

Etica della **valutazione** psichiatrica

Walter Di Munzio



Direttore DSM ASL Salerno area Nord. Docente presso la scuola di specializzazione in Psichiatria della Università SUN di Napoli

Le modificazioni avvenute in ambito sanitario negli ultimi dieci anni hanno prodotto una serie di variabili che ridisegnano radicalmente l'assetto organizzativo producendo modifiche sostanziali nell'operatività dei Servizi.

Il rischio involutivo, sempre presente in psichiatria, si concretizza in dato culturale connesso all'inadeguatezza di una dirigenza non preparata agli effetti di un impatto innovativo così dirompente, ma anche in ostacoli all'operatività secondari a forme di "deriva organizzativa", indipendenti dalla volontà dei responsabili tecnici e politici, più propriamente collegati alla incontrollata evoluzione dei meccanismi generali della trasformazione a gestione manageriale della Sanità che non tiene in considerazione le particolari caratterizzazioni della psichiatria italiana.

Un dato "culturale" va recuperato appieno restituendo agli operatori della salute mentale il compito di riprogettare l'organizzazione dell'assistenza, alla luce dei nuovi presupposti derivanti dai modelli gestionali, senza omologare acriticamente l'evoluzione ai meccanismi generali di funzionamento della Sanità.

Da qui il tentativo di fornire uno strumento adeguato di "ripensamento" dell'operatività e di individuazione di strategie e di scelte finalizzate alla consapevole riorganizzazione dei servizi.

L'evoluzione nel tempo delle metodologie e dei modelli di approccio al Processo della Valutazione di Qualità in ambito sanitario deve necessariamente tener conto di tre parametri che ne caratterizzano la sostanza e la metodologia di approccio.

Il primo è costituito dal "punto di osservazione" da cui si pone il valutatore, il quale può svolgere il suo lavoro all'esterno del gruppo di produzione in analisi (l'equipe, nel nostro caso) in funzione di controllo o, come è avvenuto a partire dagli anni '80, all'interno e in stretto rapporto con l'equipe osservata, condividendo quindi difficoltà operative ed ostacoli ambientali e burocratici.

Il secondo parametro è costituito dal "momento dell'osservazione" del prodotto che, in questo caso, è costituito dalla prestazione, dalla struttura o dall'esito del trattamento somministrato. È evidente che spostare questo momento "prima" che il prodotto in analisi sia erogato significa riserverci la possibilità di intervenire tempestivamente, nel momento stesso della produzione, implementando il sistema con correzioni e modifiche operative.

Il terzo parametro contempla la "posizione dell'osservazione" rispetto ai gruppi professionali. Già all'inizio degli anni '70 ed in ambito prevalentemente industriale si intuì l'inutilità di un mero controllo fiscale, messo in atto contro gli operatori osservati, con intenti prevalentemente coercitivi. La qualità delle prestazioni o di un qualunque prodotto in analisi è garantita soprattutto dalla collaborazione strettissima tra osservati e valutatori in un lavoro finalizzato al miglioramento continuo della qualità. Quest'obiettivo può essere raggiunto soltanto utilizzando a piene mani l'esperienza diretta degli operatori, le loro intuizioni nel trovare i correttivi giusti in quello specifico sistema, la loro conoscenza diretta dei processi minuti della produzione.

La grande trasformazione avviene agli inizi degli anni '80 con il modificarsi dei primi due parametri. Il principio ispiratore della Valutazione si sposta dal “controllo della qualità del prodotto” alla “implementazione della qualità del prodotto”, portando all'interno dell'equipe tutte le innovazioni finalizzate a modificare e migliorare i processi stessi di produzione delle prestazioni. Ciò al fine di ottenere la partecipazione diretta degli attori coinvolti e il più grande miglioramento possibile con le risorse umane e finanziarie disponibili.

Quest'ultimo principio lo ritroviamo quale elemento fondante del processo di razionalizzazione delle risorse in atto con la riforma dell'assistenza sanitaria.

Avedis Donabedian ha definito con precisione i principi ed i metodi della Valutazione in Sanità; il suo concetto di efficacia nella pratica (*effectiveness*) esprime con chiarezza la motivazione, le finalità ed il forte legame alla pratica del Processo della Valutazione.

Il passaggio dalla *Quality Assurance* ai principi ispiratori della Qualità Totale, segna la definitiva affermazione delle regole e dei principi di mercato sulla “produzione” anche di tipo sanitario. Con il brutto termine di “aziendalizzazione” si intende in Italia questa rivoluzione dei modelli di sviluppo e le nuove esigenze organizzative nelle modalità di erogazione dell'assistenza, con particolare riferimento alla razionalizzazione delle risorse ed alla gestione del personale.

È qui che la riflessione sullo studio del Processo di Valutazione della Qualità si intreccia saldamente con l'analisi dei costi e la gestione manageriale, senza tuttavia prescindere mai dalle considerazioni di tipo etico, prima ancora che dalle responsabilità professionali nella gestione dei casi trattati.

La sfida da raccogliere è quindi quella di trovare un equilibrio, un difficile compro-

messo, tra esigenze economiche e buona assistenza. È questo il compito che si pone agli operatori della salute mentale in questa fase di transizione, salvaguardando, non da ultimo, lo stile di lavoro ed i principi ispiratori della riforma psichiatrica italiana.

Perché la qualità e la valutazione di qualità occupano un posto così importante, se non addirittura predominante? Naturalmente si tratta di una domanda retorica, ma provando a rispondere siamo portati al vero cuore dei nostri diritti-doveri e delle nostre responsabilità professionali.

È di moda ai nostri giorni decantare, anche in sanità, le virtù della gestione manageriale tipica del libero mercato, vedere in esse la

soluzione ai problemi che sembrano essere la conseguenza della pianificazione sociale.

Ci viene detto che se ai consumatori e ai fornitori venisse data una maggiore scelta, presterebbero attenzione contemporaneamente alla qualità e ai costi e di conseguenza si avrebbe un'assistenza

migliore a prezzi minori, quasi senza alcun altro intervento. Ma, perché questo accada, la qualità dovrebbe essere misurata, bisognerebbe fissarne i costi e le informazioni andrebbero opportunamente divulgate.

Il successo dell'introduzione di maggiori elementi di mercato dipende quindi, in misura considerevole, dalla valutazione di qualità.

Qualcuno potrebbe naturalmente chiedersi seriamente se esiste in Italia (o in qualsiasi altra parte del mondo) un mercato realmente libero in campo sanitario o, se esiste, se ha come diretta conseguenza una distribuzione equa di livelli accettabili di cura.

Potremmo sostenere con buoni argomenti che in ogni caso sarebbe necessario un livello considerevole di interventi sociali. Ma ciò è, in un certo qual senso, fuori tema. L'attenzione alla valutazione della qualità e ai miglioramenti trascende di gran lunga la

I pazienti dovrebbero essere informati sulla loro malattia, così come sui trattamenti che riceveranno o su quelli che essi stessi dovranno eseguire

loro funzione in qualsiasi mercato, sia esso immaginario o reale.

Su un piano puramente operativo è facile verificare che la conoscenza della qualità di ciò che si produce è importante per una pianificazione e una gestione razionale, almeno quanto la conoscenza dei costi. Senza questa duplice informazione si pianifica e si gestisce in parte al buio, senza conoscere completamente in che modo funziona un'impresa, sia essa pubblica o privata. Ma al di là di questa necessità pratica esistono considerazioni professionali ed etiche più profonde che dovrebbero portarci a valutare, a salvaguardare e a migliorare la qualità dell'assistenza che offriamo.

Se non facessimo ciò non saremmo in grado di assolvere alle nostre responsabilità aziendali e professionali, sia nei confronti della collettività a cui sono destinati i nostri servizi, sia, come clinici, nei confronti dei nostri pazienti.

Ma ci sono anche altre, forse più egoistiche, ragioni.

Nel fornire la miglior cura di cui siamo capaci assaporiamo le gratificazioni della competenza, la soddisfazione che qualsiasi onesto artigiano prova per un lavoro ben fatto, comportandoci in questo modo soddisfacciamo anche gli impegni morali che ci derivano dalla nostra adesione ad un credo religioso o a valori umanistici, otteniamo il rispetto dei pazienti e dei colleghi e ci meritiamo legittimi progressi di carriera.

L'incessante ricerca della qualità è quell'imperativo etico che dovrebbe governare la vita professionale. Senza di essa il nostro operato sarebbe senza valore.

Per poter ottenere la qualità, naturalmente, abbiamo bisogno di sapere cosa essa sia.

Non è sufficiente dire che noi tutti sappiamo cosa è la qualità e che la riconosciamo facilmente ogni volta che la incontriamo. Allo stesso modo è disfattistico dire che la qualità è un concetto utopistico non perseguibile. Piuttosto dovremmo definire cos'è la qualità in sanità, perché così questa definizione ci aiuterà a identificare gli obiettivi da perseguire e, se questi obiettivi non dovessero essere immediatamente rag-

giungibili, a pianificare le strategie per avanzare verso di essi in più tappe, ciascuna ben definita.

Ci sono alcuni aspetti della qualità che vengono spesso ignorati o, se riconosciuti, tendono a ricevere meno attenzione. È importante ricordare che l'assistenza sanitaria dovrebbe essere accessibile (per tempi e luoghi), personalizzata, continua e coordinata. Dovrebbe svolgersi in condizioni gradevoli, con la dovuta attenzione al comfort e alla dignità. Inoltre dovrebbe essere collaborativa.

I pazienti, direttamente o attraverso chi è responsabile per loro, dovrebbero essere informati sulla loro malattia, così come sui trattamenti che riceveranno o su quelli che essi stessi dovranno eseguire. Quando ci sono alternative queste dovrebbero essere discusse e si dovrebbe dare al paziente l'opportunità di partecipare alle decisioni relative.

Ne consegue che le informazioni sulle opinioni, sulle preferenze e sulle soddisfazioni dei clienti sono un ingrediente essenziale di qualsiasi sistema di valutazione di qualità. Possiamo imparare una gran quantità di cose dai nostri pazienti-clienti, a condizione di essere disposti ad ascoltare e a reagire in modo conseguente.

La relazione tra qualità e costi riceve molta attenzione. Secondo l'opinione di Avedis Donabedian tre semplici aforismi riassumono questa relazione:

- 1) la qualità costa;
- 2) il denaro non necessariamente compra la qualità;
- 3) alcuni miglioramenti nella qualità non valgono i costi aggiuntivi.

Tutti sappiamo che finanziamenti adeguati sono indispensabili per avere una buona qualità. Per questa ragione c'è poco da aggiungere al primo aforisma. Ma, indipendentemente dalla consistenza dei finanziamenti, il secondo aforisma mette in guardia sulla certezza che aumentando le risorse si debba necessariamente aumentare la qualità e, d'altra parte, offre la speranza che si possa migliorare la qualità senza spese aggiuntive. In ogni modo bisogna sempre mi-

surare assieme qualità e costi. Se questo non accade, le riduzioni dei costi possono essere contrabbandate per efficienza anche quando si è avuto, in realtà, anche una riduzione di qualità.

Presupposto che gli aspetti fondamentali della qualità siano salvaguardati, la riduzione dei costi costituisce un obiettivo che deve essere fortemente perseguito, come suggerisce il terzo aforisma di Donabedian.

Comunque, perché il confronto tra i costi e gli effetti o i benefici

possa indirizzare le scelte strategiche di un'azienda, bisogna capire i limiti dei metodi usati ed essere consapevoli delle difficoltà etiche a cui conducono.

Spesso non sappiamo abbastanza né sui costi né sugli effetti degli interventi sanitari.

Inoltre le valutazioni che confrontano gli esiti espressi in diversi

stati di salute (usando per esempio la tecnica dei QALY's o degli "anni di vita aggiustati per Quality") sono arbitrarie ed estremamente grossolane. In più sorgono grosse perplessità di ordine etico quando si vuole dare un valore alla vita e al benessere. Queste valutazioni si prestano a manipolazioni perché riflettono i pregiudizi dei decisori e le circostanze e le scelte dei singoli utenti.

Mi sembra che praticamente ogni intervento possa essere ammesso o escluso a seconda di come si valutano i costi e le conseguenze dell'assistenza.

In un sistema a finanziamento pubblico si deve sempre specificare cosa è possibile fornire e cosa no. Ma quando lo si fa, emergono almeno altri due problemi. Il primo è che vi è disuguaglianza nell'accesso all'assistenza se, in un sistema a libero mercato, le persone abbienti possono comprare più assistenza. Il secondo problema è un deterioramento della relazione di fiducia tra medico e paziente se il razionamento delle

prestazioni è delegato al primo. Per salvaguardare la relazione medico-paziente dovrebbero essere noti i limiti amministrativi in modo che i pazienti possano avere elementi per convincersi che gli operatori sanitari fanno del loro meglio nell'ambito di questi limiti.

Le ineguaglianze nelle cure possono essere ridotte (almeno in teoria) se i pazienti vengono informati sui costi e sui benefici ottenibili e se vengono richieste tariffe che

corrispondono all'effettiva possibilità individuale di pagare. Ma quando viene fatto ciò il cosiddetto "sistema a libero mercato" è, di fatto, limitato dal principio dei "sacrifici proporzionali" imposto socialmente.

Temì come quelli oggi trattati - che comprendono riflessioni sul rapporto tra implicazioni etiche e contributo sia

della tecnologia e del suo ruolo nella valutazione della qualità che considerazioni "pratiche" relative a ciò che si misura, ai mezzi che si usano, al tipo di informazione su cui si basano - necessitano di alcune osservazioni sull'organizzazione del sistema di valutazione.

La valutazione di qualità, condotta per scopi amministrativi o per un automiglioramento basato su un continuo apprendimento, differisce dalla ricerca. La valutazione di qualità è un confronto del reale con il desiderabile in base a modelli preesistenti.

Per esempio, per quanto riguarda l'accesso all'assistenza sanitaria, ci si basa su un principio di giustizia distributiva e, per quanto riguarda la relazione medico-paziente, sulle opinioni circa i desideri e i bisogni del paziente. Per quanto riguarda gli interventi tecnici, ci si basa sulle conoscenze della loro efficacia derivata da studi rigorosi.

Se sotto questo aspetto le nostre conoscenze sono valide, allora anche la nostra valutazione di qualità sarà valida. Ma se le nostre

Poiché i chiarimenti sulla qualità dell'assistenza erogata si rilevano, spesso, dalle cartelle cliniche, è essenziale in ogni sistema di monitoraggio della qualità progettare e mantenere una buona documentazione clinica

conoscenze sono incerte, allora la valutazione di qualità sarà anch'essa incerta.

Bisogna stare attenti, tuttavia, a non insistere sul fatto che si debba praticare la sola "medicina basata sulle prove di efficacia" (ed io sono profondamente convinto della grande importanza di questo approccio) perché può derivarne talora una specie di nichilismo terapeutico.

Mentre cerchiamo incessantemente di migliorare le nostre conoscenze, occorre continuare a praticare l'assistenza che crediamo utile e valutare il nostro lavoro di conseguenza.

Donabedian suggerì fin dagli anni '80 che per valutare si possono prendere in considerazione uno o più elementi di "struttura", "processo" o "risultato".

Ma non voleva dire che si trattava di attributi della qualità, ma solo di diverse sorgenti di informazione che dovevano permettere di trarre conclusioni sulla qualità. Queste conclusioni saranno tanto più valide quanto più la struttura consente di prevedere il processo e quanto più il processo consente di prevedere gli esiti.

Questo modello tripartito rappresenta, evidentemente, una semplificazione della realtà e gli ambiti identificati da Donabedian sono in parte arbitrari. Si tratta però di una guida alla ricostruzione del cammino tra risorse ed esiti anche se nulla è perduto se si individuano (vedi Morosini) ulteriori ambiti o si ridefiniscono quelle considerati, purché si definisca con chiarezza ciò che si intende.

È anche inutile argomentare che una delle tre sorgenti di informazioni è più importante delle altre. Ognuna ha vantaggi e svantaggi.

La scelta su quali informazioni ottenere dipende da quanto fedelmente riflettono l'attributo di qualità che si desidera misurare e quanto facilmente e accuratamente possano essere ottenute e in quale momento, durante l'assistenza o più tardi.

Certo è meglio raccogliere informazioni contemporaneamente su struttura, processo ed esito. In questo modo si possono ricercare concordanze o discordanze, confrontare

le conclusioni tratte dall'uno e dall'altro e anche comprendere meglio le cause di eventuali errori e come porvi rimedio.

Lo sviluppo di un sistema completo di monitoraggio della qualità è un'impresa complessa che consiste di molte attività interagenti, condotte a diversi livelli di organizzazione, mediante una varietà di attività formali ed informali.

Per esempio occorre costruire "indicatori di qualità", sviluppare standard che permettano di confrontare il reale con il desiderabile, rilevare le informazioni necessarie per effettuare tali confronti, accertare i motivi dei fallimenti nella qualità, effettuare interventi appropriati per migliorare l'assistenza e alla fine verificare in che misura gli interventi sono stati efficaci. Alla fine di un ciclo se ne comincia un altro.

Poiché queste attività richiedono sforzi considerevoli di pianificazione e azione nella pratica e, inoltre, riguardano più livelli e settori di un'organizzazione, è necessario designare un'apposita struttura organizzativa con funzioni e responsabilità assegnate ad ognuno dei suoi diversi componenti e in grado di assicurare coordinamento e direzione unificata.

Le informazioni relative alla qualità dell'assistenza dovrebbero arrivare in tale sistema da diverse fonti.

C'è una componente statistica che è responsabile della raccolta di un flusso costante di informazioni su indicatori di attività predefiniti.

Ma spesso le analisi statistiche non portano a conclusioni certe. Rivelano solo scostamenti che richiedono ulteriori studi da interpretare e da cui possono derivare azioni correttive.

Il flusso routinario di informazioni relativo a indicatori predeterminati è di solito integrato da altre attività a livelli dell'organizzazione più vicine alle sedi dell'erogazione dell'assistenza.

Si istituiscono comitati (detti "circoli della qualità") con lo scopo di usare le conoscenze degli stessi lavoratori per identificare problemi intesi come "opportunità di miglioramento", per interventi correttivi e,

molto spesso, per effettuare gli interventi stessi.

Le attività periodiche di *audit* clinico possono essere considerate una loro variante.

Si tratta di attività condotte dagli stessi responsabili dell'assistenza, in genere basate sulla revisione delle cartelle cliniche per categorie particolari di gruppi di pazienti o per specifiche procedure preventive, terapeutiche o diagnostiche. Progetti di verifica e miglioramento possono essere anche stimolati da scostamenti messi in luce dalle componenti statistiche del sistema informativo, dal verificarsi di prevedibili eventi avversi, dai reclami dei pazienti e dai risultati delle indagini sulla soddisfazione degli utenti.

Poiché i chiarimenti sulla qualità dell'assistenza erogata si rilevano, spesso, dalle cartelle cliniche, è essenziale in ogni sistema di monitoraggio della qualità progettare e mantenere una buona documentazione clinica.

Si è generalmente d'accordo nel ritenere che perché un monitoraggio di qualità abbia successo è necessario che un'organizzazione riformi se stessa.

L'impegno sincero verso la qualità deve permeare tutti i livelli di un'organizzazione, in

particolare quelli dirigenziali. I manager dovrebbero essere di esempio partecipando essi stessi agli sforzi di valutazione. Dovrebbero guidare e motivare, piuttosto che minacciare o costringere. Le comunicazioni anziché frammentate e saltuarie dovrebbero essere complete e continue. La fiducia dovrebbe sostituire il sospetto e la paura. Dovrebbe essere chiaro a tutti che il perseguire la qualità richiede una partecipazione convinta e che lo scopo è quello di premiare i migliori e non quello di trovare colpevoli o di punire. La ricompensa più grande è comunque quella di essere artefici di continui miglioramenti e successi.

In questo modo un'organizzazione perde molte rigidità burocratiche. È più vicina ad essere una comunità di ricercatori che operano sinergicamente su obiettivi comuni di salute pubblica. «Questa è una visione utopistica - scriveva Avedis Donabedian in uno splendido scritto pubblicato in Italia poco prima della sua morte - che qualcuno potrebbe deridere, ma i sogni di oggi sono generatori delle realtà del domani. E noi preghiamo che sia così».