

La Qualità dei servizi sanitari ai tempi del Covid-19

Healthcare Quality in COVID-19 times

Prima parte: La Qualità dell'Assistenza Sanitaria

Part 1. Health Care Quality

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 è un evento tragico che ha messo in crisi tutti i sistemi sanitari del Pianeta e si è aggiunto alle crisi ecologica, climatica, sociale, politica, economica in atto. Eppure negli ultimi 50 anni la cultura della qualità dell'assistenza sanitaria aveva fatto dei grandi passi avanti, ma il suo cammino è stato interrotto dalla crescente ideologia dominante del mercato, che in sanità ha ridotto l'attenzione alla salute per tutti ed ha aumentato le disuguaglianze, anche quelle per la salute dell'uomo. Riprendere il filo dei ragionamenti sulla qualità dell'assistenza sanitaria è indispensabile per superare la Pandemia e rilanciare l'impegno delle istituzioni, dei cittadini e dei professionisti sanitari per garantire servizi sanitari equi, universali e di buona qualità per tutti.

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.

Key words: health care quality, COVID-19

SUMMARY

SARS-COVID 19 pandemic is a tragic global event, critical for the Planet health care systems, added to the other critical situations related to the already active crisis: ecology, climate change, social, political, economic. Yet during the last 50 years the culture of health care quality did many steps ahead. Its advancements have been stopped by the growing and dominant ideology of market forces that in health systems reduced the engagement for Health for All, and worsened inequalities, even in human health. It's crucial to think again of Healthcare Quality for overcoming this Pandemic and engage again the Institutions, citizens and

Autore per corrispondenza: dott.andreagardini@gmail.com

health care workers towards equitable, universal and quality health care services for all. 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.

Introduzione

Da almeno 50 anni il dibattito internazionale sulla qualità delle cure si è sviluppato portando nuove idee e importanti conoscenze su strategie, modelli, strumenti, metodi, tecniche e comportamenti per progettare, valutare, migliorare la qualità dell'assistenza sanitaria, delle cure mediche ed infermieristiche e dei sistemi sanitari e sociali. Nell'ultimo decennio questa spinta è sembrata indebolirsi. In un seminario tenutosi all'interno del XXVII congresso internazionale dell'ISQua del 2016 si affermava che "... *la degenerazione burocratica della qualità genera strumenti tossici ...*" (1) ... e conseguente disaffezione. Se l'impegno deontologico a far bene la propria professione si riduce ad applicare criteri scelti da altri per valutare dall'esterno la cosiddetta "performance" clinica e organizzativa, minando l'autonomia e la responsabilità dei professionisti, è normale, per questi ultimi, generare sani anticorpi nei confronti di un modello di management, e, di conseguenza, di qualità, che non si adatta alla natura delle loro professioni.

La recente pandemia di COVID 19 sembra confermare questo quadro di declino dei pensieri *su* e delle azioni *per* la qualità delle cure e delle idee correlate ad essa, e con questo contributo si desidera ragionare assieme su quanto accaduto e su che cosa far nuovamente accadere.

La qualità dell'assistenza sanitaria, delle cure mediche, infermieristiche e dei sistemi sanitari nell'era del mercato globale

L'esplorazione sistematica per rispondere alla domanda: "Che cos'è la qualità dell'assistenza sanitaria?" ha raggiunto una prima sintesi con l'opera di Avedis Donabedian (2-4) che ha contribuito a orientare in questo percorso i professionisti della salute e con essi alcune prestigiose istituzioni internazionali (5-6).

L'ingresso nei sistemi sanitari delle forze del mercato è stato oggetto di un importante congresso internazionale dell'ISQua (la Società Internazionale per la Qualità dell'Assistenza Sanitaria) tenutosi a Maastricht nel 1993 (7) nel quale si intravede il quadro che si sarebbe prodotto negli anni successivi: l'incremento della spinta delle forze del mercato verso i consumi sanitari e il profitto, la riduzione dell'interesse per la salute per tutti, l'aumento delle disuguaglianze nello stato di salute. Un anno dopo la firma del trattato di Maastricht (8), si sperava che in Europa queste tendenze avrebbero potuto essere controbilanciate da un ombrello di solidarietà, di attenzione al benessere dei cittadini, dall'impegno per la ricerca, la prevenzione e l'appropriatezza e per cure sempre più effi-

caci grazie ad una tecnologia in rapida espansione. Prima la Comunità Economica Europea, poi l'Unione Europea nata a Maastricht promossero ricerche finanziate per esplorare il grado di sviluppo delle strategie e degli strumenti per la qualità negli Ospedali e nei paesi dell'Unione (9-11). Un'attenzione particolare fu poi posta, a livello internazionale, su due temi unificanti. Il primo riguardava l'accreditamento dei servizi sanitari, uno strumento che, a partire dalla scelta di standard internazionali di qualità concordati da prestigiosi gruppi professionali indipendenti, sembrava potesse garantire, monitorare e sviluppare il miglioramento continuo della qualità e l'affidabilità pubblica (accountability) delle strutture sanitarie nei confronti dei cittadini (12). Il secondo fu l'elaborazione di indicatori di qualità, che dovevano essere, e sono utilizzati dai governi centrali e dalle holding di ospedali privati e delle assicurazioni per valutare la qualità delle diverse strutture sanitarie, soprattutto quelle ospedaliere (13).

Qualità o risk management?

All'inizio degli anni 2000, prima nei sistemi sanitari avanzati, poi in tutti gli altri, la crescente pressione delle assicurazioni sanitarie per garantire ai propri iscritti cure sicure e di buona qualità contribuì a far scoppiare una bolla, quella dell'attenzione alla sicurezza dei pazienti. Questa, da sempre, è uno dei fondamenti della professione medica e di quelle infermieristiche (*primum non nocere*). Una proiezione molto ben diffusa dai media stimava in 90 mila morti all'anno il tributo che i pazienti stavano pagando per il solo fatto di essere stati presi in cura da un ospedale negli USA e in miliardi i dollari pagati dalle assicurazioni in rimborsi e dai professionisti in cause legali per supposti danni in corso di cura (14-16). A partire da questi lavori un'irrefrenabile valanga di paura, accuse e titoli urlati sui giornali, si riversò presto dagli Stati Uniti in Europa, e persiste tutt'ora. Nacque così una nuova parola di successo: "malasanità". I professionisti della salute sono, da sempre, ben consapevoli dei rischi che le professioni sanitarie corrono e fanno correre ai loro pazienti. Questa situazione fu l'occasione per riesaminare le proprie pratiche assistenziali e di cura e valutare con obiettività quali erano i rischi più seri. L'attenzione dei sistemi sanitari passò rapidamente dalla progettazione e valutazione della qualità, un'attività collettiva, partecipata e sistemica, al "Risk Management", pratica mutuata dalla cultura assicurativa, che si propone di prevenire e gestire gli eventi avversi e di ridurre i rischi per i pazienti, per lo più in ospedale, con procedure, raccolte dati e consulenze. Il suo scopo principale dichiarato è evitare ai pazienti i danni da trattamenti potenzialmente pericolosi. Il suo scopo derivato è che così facendo si affrontano meglio le possibili cause legali ed assicurative di rimborso dei danni subiti. Sono stati così individuati alcuni eventi che semplicemente non devono accadere (ad esempio la trasfusione di sangue incompatibile con il ricevente o gli interventi chirurgici sul lato sbagliato), altri che è possibile prevenire con semplici procedure organizzative, altri che si possono evitare modificando

i comportamenti individuali a rischio di errori potenzialmente dannosi. L'attenzione alla prevenzione dei principali eventi avversi si è diffusa in tutti i sistemi sanitari e, pur essendo difficile un monitoraggio dei risultati, oggi, almeno in Italia, i pazienti, grazie a queste pratiche preventive, sono più tutelati. Attorno al Risk Management si è sviluppato però anche un indotto che interessa consulenti, formatori, giuristi, intasa di contenziosi, spesso pretestuosi, i tribunali penali e civili, con esiti giudiziari quasi sempre irrilevanti e induce pratiche mediche finite sotto il nome di “medicina difensiva”(17).

Con questa modalità di affrontare i problemi clinici di un paziente si ritiene, quasi sempre senza riscontri, di ridurre, per i medici, i rischi di contenzioso penale o civile in caso di evento avverso e, in secondo luogo, quelli per la salute derivanti dalle cure. Si documentano il più possibile alcune procedure assistenziali ritenute più a rischio, e si sottopongono i pazienti ad ogni tipo di accertamento e di trattamento, anche a quelli meno appropriati alla soluzione del loro problema, che però sono utili a poter dire di “aver fatto di tutto” per il paziente comunque danneggiabile. Si alimenta così un consumismo sanitario (18) mai visto prima d'ora.

La pratica medica e quella assistenziale si fondano, per quanto possibile, su procedure e protocolli *evidence based*, ma questi si devono adattare alle condizioni dei malati, ai loro valori e desideri e, in caso di mancanza di evidenze, alla miglior esperienza dei professionisti. Era questa la definizione di EBM dei suoi promotori (19). La rigidità nell'applicazione dei protocolli può essere utile in qualche caso, ma può anche far molto male. Dal lato organizzativo, certificazione ed accreditamento hanno contribuito da un lato a meglio organizzare i servizi sanitari ma anche ad ingessarli. I sistemi sanitari per la natura dei problemi che devono affrontare, oltre che essere giustamente controllati, devono anche però essere lasciati liberi di evolvere all'interno di regole sanitarie generali dettate dai codici deontologici e dalle leggi che le loro Comunità di riferimento si sono date.

La relazione fra i malati, le loro famiglie e le equipe curanti è essenziale per poter tendere ad esiti soddisfacenti. Difficile esplorarla con i questionari di gradimento di derivazione commerciale. Solo di recente si tende ad esplorare l'esperienza reale dei pazienti (20).

La pratica corrente ha separato i cosiddetti “sistemi qualità” dal lavoro pratico delle equipe sanitarie con i malati. Si tende a mettere il lavoro medico al servizio dei “sistemi qualità”, e non a mettere i sistemi qualità al servizio dei pazienti e dei professionisti, facilitandone il compito.

Quella dei medici, degli infermieri e degli altri professionisti sanitari è un'attività intellettuale, cognitiva e relazionale, che ha come fine ultimo gli esiti clinici migliori, in termini di salute, per i malati.

Il loro è un lavoro sistemico in cui le conoscenze e competenze in continua evoluzione sono messe al servizio della relazione di cura. Il servizio sanitario, sistema complesso per definizione, non è sempre standardizzabile, come avviene nelle organizzazioni meccaniciste.

La medicina fatta bene ha, di regola, una sua propria “qualità”, fatta di conoscenza, competenza, relazione, comunicazione, attenzione, ascolto, empatia, coordinamento, coerenza.... e il gradimento dei pazienti lo si vede dai risultati misurabili rispetto agli obiettivi fissati e dal loro sorriso alla conclusione dell’episodio di cura. Formalizzare meccanicamente le motivazioni di questo sorriso è difficile. Lo si vede esplorando la qualità delle relazioni che si creano quando ci si prende cura delle persone ed appartiene alla relazione fra i professionisti, i malati, le loro famiglie e le comunità che costituiscono il contesto del servizio sanitario. Gli staff delle direzioni generali sono indispensabili per superare i nodi critici dell’organizzazione che impediscono di lavorare bene e per favorire il monitoraggio degli esiti clinici. Non possono però valutare dall’ “alto”, quello che il lavoro intellettuale, fatto dai pensieri esperti condivisi dalle equipe sanitarie, ha tradotto nella pratica effettuata assieme ai malati. I managers possono chiedere che quest’attività sia sottoposta ad autovalutazione periodica attraverso l’audit clinico e che da questa autovalutazione si creino nuovi comportamenti individuali e collettivi. Essi, anche attraverso i loro staff, non possono dare ordini a professionisti che, partecipando e vincendo un concorso pubblico trasparente hanno fatto la scelta di lavorare nel servizio sanitario e, appunto vincendo un concorso, sono i migliori. Questo concetto si è perso nel tempo, ma va serenamente ricordato.

L’epidemia di produttivismo di prestazioni sanitarie, figlia dell’antica “organizzazione scientifica del lavoro”, è favorita dall’utilizzo di sistemi quantitativi di valutazione economica delle performance e del pagamento a prestazione. Ha portato a premiare economicamente non gli esiti in termini di salute, ma il numero delle prestazioni effettuate dagli operatori sanitari in un tempo determinato. E un’aberrazione dal punto di vista professionale e organizzativo quella di imporre, ad esempio, dei tempari, i limiti di tempo all’interno dei quali degli ergonomi hanno deciso che per fare questo o quel trattamento ci vuole un tempo predeterminato. Non funziona così.

Il pagamento a prestazione assieme alla medicina difensiva hanno così indotto una pleora di prestazioni non appropriate (*overdiagnosis e overtreatment*), e un conseguente *undertreatment* di pazienti bisognosi di cure. Interi comparti dei servizi per la salute restano fuori dal sistema economico e finanziario dominante (21-25). Il definanziamento, a favore degli ospedali, privati e pubblici, dei servizi di prevenzione primaria, di quelli di salute mentale, dei consultori famigliari, dei distretti sanitari o socio-sanitari e della medicina territoriale e di comunità avvenuto in questi anni in Italia è un esempio di “*undertreatment* di comunità” i cui effetti si sono visti proprio in occasione della pandemia di COVID 19. Senza prevenzione e medicina di territorio è normale che in corso di Pandemia gli ospedali si intasino.

Il Disease Mongering

La sindrome mondiale da corsa al profitto in sanità ha peraltro alcuni altri aspetti inquietanti. Uno di questi è il *disease mongering* (26-27), la commercializzazione delle malattie. Si narra che nel lontano 1976 un importante direttore di una casa farmaceutica, in un'intervista alla rivista Fortune, abbia pronunciato, con imprudente entusiasmo, questa frase: **“Il nostro sogno è produrre farmaci per le persone sane”**. Ormai la frase è entrata nella leggenda per essere stata citata molte volte da autori prestigiosi e affidabili, ma il numero della rivista su cui è comparsa, cercato attivamente, sembra introvabile.

Fu forse proprio con pensieri come questi, tradotti in azioni concrete, che prese forma la strategia di marketing volta a creare malattie cui dedicare esami e farmaci, appunto il *disease mongering*. Questa strategia è stata descritta così dall'economista Gianfranco Domenighetti (28): *“agisce su tre piani: quantitativo, temporale e qualitativo”*.

- *Sul piano quantitativo, l'azione è sui parametri che definiscono la frontiera del “patologico” per numerose condizioni medico sanitarie, quali per esempio ipertensione, ipercolesterolemia o diabete*
- *La seconda opera sul piano temporale, e consiste nella promozione e nella diffusione di pratiche di screening la cui efficacia è incerta oppure non ancora dimostrata*
- *Una terza e ultima dinamica, che agisce sul piano qualitativo, è rappresentata dalla trasformazione in condizioni medico-sanitarie di situazioni che dovrebbero far parte della normalità della condizione umana”*.

Per chi volesse approfondire in (29) troverà una sua bella conferenza in merito.

Così una saltuaria iperglicemia, una volta abbassate le soglie di normalità, diventa quasi-diabete, una pressione arteriosa ai limiti della norma, abbassati i limiti della norma, diventa quasi-ipertensione, il livello borderline di colesterolo nel sangue diventa quasi-ipercolesterolemia, il dosaggio “di screening” del PSA, una volta trovato sopra la norma genera una cascata di esami e di controlli alla prostata spesso più dannosi che utili. Si crea così fra le persone una grave preoccupazione, e la preoccupazione crea dipendenza, e si diventa malati, o malati potenziali. L'etichetta acquisita ti cambia l'identità, e la tua identità di malato la difendi con vigore. Oltre che malato potenziale diventi non più “paziente”, ma “consumatore esigente” (30), e tornare indietro è quasi impossibile.

Se i pazienti diventano consumatori o utenti questi sono fenomeni inevitabili: i loro sintomi diventano oggetto di mercato e di profitto da parte di diversi “players”, e così la quantità obbligatoria soppianta la qualità necessaria, utile alla cura delle persone, a costi contenuti e bassi profitti. La stessa prevenzione primaria delle malattie va così in competizione con la cura, e viene sostituita dalla diagnosi precoce, dagli screening e dai check-up, questi ultimi di molto dubbia efficacia ma richiestissimi e offerti con sospetta generosità (31).

Ovretveit (32) ha calcolato che, per alcune patologie, applicare procedure appropriate di

buona qualità potrebbe ridurre i costi almeno del 30%, a seconda della patologia trattata. Inaccettabile per chi fa profitti sullo spreco, fenomeno descritto in medicina ed in altri comparti produttivi, come, secondo Andrea Segrè, quello alimentare (33). Secondo quest'Autore una società basata sul mercato fonda la sua crescita anche sulla produzione di un surplus di merci che devono essere vendute oppure vengono buttate. Per cibo e farmaci questo è particolarmente doloroso. Le previsioni di profitto dipendono dalla produzione in eccesso. I pazienti, nel gergo del mercato, diventano "utilizzatori finali" e i medici prescrittori sono l'ultimo anello della catena produttiva, quello essenziale per garantire la sopravvivenza dell'intero sistema. Bene quindi che i prescrittori da una parte siano blanditi dalla pubblicità e dagli omaggi dei produttori, sotto forma, ad esempio, di iscrizioni a congressi in luoghi da sogno, e dall'altra siano spaventati dalla continua minaccia di essere denunciati alla magistratura per non aver fatto "tutto il necessario" per i loro pazienti. Le vie del marketing sono infinite.

In questo contesto "fare qualità, e soprattutto appropriatezza" come cavalieri solitari diventa per i medici quasi impossibile. Il meglio che si può fare è restare onesti mantenendo fede, per quanto possibile, al codice deontologico, di fronte alle esigenze dei consumatori di trattamenti anche oltre i propri diritti ed ai propri bisogni reali di salute. La domanda di prestazioni ha surclassato, nell'immaginario collettivo, il bisogno di salute e domina incontrastata. Il fenomeno non è nuovo, è stato descritto, quasi un secolo fa, in una godibile pièce teatrale di Jules Romains (33-34). La grandissima maggioranza dei medici è in grave difficoltà di fronte a questa evoluzione del mercato e si comporta il meglio che può. A 40 anni dalla pubblicazione di *Nemesi Medica*, possiamo purtroppo dire che Ivan Illich aveva visto giusto (35).

Qualità dell'assistenza sanitaria: componenti e relazioni in rapporto dinamico e complesso

Le componenti della qualità professionale descritte negli anni '70 e '80 da Donabedian e riprese da Vuori (36) sono:

- L'**efficacia teorica** delle cure, dimostrata con la ricerca indipendente e ben fatta, è la capacità di un intervento di raggiungere l'obiettivo atteso.
- L'**efficacia nella pratica**, è il rapporto fra i risultati raggiunti e gli obiettivi prefissati.
- L'**efficienza**, il rapporto fra i miglioramenti, reali o attesi, nello stato di salute e i costi responsabili di questi miglioramenti. Oggi la sua definizione coincide con quella di "valore - value".
- L'**appropriatezza**, il grado di applicazione delle cure di provata efficacia a chi ne ha veramente bisogno.
- L'**adeguatezza** delle cure: da "ad equum", una misura di distribuzione delle cure appropriate a chi ne ha bisogno.

- L'**accessibilità** delle cure: in discussione quotidiana in tema di "liste d'attesa" e di libera professione intramoenia.
- L'**accettabilità** delle cure: in discussione quotidiana in tema di "consenso informato".
- La **sostenibilità** delle cure: in discussione quotidiana in tema di sostenibilità ecologica e, a questa inclusa, economica.
- La **tempestività** delle cure, il giusto rapporto fra comparsa del sintomo, della consapevolezza della sua gravità e dell'accesso ad una struttura sanitaria.
- La **sicurezza** dei pazienti - *primum non nocere* - uno dei fondamenti delle professioni sanitarie, molto di più del solo "risk management".
- La **continuità** delle cure, che attiene al progetto di percorsi assistenziali da rivedere continuamente nel corso del trattamento, in alleanza fra equipe curante, malati e le persone a loro vicine.
- La **soddisfazione** dei pazienti.
- La **comunicazione** e la **relazione**.

Nel corso degli anni soggetti diversi si sono interessati ad uno o più di questi temi: i manager hanno privilegiato l'efficienza, i medici l'efficacia e l'appropriatezza, i cittadini, a seconda dei diversi ruoli che si trovano a svolgere la tempestività, l'accessibilità, l'accettabilità, la sicurezza, la continuità, la comunicazione, la relazione, tutte componenti che contribuiscono a generare la loro soddisfazione.

Altri ancora hanno aggiunto, a seconda dei loro principali interessi, anche l'**etica** e l'**equità**. È infatti difficile che ci sia un servizio sanitario di qualità non etico e iniquo.

Etica e equità possono essere considerate dei pre-requisiti della qualità, e non delle sue componenti.

Se il regime politico che funge da contesto ai sistemi sanitari non rispetta i diritti umani e non si impegna concretamente per superare le disuguaglianze è difficile discorrere di qualità. La **democrazia**, con le sue forme di partecipazione e di inclusione sociale, è necessaria per garantire la qualità delle cure. Pure è difficile esplorare e promuovere la qualità di servizi sanitari in cui il primo interesse è il profitto personale o di casta, peggio se fatto di speculazioni e corruzione, e non la salute delle persone.

Infine un prerequisito fondamentale della qualità è la **pace**. E molto difficile garantire qualità dei servizi sanitari in tempo di guerra. In tempo di Pandemia il Segretario Generale delle Nazioni Unite ha infatti chiesto al mondo di fermare le guerre in atto (37). Affrontare quindi il tema della qualità delle cure porta con sé molte domande, molti bisogni di cambiamento, un'intera serie di modi di pensare diversi dal consueto. Spesso in certe situazioni, "fare qualità" è proibitivo.

Appare chiaro che occuparsi di qualità in una società che privilegia la quantità è tentare l'impresa, apparentemente impossibile, di smuovere al cambiamento un intero sistema di pensieri, comportamenti e relazioni. In un sistema complesso, vivente com'è l'orga-

nizzazione della società e, al suo interno, quella sanitaria, è però ben noto che le cose cambiano di continuo anche senza “causare” un cambiamento. Accompagnare, “come fanno gli enzimi” e non “causare” linearmente questo cambiamento è spesso difficile, ma è possibile. Chi vuole muoversi all’interno di un sistema sanitario complesso come “agente di cambiamento” ha bisogno di agire usando competenze diverse, assumendo ruoli apparentemente contrapposti che cambiano nel tempo. Da una parte dev’essere un “*pusher*”, un forte leader che indica la strada e la persegue in prima persona con decisione. Dall’altra è bene che sia pure un “*artist*”, uno che, di fronte ad ostacoli apparentemente insormontabili è capace di trovare soluzioni prima impensate per superarli con eleganza e creatività (38).

L’organizzazione

Quando dei professionisti si riuniscono in gruppo, sempre con ruoli diversi (in un servizio sanitario le culture professionali che nel tempo abbiamo contato sono non meno di 50) il loro insieme diventa, anche quando sono solo due, un’organizzazione.

Negli anni ’80 e ’90 chi si è interessato al tema della qualità si è trovato, quasi d’improvviso, e senza saper nuotare, tuffato dentro il gran mare in tempesta dei modelli di organizzazione che sono stati sviluppati nel corso dei secoli. Nel corso del ’900, due grandi “influencers”, come si direbbe oggi: Taylor (39) e Weber (40), hanno fortemente influenzato, da lati opposti, il pensiero organizzativo. Il primo ha teorizzato e applicato l’organizzazione scientifica del lavoro che portò alle fabbriche fordiste, quelle in cui tutte le interazioni fra macchina e operaio venivano analizzate in dettaglio allo scopo di adattare gli operai alle macchine al fine di aumentarne la produttività (41). Il secondo ha avuto il merito di analizzare la potenza e i danni fatti all’umanità dalla burocrazia, una immortale tortura cui il potere piramidale sottopone i suoi sudditi, invariante - apparentemente - nel tempo.

Taylorismo e burocrazia affliggono da sempre anche tutti i servizi sanitari. Negli anni ’80 la speranza era che la cultura della qualità potesse essere in grado di contrapporsi e superare la cultura della quantità sorretta da taylorismo e burocrazia, ma nel corso del tempo ci si è resi conto che è un obiettivo difficilmente raggiungibile senza un cambio completo di paradigma per l’insieme della società umana, un cambiamento del nostro modo di pensare e di agire, un cambiamento che converrebbe al pianeta, alla natura, alle comunità umane. In questi ultimi anni, non contenti delle acquisizioni fatte, in tutto il mondo ci sono dei gruppi umani che studiano e si confrontano su come fare, e, a volte, sempre di più, nel loro piccolo, hanno delle esperienze positive di cambiamento proponendo delle soluzioni sistemiche (42).

Molti infatti sono convinti che i cambiamenti climatici in atto, il depauperamento delle risorse del Pianeta, il suo utilizzo come discarica dei residui industriali e dei consumi, la per-

dità di biodiversità, l'accumularsi di disuguaglianze sociali, che insieme costituiscono una crisi ecologica, climatica, sociale, politica, economica, siano i segni di una crisi sistemica dalla quale è possibile uscire solo con un globale cambio di paradigma (42). C'è bisogno di abbandonare la tensione verso lo sviluppo quantitativo, che ora è sorretto da miti dannosi, e non più da evidenze di convenienza per le nostre società. Questi miti sono stati ben descritti, per quanto riguarda i sistemi sanitari, da Henry Mintzberg (43). E c'è chi propone un'esplorazione attiva verso uno sviluppo qualitativo in cui una nuova scienza della qualità possa finalmente emergere nella comunità umana del terzo millennio (44).

In tutto il mondo i movimenti giovanili stanno trainando questo cambiamento e possono renderlo possibile (45), specie se sostenuti da un'opinione pubblica sempre più consapevole ed attenta alle tematiche ambientali (46). L'allarme lanciato dagli scienziati trova oggi voce anche da parte di grandi leader spirituali come il Papa e il Dalai Lama (47-48). A supporto di questo cambiamento necessario sono la scienza dei sistemi complessi (49), lo studio delle relazioni fra le diverse componenti della qualità, appunto, la possibile scienza della qualità, tutta da inventare (50), l'alleanza fra le diverse componenti della società a supporto della vita sul pianeta, lo sviluppo di un'economia circolare (51), l'utilizzo di fonti rinnovabili di energia e il conseguente abbandono di quelle fossili (52), la salute in tutte le politiche (53).

Un compito immane, che spetta oggi a tutte le generazioni, insieme, per salvare la vita sul pianeta.

Bibliografia

1. Massoud R. Conclusioni Sessione A 14 – Accreditation and External evaluation Session 2: Advances in quality improvement over the last three decades 5 ottobre Doha – Qatar 32° Conferenza internazionale ISQua
2. Donabedian A. Explorations in Quality Assessment and Monitoring – Volume I: The Definition of Quality and Approaches to its assessment. Ann Arbor, Michigan: Health Administration Press; 1980.
3. Donabedian A. Explorations in Quality Assessment and Monitoring – Volume II: The Criteria and Standards of Quality. Ann Arbor, Michigan: Health Administration Press; 1982.
4. Donabedian A. Explorations in Quality Assessment and Monitoring – Volume III: The Methods and Findings of Quality Assessment and Monitoring: An Illustrated Analysis. Ann Arbor, Michigan: Health Administration Press; 1985.
5. Vuori H. Quality Assurance in Health Care – EURO WHO 1984. Traduzione Italiana: Verifica e Revisione della Qualità dell'assistenza sanitaria. EDIMEDICA 2, 1985.
6. WHO: Carta di Lubiana – Traduzione italiana QA 1998; 9(1).
7. ISQua. 1993 - 5-8 ottobre 10th International Conference - Maastricht, Netherlands. Proceedings
8. <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/IT/TXT/?uri=CELEX:11992M/TXT>
9. European Community. Medical and Health research Coordination Programme 1989-1991. Concerted Action Programme on Quality Assurance in Hospitals (COMAC/HSR) – Progress report – Utrecht, CBO, 1990

10. European Community. 4thth Biomedical and Research Programme- Biomed 1. 1991-1994. Concerted Action Programme on Quality Assurance in Hospitals- Multicentric Comparative study on different Quality assurance strategies and their effect on Improvement of care with respect to Keeping of patient records, Prophylactic Antibiotic use in surgery, Preoperative assessment and prevention and therapy of bedsores. Final report. CBO – Utrecht, 1995
11. Lombarts MJMH, Rupp I, Vallejo P, Sunol R, Klazinga NS. Application of quality improvement strategies in 369 European Hospitals: results of the MARQUIS (Methods of Assessing response to Quality Improvement Strategies) BMJ Quality & Safety. project (SP21-CT-2004-513712) was funded by the European Commission through its Scientific Support to Policies action under the Sixth Framework Programme for Research. Vol 18 Issue suppl. 1
12. Shaw C D. Developing Hospital Accreditation in Europe. WHO Regional office for Europe. Division of country support. Working paper. December 2004. https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/240318/E88038.pdf
13. Mattke S, Epstein A M, Leatherman S. The OECD Health Care Quality Indicators Project: history and background International Journal for Quality in Health Care 2006 (18) suppl_1, September : 4, <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzl019>
14. Vincent C. Clinical Risk management. London: 1997; BMJ Publications
15. Reason J. Human error; Cambridge University Press. Edizione italiana: L'errore umano; Bologna: Il Mulino; 1990.
16. Leape LL Berwick DM. Reducing error in medicine: it's time to take this more seriously. BMJ 1999; 319: 136-7.
17. http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_notizie_1994_listaFile_itemName_0_file.pdf
18. Cislighi C. <https://www.epiprev.it/il-diritto-alla-salute-equivale-al-diritto-ai-consumi-sanitari>
19. Sackett D L, Rosenberg W.M.C., Grey M.J.I, Haynes R.B., Richardson W S.: Evidence based medicine: what it is and what it is not. BMJ 1996; 312: 71-72. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2349778/pdf/bmj00524-0009.p>
20. <https://www.health.org.uk/sites/default/files/MeasuringPatientExperience.pdf>
21. Saini V, Brownlee S, Elshaug A. G, Glasziou P, Heath I. Addressing overuse and underuse around the world. The Lancet 2017; (8): 4-6.
22. Brownlee S, Chalkidou K, Doust J, Elshaug AG, Glasziou P, Heath I, Nagpal S, Saini V, Srivastava D, Chalmers K, Korenstein D. Right care 1. Evidence for Overuse of medical services around the world. The Lancet 2017; (8): 7-19.
23. Glasziou P, Straus S, Brownlee S, Trevena L, Dans L, Guyatt G, Elshaug AG, Jannet R, Saini V. Right care 2. Evidence for underuse of effective medical services around the world The Lancet 2017; (8): 20-28.
24. Saini V, Garcia-Armesto S, Klemperer D, Paris V, Elshaug AG, Brownlee S, Ioannidis JPA., Fisher E. Right Care 3. Drivers of poor medical care. The Lancet 2017; (8): 29-41.
25. Elshaug AG, Rosenthal MB, Lavis JN, Brownlee S, Schmidt H, Nagpal S, Littlejohns P, Srivastava D, Tunis S, Saini V. Right care 4. Levers for addressing medical underuse and overuse: achieving high value health care. The Lancet 2017; (8): 42-53.
26. Moynihan R, Henry D. The Fight against Disease Mongering: Generating Knowledge for Action. PLoS Med 2006; 3(4): e191. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0030191>
27. Fabbri A, Bodini C. Disease Mongering. Una malattia per ogni pillola. Salute internazionale 30 giugno 2010
28. Domenighetti G. Dall'induzione alla creazione della domanda: quali implicazioni per i servizi sanitari nazionali. Panorama della sanità 2003; 41: 12-15.
29. <https://www.youtube.com/watch?v=WBX8q8w6ZH4>
30. Cavicchi I.: Autonomia e responsabilità. Un libro verde per medici e operatori della sanità Pubblica. Bari:

- Edizioni Dedalo; 2007.
31. https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/medicina-e-ricerca/2019-09-24/cartabellotta-gimbe-i-check-up-generici-consumistici-e-inutili-e-xxi-secolo-e-malato-sovradiagnosi-144604.php?uclid=ACmylam&refresh_ce=1
 32. Ovretveit J. Does Improving Quality save money? The health foundation. September 2009
 33. [http://copioni.corrierespettacolo.it/wp-content/uploads/2016/12/ROMAINS%20Jules__Il%20dot-tor%20Knock%20ovvero%20il%20trionfo%20della%20medicina__null__U\(9\)-D\(5\)__Comme-dia__3a.pdf](http://copioni.corrierespettacolo.it/wp-content/uploads/2016/12/ROMAINS%20Jules__Il%20dot-tor%20Knock%20ovvero%20il%20trionfo%20della%20medicina__null__U(9)-D(5)__Comme-dia__3a.pdf) Segrè Andrea. Vivere a spreco zero. Marsilio, Venezia, maggio 2013
 34. https://www.youtube.com/watch?v=WGhG9Q5Y_PE&t=16s
 35. Illich I. Nemesi medica. L'espropriazione della salute. Milano: Red edizioni; 2013.
 36. Vuori H. Quality Assurance in Health Care – EURO WHO 1984. Traduzione Italiana: Verifica e Revisione della Qualità dell'assistenza sanitaria. A cura di Franco Perraro e Andrea Gardini. EDIMEDICA1985; 2.
 37. <https://unric.org/it/covid-19-appello-del-segretario-generale-onu-per-un-cessate-il-fuoco-globale/>
 38. Fleisher D. Lezione sul “ Change Agent”, I° workshop internazionale WHO sulla quality assurance in health care, Stockholm, 15-19 agosto 1985.
 39. Taylor FW. The Principles of scientific management. New York: Harper & Brothers Publishers; 1919.
 40. Weber M. The theory of social and economic organization. London: Oxford University press; 1947.
 41. Petri E. La classe operaia non va in paradiso. 1971 <https://www.youtube.com/watch?v=fNcxBjEOgw>
 42. Capra F, Luisi PL. Vita e Natura, una visione sistemica. Sansepolcro(AR): Aboca edizioni; 2014.
 43. Mintzberg H. Managing the myths of healthcare e Health Care as a system beyond its parts. Salerno, Università degli Studi , 15 ottobre 2010: La sanità intorno all'uomo: dai miti ai valori.
 44. Capra F, Henderson H. Crescita qualitativa. Un quadro concettuale per individuare soluzioni all'attuale crisi, che siano economicamente valide, ecologicamente sostenibili e socialmente eque. Sansepolcro(AR): Aboca edizioni, 2013.
 45. <https://fridaysforfuture.org>
 46. <https://www.slowfood.com>
 47. http://www.vatican.va/content/francesco/it/encyclicals/documents/papa-francesco_20150524_enciclica-laudato-si.html
 48. https://www.youtube.com/watch?time_continue=29&v=iYBMLsc64HM&feature=emb_logo
 49. <https://www.complexityinstitute.it/?p=12470>
 50. <https://www.capracourse.net> e conseguenti comunicazioni personali con F. Capra
 51. <https://www.europarl.europa.eu/news/it/headlines/economy/20151201STO05603/economia-circolare-definizione-importanza-e-vantaggi>
 52. Rifkin J. La Terza Rivoluzione Industriale: Come il "potere laterale" sta trasformando l'energia, l'economia e il mondo, traduzione di Paolo Canton, Milano:Arnoldo Mondadori Editore;2011.
 53. <https://www.who.int/healthpromotion/frameworkforcountryaction/en/>

Conflitti di interesse dichiarati: nessuno