta nel tempo, va dietro alle mode, agli interessi, al mercato, alle altre culture che si intrecciano nella metafora della vita che è l'assistenza sanitaria. Chi dà le definizioni acquisisce un po' di potere su di esse, e a volte sono le definizioni l'oggetto di lotte di potere.

Lo abbiamo capito "dopo". Anche perché chi dà le definizioni agli oggetti di studio ha due strade dopo averle pubblicate. Può rinunciare a priori al potere su di esse, per lasciarle libere di continuare a vivere in autonomia (correndo il rischio di farle catturare da gatti, volpi, mangiafuochi, come Pinocchio, profittatori senza scrupoli, sturatori e macellai di idee). Molti di noi coscientemente hanno fatto

così, e siamo sereni. A volte però abbiamo deciso di appropriarcene, di diventarne il “genitore”, e ogni buon genitore che si rispetti, in un mondo patrilineare, è il proprietario delle sue creature. “La definizione di X dice che, Y dice invece che”... in genere si dice così... Così tutt’ora c’è chi cita Franco Perraro o Piero Morosini per le loro buone idee, e questo ci fa molto onore. Noi però non ci siamo limitati solo a dare le definizioni ed appropriarcene. Non lo abbiamo fatto per scelta? Semplicemente cercavamo di scoprire molto di più. Infatti...

Subito dopo siamo stati consapevoli che queste parole, le corrispondenti azioni, le competenze che con esse crescevano dovevano essere messe assieme da un’organizzazione. Abbiamo quindi esplorato gli oggetti della qualità dell’organizzazione con l’analisi organizzativa sistemica, che ci è stata insegnata prima da Vaccani e poi da Tonelli, che entrambi l’avevano ripresa da Katz e Rosenberg, che a loro volta l’avevano presa da Bateson e von Berthalanffy, due biologi. L’organizzazione, specie quella sanitaria è, “scientificamente”, oggi, un sistema vivente aperto, prima eresia in un chiuso ed arcigno taylorismo tutt’ora imperante. In questo periodo abbiamo incluso le attività di valutazione all’interno di quelle progettuali (abbiamo utilizzando lo schema della progettazione delle attività formative proposto dal prof. Guilbert con il Manuale dell’OMS per la formazione permanente in sanità pubblica).

Abbiamo quindi fatto una scelta, per noi dirimente: considerare la sanità sotto una prospettiva sistemica era obbligatorio se volemmo occuparci con pertinenza e rispetto della grande complessità con la quale la salute umana ed i sistemi approntati per la sua cura ci si presentano davanti tutti i giorni della nostra vita professionale e della nostra avventura umana.

Abbiamo scelto di affrontare la complessità della nostra vita professionale con gli strumenti della teoria generale dei sistemi e delle reti di processi assistenziali e comunicativi, mettendo volentieri in soffitta le lezioni vecchie, sorpassate, di Adam Smith, di Karl Marx, di Taylor, perché nel ventesimo secolo la cultura elitaria ma scientificamente valida non era più la loro, ma era quella da loro derivata, di Eistein, Bohr, von Berthalanffy, Bateson, Weiner, Amartia Sen, Williamson, Donabedian, Berwick, Mintzberg. Il cosiddetto approccio scientifico, meccanicistico, all’organizzazione e della politica, approccio che ha due secoli di vita, che ha avuto dei risultati anche positivi, ma anche molti negativi e la cui spinta si è conclusa miseramente con la caduta di due muri, quello di Berlino e quello della strada, Wall Street, è un approccio che boccheggia nelle opere dei potenti, ma oramai alla frutta come idee ed esperienza.

Il pianeta ha bisogno di ben altra cultura per non essere sommerso dai nostri rifiuti.

Oggi siamo in una crisi molto pericolosa e inedita. Quelli che, invece di pensare e ricercare di continuo con metodo scientifico, credono di salvarsi così facendo, rischiano di farci tornare indietro rispetto al sapere e alla sua applicazione per la salute dell’uomo e del pianeta stesso. Politici ignoranti e procacciatori di affari ce ne sono sempre stati. Obama ci sta dando un nuovo punto di vista, che non senza resistenze, anche molto arroganti e imbarazzate, non può che svilupparsi in questi prossimi anni, pena la distruzione del pianeta... consumato... dai consumatori... e che cosa fa un consumatore se non consumare il substrato su cui vive?

Ecco la prospettiva della qualità: è una prospettiva che salva vite e può salvare il pianeta, assieme alle sue nuove componenti, fra cui la sostenibilità e l’appropriatezza. Ma per ciò stesso non fitta con il mercato da profitto a tutti i costi, costi quel che costi. Da qui la crisi.

Il fatto stesso di pensare in termini sistemici, a rete, tende a sgretolare anche i poteri consolidati che si sono costruiti in secoli di tribalismo, familismo, organizzazione scientifica del lavoro di stampo tayloristico.

Inevitabilmente, ed involontariamente, proponendo una cultura diversa, più moderna ed attuale, si propone, agli interlocutori, un contropotere. La cosa ovviamente non viene accettata da chi detiene un potere tribale, familista, meccanico, tayloristico (potere e soldi fanno la felicità, a volte), e quindi ci siamo trovati spesso a dover affrontare anche resistenze al cambiamento non comuni, anche molto pesanti, spesso invincibili. Fare qualità a volte è anche un’azione per conquistare potere nelle nostre organizzazioni: senza potere, spesso non si può fare granché. Pirsig ce lo insegnava 30 anni fa sulla sua motocicletta, e oggi la cosa non è cambiata granché.

Tuttavia i concetti fondamentali dell’organizzazione di qualità, che quest’oggi si vedono ben esposti da persone come Berwick e Mintzberg, non possono essere misconosciuti, anche se sono invero molto, molto scomodi per il quieto vivere. Ci vuole comunque eleganza per introdurli a beneficio delle persone che hanno bisogno di cure mediche. Ci vuole convinzione. Ci vuole grande serietà e serenità. Ma fare qualità è diventato un obiettivo generale prioritario, un’azione strategica, un impegno totalizzante, alla ricerca di strumenti e strategie adatte, utili, obbligatorie, come abbiamo fatto nella terza parte della nostra vita professionale, conclusasi quest’anno, con il completamento delle raccomandazioni sulle principali strategie per la qualità, che potete trovare sul sito della società: la valutazione esterna di qualità, i percorsi assistenziali, gli indicatori clinici, la sicurezza ed il risk management, la partecipazione dei cittadini alla cura della propria salute, la formazione per la qualità, le priorità cliniche e le liste d’attesa sono stati oggetto di specifiche raccomandazioni correlate da letteratura. Nel tempo a venire ne presenteremo altre due: l’audit clinico e la sicurezza dei pazienti presenti nei servizi di salute mentale.

Questa fase della nostra vita è stata entusiasmante: i congressi di Bari e di Assisi sono stati i più bei congressi che noi avessimo mai fatto, e dopo, inevitabilmente non poteva che esserci, per un’organizzazione di volontari no profit come la nostra, una pausa di riflessione, uno stop. Non essere riusciti a cogliere l’attimo di Torino, per una crisi economica concomitante da paura, che poteva mettere a rischio la nostra stessa sopravvivenza, essendo noi sempre stati autonomi dai grandi finanziatori, ha determinato un momento di riflessione. Ma, da allora, abbiamo suddiviso le nostre manifestazioni in cinque convegni più piccoli, ad alto impatto culturale, fatti nei primi mesi di quest’anno. Altrettanti ne faremo fino alla fine dell’anno.

La nostra quarta fase sta cominciando in questi mesi: comprendere se le diverse strategie per la qualità utilizzate nella pratica sono utili al miglioramento dello stato di salute dei cittadini trattati. Questa è una cosa ancora non del tutto chiara, è una domanda da *critical appraisal*, *skeptical research* che Piero Mososini ci ha insegnato così bene, di per se stessa destabilizza: ad esempio, quanti con i sistemi di valutazione esterna di qualità hanno costruito delle posizioni economiche di rilievo, fondate sul “credo” e non sul “penso”? Bisogna avere fegato per affrontare queste sfide, ed è umano non averlo. Pare infatti che indurre le persone a “credere” in qualche cosa sia molto redditizio e popolare fra gli esseri umani. Gli opinionisti fanno più soldi degli scienziati indipendenti, questo è dimostrato con le dichiarazioni dei redditi degli uni e degli altri.

Noi facciamo parte, in maniera consapevole, di una minoranza

di persone indipendenti, insoddisfatte delle soluzioni precotte ed imposte da quanti hanno il potere economico, e apprendiamo dalla storia la nozione che chi ha il potere politico è sorretto dal potere economico, e non il contrario. A volte i due poteri coincidono strettamente, come da noi oggi, e tendono a chiedere al pensiero di farsi da parte sostituendolo con la fede. Noi, ancora una volta è utile ribadirlo, cerchiamo di alimentare il potere della cultura: non il potere religioso, non quello politico, non quello economico. Spesso sostenere questa parte non è agevole né popolare. Ma noi facciamo questo dall'inizio, e, penso, continueremo a farlo.

La storia della medicina può portare centinaia di dimostrazioni che le verità precostituite spesso sono pericolose per la salute dell'uomo e del pianeta. È etico per medici e operatori sanitari mettere in discussione le affermazioni fatte senza bibliografia e dimostrazione scientifica.

Una società scientifica medica ha il dovere di esplorare le cose della qualità dal lato del loro effetto sulla salute delle persone.

Ancora una volta, come dicevano Basaglia e Maccacaro, mettere la salute delle persone al primo posto mette in crisi le ragioni del mercato.

Le ragioni della salute e quelle del mercato non vanno d'accordo, per ora, ed è molto difficile farle convergere. Molti tentativi sono falliti: il mercato si è sempre mangiato la salute.

Non vanno d'accordo neppure la qualità orientata alla salute e la qualità orientata al mercato.

A volte sembrano due cose del tutto diverse. Noi ci occupano della prima, in un ambiente di *public health*, e seguiamo le raccomandazioni degli studi indipendenti della letteratura mondiale. Che sono sempre di meno. E che tendono a infastidire quanti "vendono" strumenti metodi e tecniche, chiedendo ai compratori di credere quando i compratori, responsabili della salute delle persone trattate, dovrebbero chiedere le prove dell'efficacia degli interventi per la qualità che comprano, prima di comprarli, o mettere assieme delle sperimentazioni in corpore vivi che siano cofinanziate e pubblicabili. È un atteggiamento, questo, non popolare, ma corretto da un punto di vista della scienza medica applicata all'organizzazione sanitaria e coerente con essa.

Questo stiamo cercando di fare, anche con questa pubblicazione on line.

Buona lettura