

## Editoriale

**Gli standard professionali: speranze, esperienze, evidenze... speranze**GARDINI A<sup>1</sup>.<sup>1</sup> Presidente SIQuAS-VRQ

*Il presente editoriale è il testo della relazione di apertura del dott. Gardini presentata in occasione della II Conferenza Nazionale della Professione Medica, dal titolo "La Qualità professionale per la qualità delle cure", organizzata da FNOMCeO e svoltasi a Roma dal 2 al 3 dicembre 2010.*

**DEFINIZIONI**

Fra i principi fondanti di un impegno per la qualità del sistema sanitario c'è la certezza che un Paese competitivo nel mondo globalizzato non può non essere una comunità coerente, composta da persone istruite e sane che costituiscono a loro volta sistemi intelligenti, consapevoli, solidali e, di conseguenza, produttivi [1].

Quarant'anni di documenti di organismi internazionali sono sintetizzabili in questo principio, con diverse declinazioni a seconda dei punti di vista.

**Progetto e progetto di salute**

È bene quindi evitar di parlare di standard professionali se prima non si definiscono gli obiettivi di un progetto, nel quale criteri e standard, compresi quelli professionali, hanno funzioni di unità di misura per la valutazione, il mantenimento e l'adattamento di quel progetto alle situazioni imprevedibili che sono la meraviglia della vita quotidiana.

La prima domanda cui rispondere, anche, ma non solo, in questi giorni è: "quale progetto di salute, da qui al 2020, per le persone nate in Italia, in Europa e nel Mondo, che abitano in una comunità di una sessantina di milioni di individui che chiamiamo, per convenzione, Repubblica Italiana ed occupa da almeno quattro millenni pianure e coste di una penisola lunga e stretta, due isole maggiori ed alcune minori circondata dal Mare Mediterraneo?"

Per rispondere a questa domanda è bene avere un'idea, sotto forma di numeri, di quale sia lo stato di salute della popolazione che vive all'interno dei confini amministrativi che definiscono la Repubblica Italiana, confini ormai solo amministrativi, perché l'Europa è finalmente senza confini. I nostri limiti territoriali comunque definiscono ancora l'ambito di responsabilità dei soggetti che hanno titolo per occuparsi della manutenzione del territorio e dei suoi abitanti, per progettarne il miglioramento, specie nelle zone meno favorite, quelle che, per la comunità nazionale debbono essere considerate prioritarie.

Il miglioramento dello stato di salute è finalizzato a migliorare lo stato di benessere e ridurre il dolore e la mortalità dei cittadini aumentando l'attesa di vita libera da disabilità.

È noto che lo stato di salute di una popolazione non dipende solamente dalla competenza dei propri medici, ma da fenomeni diversi, come istruzione/ignoranza e ricchezza/degrado.

Il nostro censimento decennale ci fornisce dati interessanti. Sono dati che riguardano oramai una situazione di dieci anni fa, ma è comunque interessante osservarli per riflettere ed aspettare con una certa trepidazione i risultati del prossimo, che dovrebbe avvenire nell'ottobre 2011.

**I dati di partenza**

Dai dati del censimento, Spandea e Costa [2] hanno ricavato un indice di deprivazione che si ottiene da questi tassi:

- % di popolazione istruita con solo licenza elementare;
- % di pop. attiva disoccupata o in cerca di prima occupazione;

- % di abitazioni occupate in affitto;
- % di abitazioni occupate senza bagno interno all'abitazione;
- % di famiglie monogenitoriali con figli dipendenti conviventi;
- indice di affollamento (numero di occupanti per stanza).

L'indice di deprivazione, che si può applicare a tutti i comuni italiani, è fortemente correlato ai tassi di mortalità e all'attesa di vita.

Se a questa mappa dell'Italia aggiungiamo la mappa, ad esempio, dello stato di salute dei cittadini che vivono sulle sponde dell'Adriatico [3], o il grafico del tasso di mortalità per grado di istruzione nella città di Torino [4], o, ancora, il grafico dello stato di alfabetizzazione dei cittadini italiani, secondo l'UNLA [5], possiamo agevolmente contestualizzare un discorso di strategia per la salute che condiziona molto le scelte anche sugli standard nella professione medica.

**Strategia**

Sono le scelte delle strategie per la salute di una popolazione che finiscono con il determinare gran parte delle decisioni sugli standard dei professionisti cui la Società sceglie di affidarla.

Una strategia per la salute delle comunità umane vede la sua sintesi nella buona politica, di memoria aristotelica, quella che fa l'interesse di tutti; si declina quindi in un piano, il piano sanitario, il piano in progetti, i progetti in programmi, una sequenza a cascata che ci consente di attuare la strategia prescelta.

In teoria.

Nella pratica le cose vanno diversamente.

Non possiamo però seguire un altro metodo. Per noi medici non c'è un altro metodo.

È il metodo clinico applicato alla programmazione sanitaria: anamnesi, esame obiettivo, diagnosi, progetto, percorso di cura, valutazione, *follow-up*. Il metodo più antico è ancora il migliore per affrontare e risolvere i problemi, anche quelli di salute di una comunità.

**I medici**

I medici però sono solo 1/6 dei soggetti che l'OMS identifica come potenziali partner di un progetto di salute della popolazione [6]. Questo da una parte può sorprendere, dall'altra fa gravare su noi medici una forte responsabilità: siamo gli unici che hanno competenze professionali profonde e dedicate. Siamo quelli che ne sanno di più di tutti e che possono agire e consigliare, anche perché siamo regolati da un codice deontologico che ci impedisce di agire, coscientemente, male.

La nostra formazione e le nostre conseguenti pratiche sono determinanti, rilevanti, fondamentali per le comunità che a noi fanno riferimento.

I cittadini si rivolgono a noi perché ne sappiamo di più, e di noi, mediamente, si fidano. Non li possiamo tradire.

Il medico è da sempre un leader di quella comunità, assieme al sindaco, al prete, al farmacista.

Per assolvere questo compito sociale i medici devono essere riconosciuti come competenti.

## La Competenza

Fra le diverse definizioni di "Competenza", io stesso ho compreso meglio questo concetto con una triade di parole: Conoscenza, Capacità, Giudizio. *Knowledge, Skills, Judgement* [7].

Questi tre criteri generali, quando opportunamente dotati di unità di misura convenzionali, variamente combinati, costituiscono lo standard generale che ci aiuta a misurare la competenza.

## Misurare - Valutare - Giudicare

La misurazione/valutazione di un qualsiasi oggetto, non finalizzata a monitorare l'andamento di un progetto è inutile, a volte dannosa, poiché si spreca risorse e si rischia di vessare le persone chiedendo loro dei dati sul proprio lavoro senza dare in cambio nulla.

La misurazione in medicina si fa contro dei criteri, oggetti misurabili concordati fra i partecipanti al progetto che consentono di misurarne l'andamento.

La semplice misurazione con dei criteri non è però sufficiente a capire se quel progetto va bene o non va bene. Fra le diverse misure dei criteri ci possono essere quelle per le quali c'è il consenso che le cose vanno bene, e quelle per le quali c'è il consenso che non vanno bene. Chi partecipa al progetto ad un certo punto decide quando quelle cose vanno bene e quando no. Il livello così definito diventa lo standard, la misura del criterio che definisce il limite fra il buono ed il meno buono.

Si misura un oggetto quindi per prepararsi ad un'altra operazione interna al progetto di salute: scegliere, fra le tante misurazioni, quelle che "vanno bene" per la comunità che misura e quelle che "non vanno bene": le soglie di accettabilità, contro le quali quelle misurazioni vanno confrontate. Gli standard.

Si misura quindi per mezzo dei criteri.

Si valuta per mezzo degli standard.

Solo dopo aver fatto quest'operazione sarà possibile emettere un giudizio, che non può essere un giudizio finale, ma è un momento di passaggio essenziale per indurre un nuovo ciclo di progettazione, che ci serve per mettere a posto situazioni giudicate al di sotto degli standard.

Troppi sono i giudizi che si sparano senza misurare e senza valutare.

Questi giudizi, se sono emessi senza né concordare i criteri e gli standard né effettivamente misurare e valutare con metodi concordati e validi sono metodologicamente sbagliati, a priori, e vanno, questi sì, giudicati malissimo a loro volta.

## Standard

Molte sono le definizioni e i significati in medicina della parola "standard", che deriva dal francese *estandard*: lo stendardo dietro al quale gli eserciti correvano all'attacco dei nemici.

In Italiano [8] il significato di "standard" è quello di "livello soglia", che può a sua volta riferirsi a quattro tipi di soglie:

- di Accettabilità: proporzione di casi o situazioni in cui un criterio deve essere rispettato perché la qualità dell'assistenza sia giudicata accettabile;
- di Allarme: valore di un indicatore al di sopra o al di sotto del quale si deve sospettare la possibile presenza di un problema di qualità;
- di Riferimento Ottimale: esame standard, laboratorio standard (es.: il metro-standard conservato a Parigi);
- di Valore Raccomandato di Risorse (in programmazione sanitaria).

Gli standard assistenziali sono i livelli-soglia al di sopra dei quali la situazione organizzativa o diagnostico-terapeutica o il trattamento vengono considerati, vista la migliore letteratura su quell'oggetto e dopo un'operazione di consenso fra gli attori del processo assistenziale, accettabili.

## Professione

La parola "professione" è molto utilizzata in questo periodo per connotare un lavoro ad alta qualificazione.

Essa deriva dal latino *professione*: dichiarazione, manifestazione, mestiere, professione pubblicamente dichiarata.

Ha tre significati:

- "pubblica dimostrazione di un sentimento, una credenza, un'opinione";
- "solenne e pubblica promessa con la quale i religiosi si impegnano all'osservanza dei voti di castità, povertà e obbedienza e delle regole proprie dell'ordine e della congregazione";
- "attività manuale o intellettuale dalla quale si ricava un certo guadagno".

Quest'ultima, se connotata con l'aggettivo "libera" significa che "la professione si può esercitare senza dipendere da altri".

La parola deriva dal latino *profiteri*: dichiarare apertamente, parola composta di *pro* - davanti - e *fateri* - confessare, riconoscere - o anche *fari*, parlare.

I professionisti sono coloro che esercitano una professione.

In questa frase c'è tutta la tradizione della cultura delle professioni: medici, chirurghi, preti, avvocati, professori universitari e soldati di ventura sono stati i primi professionisti: "coloro che dichiaravano apertamente la loro missione alla Comunità".

Guido Giarelli [9] afferma che in questo periodo stiamo passando a una fase di diffusa "professionalizzazione".

Questo fenomeno è il passaggio di stato di molti soggetti che si occupano di un certo tipo di attività, da gruppo occupazionale a gruppo professionale; si è verificato fino ad oggi a partire dalla metà degli Anni '70, in tutti i campi del lavoro, soprattutto nella sanità per quanto riguarda gli infermieri e le altre professioni sanitarie.

Secondo il grande sociologo americano Wilensky [10], sono quattro le caratteristiche di un gruppo occupazionale che si trasforma in gruppo professionale:

- Specificità: il gruppo identifica il proprio specifico e ciò implica che esso possa rispondere a un certo numero di problemi sociali;
- Formazione: il gruppo professionale è dotato di "autorità professionale" che viene conferita attraverso un curriculum formato sempre meglio definito e certificato o dalla professione stessa o dalla professione e dallo Stato assieme;
- Etica: viene creato un codice di etica professionale, che fissa le basi per l'etica del servizio della professione; esso riguarda:
  - i rapporti con i fruitori del servizio e gli obiettivi del codice sono costituiti dalla protezione del cliente nei confronti della supremazia culturale del professionista;
  - i rapporti fra i colleghi, con l'obiettivo di creare una sintonia sostanziale fra i professionisti e creare dei deterrenti ai fenomeni delle ingiurie, della concorrenza sleale e dei maltrattamenti, comuni nei rapporti fra gli uomini;
- il riconoscimento nella Società, il traguardo ultimo: l'Albo Professionale tenuto da un apposito Collegio".

Per controllare la propria professione, secondo Giarelli, è necessario che l'organizzazione professionale, faccia almeno sei cose importanti:

- rispondere a concreti bisogni sociali, secondo il principio in base al quale una professione prospera quando risponde a dei bisogni;
- insegnare la propria materia;
- essere provvisti di una leadership professionale: la professione deve avere dei leaders che portino avanti le strategie della professione stessa;
- essere capaci di lavorare in *team*;
- essere capaci di controllare le tecnologie che vengono utilizzate nel proprio lavoro;
- operare delle scelte strategiche macro e delle scelte operative

micro sulla base di dati, dimostrando così la propria efficacia come professione.

### **Autonomia e responsabilità**

Un professionista, all'interno del proprio lavoro, agisce secondo caratteristiche importanti di autonomia e di responsabilità.

Secondo Foa [11] l'autonomia è "libertà come potere di decisione su se stessi".

Non c'è autonomia, specie in una professione come quella sanitaria, che comporta decisioni che coinvolgono la salute dei propri simili, senza un'alta responsabilità.

In genere più si è autonomi più elevata è la responsabilità: è il prezzo che si paga al conseguimento dello *status* sociale che l'autonomia senza dubbio conferisce.

Più elevata è la professionalità più elevati sono i rischi che i professionisti sono abilitati dalla Società a prendersi sulle proprie spalle.

Per definizione il professionista è colui che, nel proprio ambito di responsabilità ed autonomia, si accolla i rischi, le situazioni difficili che solo lui è qualificato ad affrontare con una probabilità di riuscita più elevata di chi non è preparato ad affrontarli. Essere in grado di affrontare i rischi e di superarli è fonte di orgoglio per i professionisti e di prestigio nella Comunità.

È l'insieme di autonomia e responsabilità che connota le professioni sanitarie, che obbliga a considerare la qualità del loro lavoro non solo come una cosa da controllare, come una proprietà intrinseca, ma come una capacità potenziale, da promuovere, valutare e migliorare di continuo, cui fornire supporto ed incoraggiamento.

Autonomia e responsabilità, condite dal motore primo del lavoro sociosanitario, la solidarietà, sono già presenti nel codice genetico dei professionisti della salute e rendono più facile l'esplicitazione dei principi e delle pratiche della qualità all'interno delle nostre organizzazioni: il nostro lavoro esce già, tutti i giorni, dalla mente e dal cuore, come lo spirito del *kai-zen* prescrive.

Nel nostro caso, quando nell'organizzazione che ci comprende si vuole instaurare un sistema orientato alla qualità, questa prescrizione iniziale non è necessaria, è già stata curata dalla professione stessa.

Gli standard professionali sono i livelli-soglia al di sopra dei quali il comportamento clinico, relazionale o organizzativo di un professionista vengono considerati accettabili... all'interno del contesto in cui gli atti medici si sviluppano.

Possono essere generali o specifici per problema, o per processo o per singola azione di un percorso assistenziale definito in un determinato contesto.

Il loro studio è quindi complesso, difficile e non semplificabile con un facile e superficiale riduzionismo meccanicista.

Gli standard professionali dipendono dalle condizioni contestuali ed organizzative nelle quali i medici e gli infermieri si trovano a collaborare, che possono essere anche al di fuori del loro livello di potere.

Lo studio degli standard professionali deve essere condotto dalla professione stessa, unica ad averne la competenza.

Possono d'altra parte essere impliciti nel contesto lavorativo altri standard, organizzativi o di accettabilità sociale o personale che sono regolarmente valutati implicitamente rispettivamente da chi ha responsabilità manageriale e dai pazienti/cittadini o dai loro rappresentanti. Prima di esser giudicati sulla base di questi standard li stessi vanno concordati esplicitamente con il personale sanitario, ed i medici in prima fila, altrimenti ogni giudizio sulla loro opera senza preventivo accordo non ha valore (poiché difficilmente può indurre un ciclo virtuoso di miglioramento).

### **La prospettiva europea fra gruppi occupazionali e professioni**

Un'avvertenza, a questo proposito. La dichiarazione di Copenaghen del 2002 [12] seguita da quella di Maastricht del dicembre 2004 [13] sulla *life long education* hanno avviato un processo di omogeneizzazione delle attività formative e per la promozione del

lavoro in tutta Europa, garantendo la progressiva riconoscibilità dei *curricula* formativi dei gruppi occupazionali, che nel corso degli ultimi vent'anni, grazie a questa spinta, sono diventati gruppi professionali. Così anche giardinieri, operatori ecologici, cuochi e guide turistiche, per fare un esempio, assieme ad altre centinaia di mestieri, sono entrati in Europa con *curricula* formativi espliciti e riconoscibili. Tanto più dichiarabili e riconoscibili quanto più semplici sono le mansioni.

Queste attività sono state fatte proprie da alcune Regioni italiane che hanno iniziato ad applicare questi standard occupazionali nella loro vita legislativa [14], soprattutto la Lombardia in vista dell'EXPO del 2015.

Nel contempo anche le scuole di medicina italiane [15] e di specialità mediche hanno esplicitato gli obiettivi educativi e i profili degli specialisti, gli obiettivi da raggiungere.

È peraltro raro trovare i dati sul raggiungimento di questi obiettivi e soprattutto sull'impatto del loro raggiungimento nei confronti dello stato di salute dei pazienti.

### **STORIA**

Quello che diciamo però ha una storia precisa, lunga e laboriosa. È difficile dire quando comincia.

Dipende dai punti di vista.

Cominciamo con il Codice di Hammurabi (1792-1750 a.C) [16]:

"218. Qualora un medico faccia una grande incisione con il coltello operatorio, e lo uccida, o apra un tumore con il coltello operatorio, e tagli l'occhio, gli saranno tagliate le mani.

219. Qualora un medico faccia una grande incisione con il coltello operatorio sullo schiavo di un uomo liberato, e lo uccida, rimpiazzerà lo schiavo con un altro schiavo.

220. Se aveva aperto un tumore con il coltello operatorio, e cavato un occhio, pagherà metà del suo valore.

221. Qualora un medico guarisca l'osso rotto o la parte molle ammalata di un uomo, il paziente pagherà al medico cinque shekels in denaro.

222. Qualora sia un uomo liberato pagherà tre shekels.

223. Qualora sia uno schiavo il suo proprietario pagherà al medico due shekels.

224. Qualora un chirurgo veterinario esegua una seria operazione su un asino od un bue, e lo curi, il proprietario pagherà come compenso al chirurgo un sesto di shekel.

225. Qualora egli esegua una seria operazione su un asino od un bue, e lo uccida, pagherà al proprietario un quarto del suo valore.

226. Qualora un barbiere, all'insaputa del rispettivo padrone, tagli il marchio di uno schiavo che non deve essere venduto, siano tagliate le mani di questo barbiere.

227. Qualora qualcuno inganni un barbiere, in modo che egli segni uno schiavo che non deve essere venduto con il marchio di uno schiavo, egli sarà messo a morte, e sepolto nella sua casa. Il barbiere giurerà "Non l'ho segnato volontariamente", e sarà innocente."

Klazinga [17] riporta che, nell'antica Roma, l'epigrafe di presentazione dei templi di Esculapio, una sorta di Carta dei Servizi *ante litteram* fosse: "*Cito, tuto, iucunde*" (ti curo presto, con sicurezza, con gentilezza).

Augusto Murri, padre della medicina italiana delineava così il suo credo nella medicina clinica: "Nella Clinica bisogna avere un preconcetto solo, ma inalienabile, il preconcetto che tutto ciò che si afferma e che par vero può essere falso: bisogna farsi una regola costante di criticare tutto e tutti prima di credere" [18].

Camillo Golgi, nello stesso periodo, delineava lo spirito del ricercatore indomito nella ricerca medica: "La giungla che mi si presentava davanti in quel momento era più affascinante di una foresta vergine: si trattava del sistema nervoso con i suoi miliardi di cellule aggregate in popolazioni le une differenti dalle altre e rinserrate nel

viluppo apparentemente inestricabile dei circuiti nervosi che s'intersecano in tutte le direzioni nell'asse cerebro-spinale" [19].

Nello stesso tempo Ernest A. Codman [20] affermava: "Mi si definisce eccentrico per aver detto che gli ospedali, se vogliono essere sicuri di migliorare, devono analizzare i loro risultati per accertare quali siano i punti forti e i punti deboli, confrontare i loro esiti con quelli degli altri ospedali, trattare solo i casi per i quali siano in grado di fare un buon lavoro, assegnare per il trattamento i casi ai medici sulla base di criteri migliori dell'anzianità o delle convenienze del momento, discutere non solo i loro successi ma anche i loro errori, collegare la loro carriera alla qualità del loro lavoro con i pazienti. Queste opinioni non saranno giudicate eccentriche fra qualche anno".

Fu proprio Codman a riprendere l'idea del medico inglese Sir Thomas Percival, pubblicata nel 1803 [21], secondo la quale era necessario effettuare un *follow-up* di tutti i pazienti trattati in ospedale, per valutarne gli esiti a distanza.

Anche in seguito a queste posizioni, e all'alleanza con i fratelli Mayo e con Cushing, la fondazione dell'American College of Surgeons e l'indagine sul campo fatta nel 1910 da Flexner (rapporto Flexner) che dimostrava la grande disomogeneità sia degli ospedali che delle scuole mediche della federazione, fu dato il via alla riforma degli studi medici negli Stati Uniti d'America, che portò all'uniformità degli studi universitari in tutta la Federazione, per ottenere dei medici con una cultura ed una pratica omogenea di alto livello.

I primi standard minimi per gli ospedali proposti da Codman, come presidente del comitato per la standardizzazione degli ospedali dell'American College of Surgeons, furono esplorati in 692 ospedali. Di questi 89 corrispondevano ai requisiti. I risultati di questa *survey* furono presentati al Congresso dell'American College of Surgeons, 1919, al Waldorf Astoria di New York e mai resi pubblici. Questi erano [22]:

01. i medici ed i chirurghi che hanno il privilegio di lavorare in ospedale devono essere inseriti in un gruppo definito, o staff. Questa organizzazione non ha nulla a che vedere con la questione se l'ospedale debba essere aperto o chiuso a medici esterni né con questo o quel modello organizzativo. La parola "staff" viene qui definita come il gruppo di medici che opera in ospedale, e comprende tutte le figure professionali che operano come dipendenti dall'ospedale, che vi operano saltuariamente come visitatori o associati;
02. essere membri dello staff medico di un ospedale è un privilegio limitato ai medici ed ai chirurghi che:
  - a. sono laureati in medicina con un buon punteggio;
  - b. sono abilitati all'esercizio della professione nei loro rispettivi stati o province;
  - c. sono competenti nei loro campi specifici;
  - d. sono degni per carattere e in materia di etica professionale;
  - e. non praticino in alcun modo l'abitudine proibita alla condizione dei compensi;
03. che i medici dello staff prendano l'iniziativa e, con l'approvazione dell'organo direttivo dell'ospedale, adottino norme, regole e politiche che governino il lavoro professionale dell'ospedale che provvedano, nello specifico a garantire che:
  - a. ci sia almeno una volta al mese una riunione di staff (negli ospedali più grandi i reparti possono scegliere di incontrarsi anche per conto proprio);
  - b. che i medici dello staff sottopongano a revisione ed analizzino ad intervalli regolari le proprie esperienze cliniche, nei reparti di medicina, chirurgia, ostetricia e nelle altre specialità e che questa revisione sia effettuata sulla base delle cartelle cliniche, che devono essere la registrazione delle attività cliniche effettuate su tutti i pazienti, siano essi paganti o no, e che devono essere le fonti delle informazioni per tali revisioni periodiche;

04. che tutti i pazienti abbiano una cartella clinica scritta con cura e conservata in ospedale in maniera accessibile che comprenda i dati seguenti:

- a. dati di identificazione del paziente;
  - b. principale problema di cui si lamenta;
  - c. storia familiare e personale;
  - d. storia dell'attuale malattia;
  - e. esame obiettivo;
  - f. esami specialistici, come consulenze, esami di laboratorio, radiologia e di altro tipo;
  - g. diagnosi provvisoria o in corso d'opera;
  - h. trattamento medico o chirurgico;
  - i. reperti anatomico-patologici macro e microscopici;
  - l. note in *progress*;
  - m. diagnosi finale;
  - n. condizioni alla dimissione;
  - o. *follow-up*;
  - p. in caso di morte, risultati dell'autopsia;
05. che le attrezzature diagnostiche e terapeutiche sotto attenta supervisione a disposizione dei medici per lo studio la diagnosi ed il trattamento dei pazienti comprendano almeno:
- a. un laboratorio clinico che fornisca servizi di chimica, batteriologia, sierologia e anatomia patologica;
  - b. un reparto di radiologia con servizi radiografici e fluoroscopici.

Questi standard minimi sono la base per tutto il grande lavoro di standardizzazione degli ospedali che si è espresso nell'accreditamento degli ospedali di tutto il mondo secondo standard resi omogenei dall'International Accreditation Program dell'ISQua [23].

La SIQuAS-VRQ è verso la fine del proprio percorso di studio e pubblicazione della propria raccomandazione, basata sull'evidenza di letteratura, sull'audit clinico, a cura di Ulrich Wienand [24].

Un esito di questo lavoro del secolo scorso si può trovare in molte delle dichiarazioni d'intenti che vengono fatte dalla maggior parte degli Ospedali di tutto il mondo, di cui questa della *Mayo clinic* è solo che un ottimo esempio.

#### Valori: il paziente viene per primo

Rispetto: trattare con dignità tutti gli appartenenti alla nostra comunità di diversi: i pazienti, le loro famiglie ed i colleghi di lavoro.

Compassione: fornire le cure migliori, trattare i pazienti ed i loro familiari con sensibilità ed empatia.

Integrità: aderire agli standard più alti di professionalità, etica e responsabilità personale, per essere degni della fiducia che i nostri pazienti ripongono in noi.

Curare: ispirare speranza e nutrire il benessere di tutta la persona, rispettandone i bisogni fisici, emotivi e spirituali

Lavoro di gruppo: dar valore ai contributi di tutti, fondendo le capacità dei singoli in collaborazione senza pari.

Eccellenza: produrre i risultati ed il servizio di migliore qualità mediante il lavoro congiunto di ciascun membro dello staff.

Innovazione: infondere e dare energia all'organizzazione, migliorando la vita di quelli di cui siamo al servizio attraverso le idee creative ed i talenti esclusivi di ciascun collaboratore.

Amministrazione: sostenere e reinvestire nella nostra missione e nelle nostre comunità estese gestendo con saggezza le nostre risorse umane, naturali e materiali.

#### Commento

Come si può vedere, gli standard professionali, sin dal primo momento, presenti in letteratura riguardano la responsabilità professionale personale (Hammurabi), orientata a garantire la sicurezza dei pazienti, a trattar bene le persone, a mantenerle al centro dell'attenzione del medico, a documentare le cose che si fanno garantendo il monitoraggio degli esiti.

C'è già una lista, nel documento del 1919, delle cose che un medico deve essere in grado di fare e di ciò che l'organizzazione dev'essere in grado di fornirgli per far bene il proprio mestiere.

Qualità della professione e qualità dell'organizzazione vanno di pari passo, e paiono dover avere delle competenze parallele, complementari.

## SPERANZE ED ESPERIENZE

Frequentare la facoltà medica nei primi Anni Settanta è stata per tutti noi ora sessantenni un'avventura non da poco. Si era in una Italia e in una Europa del terzo dopoguerra, in espansione economica: eravamo preparati a lavorare per un futuro pieno di promesse, le università e le facoltà nuove avevano professori giovani che venivano a farsi le ossa in periferia prima di fare il grande balzo, spesso mai avvenuto. Ho frequentato Medicina nella mia città, Trieste. Qui c'era una di queste facoltà di medicina che guardavano, parzialmente, al futuro. I Maestri allora erano, fra gli altri, Gianfranco Minguzzi, Franco Quadrioglio, Gianluigi Sottocasa, Benedetto De-Bernard, Filippo Rossi, Luigi Giarelli, Fulvio Camerini, Sergio Nordio, Franco Panizon, Ferdinando Gobbatto. Fuori c'era Franco Basaglia: i giganti sulle cui spalle spiccare il volo. Trieste, luogo di cultura, luogo relativamente ricco.

Un solo posto dove nascono tutti i bambini, la prima terapia intensiva neonatale... la qualificazione degli studenti di pediatria avveniva anche attraverso un gioco: apprendere a visitare i bambini senza farli piangere. Uno standard professionale importante per vivere la pediatria come una qualificazione specialistica importante.

“La prevenzione della malattia mentale è responsabilità del pediatra. Possiamo dire che non lo sa e quindi la sua vita è più tranquilla” diceva Winnicott. Jean Piaget era ancora vivo assieme a Gregory Bateson e a Konrad Lorenz, Mara Selvini Palazzoli assieme a Boscolo e Cecchin s'inventava lo studio dei paradossi e dei controparadossi, lavoro di portata mondiale, Anna Gidoni e Adriano Milani Comparetti nel loro consultorio di Firenze affermavano, vent'anni prima dell'ecografia, che i movimenti del neonato non erano quelli dei gattini decerebrati, ma erano quelli di un soggetto adattato a nuotare in ambiente liquido. Giulio Maccacaro guidava la redazione di “Sapere” e pubblicava la collana di “Medicina e Potere” e l'OMS ad Alma Ata dettava gli obiettivi per la salute per tutti nel 2000. Intanto noi ragazzi studiavamo e operavamo per ridurre la mortalità infantile, che allora era importante, assieme agli ostetrici.

Ecco una lista di alcuni standard professionali di allora per lo specializzando in pediatria dell'Università di Trieste, 1977-1979:

• essere in grado di:

- rianimare in sala parto un neonato con indice di APGAR da 1 a 5 al primo minuto;
- aiutare la mamme a fare a meno del latte artificiali aiutandole ad allattare i loro neonati;
- far diagnosi precoce di ritardo motorio nel lattante con sofferenza perinatale per iniziare a fare subito un trattamento diagnostico;
- sospettare in una febbre alta in lattante di meno di un anno un'infezione delle vie urinarie, allo scopo di identificare una possibile malformazione delle vie urinarie e prevenire così pielonefriti ricorrenti e rene grinzoso;
- far diagnosi differenziale fra una faringite virale da una batterica da sospetto streptococco beta emolitico gruppo A, a scopo di prevenzione della malattia reumatica;
- eseguire una rachicentesi in un bambino febbrile con sintomi di meningite, fare diagnosi e trattarlo adeguatamente;
- sedare una convulsione in un bambino con o senza febbre;
- sospettare e confermare una intolleranza al latte vaccino;

- sospettare e seguire nel trattamento una celiachia;
- trattare una crisi asmatica acuta in reparto di pediatria e di prevenire crisi successive;
- far diagnosi e trattare in un bambino un eczema da allergia alimentare;
- trattare una polmonite batterica in un bambino con l'antibiotico più appropriato e, al bisogno, saper effettuare una toracentesi in un bambino in caso di versamento pleurico massiccio;
- trattare una chetoacidosi diabetica come primo esordio di un diabete nel bambino;
- fare diagnosi di leucemia linfatica acuta all'esordio compresa l'esecuzione di un puntato midollare.

Se non sapevi fare queste cose c'era qualcosa di peggio del ritiro dei privilegi. C'era la paura del disprezzo dei colleghi bravi, quelli che stimavi, e, se le cose non erano andate bene, il rimorso notturno, quello che ti prende nel cuore della notte e non ti lascia dormire.

Avedis Donabedian in quel periodo passava il tempo ad Ann Arbor a leggere, insegnare, fare ricerca e a mettere assieme il suo assioma “Struttura-Processo-Risultato” che lo ha portato vicino al premio Nobel.

Fra i suoi appunti - lo considero un grande maestro mio e della generazione che ha reso possibile affrontare nel mondo il tema della qualità delle cure mediche e dell'assistenza sanitaria - trovo molti spunti interessanti per questa relazione.

Donabedian [23] definisce i criteri come attributi dati alla struttura, al processo o all'esito capaci di guidare un'inferenza sulla qualità e gli standard come specifiche misure quantitative dei criteri che aiutano a distinguere fra ciò che è buono e ciò che non lo è.

Criteri e standard di qualità sono unità e strumenti di misura della qualità, adattati alle diverse circostanze di trattamento.

Donabedian fornisce alcuni attributi ai criteri ed agli standard.

### A. Derivazione

#### 01. Derivazione “normativa”

- a. Dalla letteratura scientifica, per cui i progressi nella loro definizione dipendono dai progressi della ricerca scientifica
- b. Dalle opinioni dei professionisti / esperti / leader

#### 02. Derivazione “empirica” (che cosa viene veramente fatto nel lavoro quotidiano in tutto il mondo)

- a. Le pratiche prevalenti (media, mediana, tasso di variazione, quartile, etc)
- b. La pratica di leader professionali ed istituzionali.

### B. Grado di specificazione ed esplicitazione

Un *continuum* con due estremi

- 01. Impliciti: internalizzati, non specificati a priori: a volte vengono specificati dopo il giudizio, a volte sono strutturati o guidati
- 02. Espliciti: specificati prima che la valutazione sia fatta, con diversi gradi di completezza.

C. Validità: è la caratteristica più importante di criteri e standard: se viene messa in dubbio è in dubbio l'intera valutazione. La validazione può essere:

- 01. Scientifica (primo: conoscere)
- 02. Consensuale: accordo fra i leader, una validità parziale o addizionale a quella scientifica

La validità sia consensuale che da letteratura scientifica è importante per l'accettabilità delle cure.

### D. Adattabilità alla variazione dei casi

- E. Importanza (per la gestione del caso e gli esiti delle cure)
- F. Registrabilità (disponibilità di informazioni rilevanti, accurate e complete per potersi adattare)
- G. Rigore (quanto rigoroso è il livello di *performance* atteso)
- H. Efficienti nello *screening*: capacità di separare il buono dal non buono senza sovrapposizioni

Donabedian propose anche una serie di passaggi logici per facilitare il consenso sulla definizione degli standard.

Tra i passi per formulare criteri e standard espliciti utilizzando il consenso degli esperti basato sulla buona letteratura:

01. delineare il campo della ricerca;
02. selezionare il *panel* sulla base di:
  - a. esperienza in materia;
  - b. rappresentatività e influenza (leader nel campo appartenenti a diverse opinioni, scuole mediche, specialisti, generalisti, associazioni mediche);
  - c. letteratura portata.

I criteri di scelta per la convocazione del *panel* è importante e condiziona molto la validità, l'affidabilità e la fattibilità del progetto:

01. selezionare il metodo per raggiungere il consenso:
  - a. comitato tradizionale (il comitato deve essere forte: un presidente ed un gruppo di persone che letteralmente "fanno" i criteri);
  - b. metodi più strutturati: processo nominale di gruppo, tecnica di Delphi;
02. selezionare i fenomeni da valutare;
03. specificare i criteri/standard;
  - a. riunire una serie completa di:
    - lavori di letteratura;
    - opinioni degli esperti;
  - b. valutare gli oggetti in relazione agli attributi desiderabili;
  - c. selezionare il sottoinsieme concordato;
  - d. pesare gli oggetti, se necessario, in base alla loro rilevanza e pertinenza;
  - e. specificare la "finestra temporale di osservazione";
  - f. specificare gli standard raggiungibili;
04. specificare le fonti d'informazione, le procedure e le regole per attingervi;
05. fare un test pilota: fattibilità, affidabilità, capacità di *screening*, accettabilità, resa, costi;
06. se necessario, prevedere ad un certo tempo, una revisione, seguita da aggiornamento.

Questa procedura risale a 20 anni fa, ma appare tutt'ora, tranne piccoli particolari, valida.

Negli Anni '80 apprendemmo i concetti della *quality assurance*, il ciclo a *feed-back*, fummo allievi dell'OMS e dei suoi esperti. Si fondarono le prime società scientifiche nazionali e internazionali, ottenemmo i primi soldi per fare qualche ricerca europea, come il progetto COMAC, cominciò a formarsi il *network* europeo, che, dopo quello americano, ancora oggi opera con attività selezionate.

Si formava contemporaneamente in movimento di studio della formazione di base e continua in medicina.

Nella formazione continua operava J. J. Guilbert, chiamato spesso in Italia dal collegio per la formazione permanente del medico fondato presso la Fondazione SmithKline, con il prezioso lavoro di Vittorio Ghetti, Gianni Renga e Sergio Tonelli.

L'insieme del movimento culturale per la formazione attiva è

confluito per qualche stagione felice in una delle prime reti interuniversitarie internazionali, la Cambridge Conference, che, alla sua IV riunione mondiale, vide riunirsi i responsabili della didattica delle 50 migliori Facoltà di medicina del pianeta ad Aachen, in coda al XIII Congresso dell'ISQua di Maastricht, 1993.

Il titolo della conferenza era "Quality Assurance in/of Medical education".

Uno dei documenti di lavoro illustra molto bene la voce "speranze", ma dà anche un'idea di quali erano le conoscenze che allora permettevano di fare una serie di proposte, non dissimili da quanto si vede oggi.

Il *panel* di esperti di formazione delle facoltà mediche di mezzo mondo, alla domanda "Quali sono i cambiamenti che vorreste fare alla formazione del medico per la qualità?", rispose così:

le capacità e le conoscenze necessarie ad acquisire un modello base di professione orientata alla qualità sono le seguenti: alla fine del corso di laurea i requisiti generali delle competenze dei neolaureati dovrebbero uniformarsi alle seguenti caratteristiche.

I neolaureati dovrebbero essere in grado di raccogliere i dati dai/dei pazienti.

E cioè: raccogliere la storia clinica orientata al problema presentato dal paziente; effettuare un buon esame obiettivo; individuare e richiedere gli esami di laboratorio e strumentali più appropriati; valutare criticamente i rischi per la salute del paziente.

Dopo aver delineato un quadro clinico possibile, essere in grado di:

- raccogliere informazioni: dalla letteratura scientifica, dalle basi di dati esistenti, dai consulenti;
- valutare criticamente la letteratura con conoscenze di: epidemiologia, statistica, interpretazione dei dati;
- comprendere il contesto del paziente;
- riportare i dati raccolti ai bisogni, al contesto ed ai desideri del paziente e della sua famiglia;
- prendere delle decisioni cliniche (sulla base di concetti di sensibilità, specificità e valore predittivo) pertinenti con le condizioni del paziente, della famiglia e del suo contesto;
- negoziare con paziente, famiglia e personaggi influenti del contesto se necessario le decisioni terapeutiche migliori per il paziente, attuarle o farle attuare;
- preparare la raccolta delle informazioni necessarie a valutare gli esiti per il paziente a breve e lungo termine e le conseguenze per l'organizzazione in cui il medico opera:
  - organizzare una buona documentazione clinica,
  - essere capaci di operare al computer,
  - collaborare ai sistemi informativi.

Essere in grado di:

- affrontare professionalmente le necessità di cambiamento e le barriere al cambiamento;
- fornire dei *feed-back* ai propri interlocutori (pazienti, manager, colleghi);
- individuare le risorse che possano favorire i cambiamenti;
- riassumerne i contenuti dell'episodio di cura in una relazione clinica dettagliata e comprensibile;
- raccogliere le informazioni dai pazienti per quanto riguarda le loro percezioni relativamente all'accesso, alla soddisfazione, alle interfacce fra diversi ambiti assistenziali;
- aumentare la consapevolezza del ruolo del medico e i propri valori/nozioni/etica nei confronti del proprio ruolo come *counselor*, usando strumenti come il *role playing* e pazienti standardizzati.

Nella preparazione di questa relazione ho consultato molta letteratura, molti documenti, provenienti dal Nord America, dall'Europa e dall'Australia, essenzialmente dal mondo occidentale, documenti che riportano essenzialmente questo tipo di criteri, declinati in varia forma e misura.

C'è un gruppo professionale che si stacca, per lo meno a ben

vedere, da tutti quelli consultati.

Con i limiti temporali concessi al presente lavoro il gruppo professionale che mi è sembrato più attento ai particolari della definizione delle conoscenze e delle capacità necessarie a far bene il proprio lavoro è quello che forma i propri medici di medicina generale.

Alcune delle scuole italiane di formazione specifica in medicina generale hanno infatti avuto la capacità di declinare nella pratica formativa quotidiana del medico di medicina generale [26] tutta la migliore letteratura di pedagogia per adulti con azioni, anche valutative, specifiche per il livello di competenza ritenuto necessario per condurre uno studio di medicina generale e per trattare a livello di base ogni tipo di condizione che si presenta nello studio del medico di famiglia.

### Commento

Dalle prime due parti di questo lavoro emergono delle domande che possono aiutare a migliorare i nostri pensieri sugli standard professionali dei medic.

01. Che cosa sono gli standard professionali?
02. Come si progettano gli standard professionali?
03. Rispetto a quali obiettivi di salute della popolazione e a quale contesto gli standard professionali si rapportano?
04. Chi sceglie gli standard professionali?
05. Gli standard professionali sono uguali per ogni diverso contesto di cura?
06. Quale formazione per raggiungere gli standard professionali?
07. Come valutare periodicamente il mantenimento degli standard professionali raggiunti e come migliorarli?
08. Come misurare e valutare l'effetto del raggiungimento degli standard professionali sugli esiti delle condizioni morbose che hanno contribuito a trattare?

Vediamo se le evidenze dalla letteratura ci aiutano a rispondere almeno a qualcuna di queste domande.

### LE EVIDENZE

C'è una domanda cui molti hanno cercato di rispondere in questi anni.

“La Formazione Permanente, o l'Educazione Medica Continua, o lo Sviluppo Professionale Continuo sono utili per migliorare le *performance* dei medici e degli altri operatori sanitari e, soprattutto, sono utili per migliorare lo stato di salute dei pazienti che da essi vengono trattati?”

A questa è correlata una domanda successiva: “gli standard professionali modificano le *performance* degli operatori sanitari e migliorano gli esiti dei trattamenti?”

Alla prima domanda le revisioni sistematiche pubblicate danno delle risposte parzialmente positive.

Fra tutte ne scelgo due, che mi sembrano particolarmente rilevanti.

In particolare un lavoro di Davis e Galbraith, comparso su Chest del 2009 [27], una revisione sistematica di 105 studi che valutano l'impatto dell'Educazione continua in Medicina sulle *performance* a breve e lungo termine dei medici interessati, si conclude con le seguenti raccomandazioni:

01. si raccomanda di utilizzare la formazione medica continua per migliorare le performance dei medici;
02. si raccomanda di utilizzare strumenti pedagogici unici o, meglio, multipli e integrati fra loro per mantenere o migliorare le performance dei medici;
03. si raccomanda che, per migliorare le *performance* dei medici, non venga usato da solo del materiale cartaceo;
04. si raccomanda che, per migliorare o mantenere le *performance* pratiche dei medici si utilizzino tecniche multiple di apprendimento;
05. si raccomanda che, per migliorare le loro *performance* i medici siano esposti a sequenze multiple di interventi educativi e non

ad attività di apprendimento *una tantum*.

Un secondo lavoro, sempre del 2009, di Marinopoulos, Dorman et al. [28] per l'autorevole agenzia federale AHRQ ha sottoposto a revisione 39 studi clinici, di cui 28 controllati per studiare l'efficacia della formazione medica continua, l'efficacia dei progetti educativi ed il loro impatto sugli esiti della pratica clinica.

Le domande cui gli Autori hanno cercato di rispondere sono le seguenti.

- Ci sono le prove che particolari modalità di effettuare la formazione continua in medicina sono più efficaci nell'aumentare le conoscenze dei medici, modificarne gli atteggiamenti e il comportamento pratico, acquisire nuove capacità o modificare gli esiti della pratica clinica?
- Per quanto tempo persistono i cambiamenti prodotti dall'educazione medica continua nelle conoscenze, capacità, atteggiamenti, comportamenti pratici e i loro esiti positivi (più o meno di 30 giorni)?

Gli studi sottoposti a revisione includono 16 tecniche educative attivate per alcuni problemi clinici quali:

- la percezione della richiesta dei genitori a sottoporre i loro figli affetti da patologia respiratoria acuta ad un trattamento antibiotico;
- il miglioramento dei sintomi e dell'incidenza dei sintomi di depressione o di malattia mentale;
- la *compliance* alla prescrizione dei farmaci;
- il dolore nell'artrite;
- la qualità dell'ambulatorio medico;
- la soddisfazione dei pazienti;
- l'astinenza da fumo.

Su 39 studi, 14 trovarono che l'educazione continua era associata agli effetti desiderati sugli esiti clinici a lungo termine; 6 riportarono misurazioni dirette dello stato di salute:

- dolore e disabilità per artrite;
- depressione;
- stato di salute in generale;
- *distress* emotivo;
- giorni di lavoro persi per male di schiena.

I risultati più rilevanti di questa revisione sistematica riguardano la superiorità degli interventi multipli di educazione permanente, laddove gli interventi singoli non sembra abbiano efficacia né nel medio né nel lungo periodo.

Ma ancora non siamo sugli standard professionali.

Per trovare standard di qualità professionali bisogna entrare o negli Stati Uniti, allo IOM, o in Europa, presso l'Unione Europea dei Medici Specialisti (UEMS).

Quest'ultima associazione di medici specialisti europei sta portando avanti da molti anni un'opera meritoria di definizione degli standard professionali degli specialisti europei, di cui si possono avere molti esempi.

Quello che compare di più nella letteratura di questi ultimi due anni è il lavoro delle Società Nazionali di medicina d'Urgenza che hanno pubblicato nel gennaio 2009 un Curriculum europeo per la Medicina d'Urgenza, dettagliato e coerente con le funzioni prioritarie della medicina d'urgenza nelle attività di pronto soccorso e medicina d'urgenza [29].

A ruota, proprio nelle settimane scorse, la SIMEU ha dedicato una gran parte del proprio congresso nazionale agli standard professionali per i medici di medicina d'Urgenza e si sta impegnando in un progetto di accreditamento clinico professionale in medicina di emergenza-urgenza.

In questo progetto vengono esplorate le competenze dei medici di medicina d'urgenza:

- sapere e saper fare. Analisi del livello di adeguatezza rispetto alle attività indicate dal programma della scuola di specializzazione in Medicina di Emergenza-Urgenza come obbligatorie

(Decreto Ministeriale 17 febbraio 2006, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale 23 maggio 2006 n.118);

- *leadership* e gestione clinica partecipata. Analisi della capacità di *Leadership* e di Gestione Clinica Partecipata nei Pronto Soccorso e nelle Medicine d'Urgenza.

Queste attività si avvicinano molto alla definizione degli standard professionali ed alla ricerca della loro efficacia nel migliorare le *performance* dei medici e quindi lo stato di salute dei loro pazienti.

### Commento

Non si può negare che, nel reperire fonti, ricercare evidenze, leggere contributi, ricercare nella mia personale esperienza e nei miei personali bisogni di direttore di un ospedale con una responsabilità diretta su 12.000 ricoveri, 41 milioni di euro di spesa, 700 dipendenti, un territorio di 100.000 persone da presidiare con 190 posti letto per acuti, un pronto soccorso, una rianimazione, un tasso di occupazione dei posti letto complessivo del 90% una degenza media attorno ai 6 giorni, un incremento di 8 punti in un anno del valore dei DRG, non continuassi a pormi una domanda importante: "Ma io che me ne faccio degli standard professionali dei singoli medici? E quali sono, qui e ora, gli standard che i medici e gli infermieri per i quali lavoro devono fin d'ora garantire affinché vada tutto liscio? E che cosa ho fatto io, negli ultimi due anni, per garantire che loro abbiano degli standard accettabili?"

E poi gli standard li devono garantire solo i medici? Gli infermieri? Gli OS, gli impiegati (ormai pochissimi), il direttore sanitario e i suoi collaboratori? Il direttore generale? L'assessore e l'assessorato? Il governo del paese?

Io che cosa ho provato a fare?

Beh, io ho fatto un paio di cose:

01. ho riattivato i meccanismi di formazione permanente che si erano in passato un po' inceppati, facendoli sempre di più diventare formazione sul campo, con i dovuti crediti;
02. ho discusso con tutti i primari, in vista della revisione dell'atto aziendale, la missione dell'ospedale nel corso di questa estate. Abbiamo deciso assieme che cosa fa l'ospedale di Monfalcone semplicemente rispondendo alle seguenti domande:
  - a. che cosa (quali prestazioni) sto facendo
  - b. che cosa non voglio (o non posso) fare
  - c. che cosa voglio fare nel prossimo futuro
  - d. che cosa in futuro non voglio fare più

Ne è uscita una lista di attività che il mio ospedale ha dichiarato che è in grado di fare, una lista di attività che ha dichiarato che non è in grado di fare, una lista di attività che ha dichiarato che vorrebbe fare in futuro ed una lista di attività che non vuole più fare.

Non è stato quindi difficile, per i singoli primari, fare una lista delle cose che sono in grado di fare loro stessi, i loro medici ed i loro infermieri, una lista di cose che non sono in grado di fare e perciò è bene identificare con precisione quale sia il nostro punto di riferimento specialistico cui inviare i malati, una lista di cose che si vogliono sviluppare, per le quali attivare delle azioni di educazione continua e formazione permanente ed una lista di cose da dismettere, per le quali anche le attività di formazione non avrebbero più senso.

Ciononostante resta ancora attivo il problema degli standard di qualità professionali.

### SORPRESA E NUOVI PENSIERI SUGLI STANDARD PROFESSIONALI DEI MEDICI: NUOVE SPERANZE

Per provare a dare una risposta citerò due lavori: il più vecchio e il più recente.

Il più vecchio è la cronaca del I convegno mondiale dell'educazione medica, tenutosi a Londra alla Friends House il 24 agosto 1953 (30). La prima relazione la fece il prof. Fulton, grande neurologo e storico della medicina, che assieme al prof. Spinelli, degli Ospedali Riuniti di Roma, citò le scuole di Salerno, Bologna, Ferrara, Pisa, Montpellier, Parigi, Oxford e Cambridge.

Il rappresentante francese, prof. Poumailloux, rappresentante dei sindacati medici disse testualmente: "mentre ogni sforzo va fatto per armonizzare i *curricula*, bisogna evitare di uniformare i metodi. Ogni Paese ha le proprie caratteristiche e i propri bisogni. Non dovremmo in nessun modo tentare di creare medici che siano gli stessi ovunque, perché potrebbero essere considerati eccellenti in qualche paese, deplorabili in altri". E ancora: "la medicina deve essere appresa al letto del paziente, e non solo in ospedale: il medico deve poter andare a vedere a casa le condizioni sociali dei propri pazienti oltre che le condizioni cliniche che li hanno portati in ospedale".

Il 29 novembre 2010 è uscito *on line* un numero speciale di *Lancet* con il seguente titolo: "*Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world*" ("I professionisti per la salute nel nuovo secolo: trasformare l'educazione per rinforzare i sistemi sanitari in un mondo interdipendente"). Il primo firmatario è il prof. Julio Frenk Dean, della Harvard School of Public Health, ed uno dei più assidui allievi di Avedis Donabedian, assieme ad altri 18 responsabili delle principali istituzioni formative della terra, da Pechino a Karachi, da Johannesburg a Washington, da Londra a Philadelphia.

Il lavoro, durato un anno, si conclude nel centenario del rapporto Flexner.

A distanza di 100 anni dalla prima rivoluzione medica americana, gli Autori, citando 183 voci bibliografiche, nella seconda delle quali è presente un italiano, il prof. Giovanni Berlinguer, descrivono tre generazioni di riforme della formazione medica.

La prima, iniziata all'inizio del secolo scorso, ha portato all'insegnamento di un "*curriculum* basato sulla scienza".

La seconda, iniziata negli Anni '50, ha portato all'innovazione pedagogica basata sui problemi.

La terza, di cui ora c'è bisogno, deve essere basata sui sistemi per migliorare la *performance* dei sistemi sanitari adattando il *core* delle competenze professionali ai contesti specifici, basandosi comunque su conoscenze diffuse globalmente.

La commissione del *Lancet* propone la seguente visione, finalmente uno standard professionale a livello planetario: "tutti i professionisti sanitari in tutti i paesi dovrebbero essere educati a mobilitare le conoscenze e ad impegnarsi nel pensiero critico e nella condotta etica in modo da diventare competenti nel partecipare ai sistemi sanitari centrati sui bisogni delle persone e delle comunità come membri di *team* in grado di rispondere localmente e di essere connessi globalmente. Lo scopo finale è garantire copertura universale di quei servizi sanitari di alta qualità essenziali per far progredire le opportunità di equità per la salute nei paesi e fra i paesi".

Questo è uno standard professionale che mi piace molto per tre motivi:

- a. mette finalmente da parte una visione solo tecnica, meccanica del lavoro medico, ma abbraccia in maniera convinta la visione sistemica del nostro lavoro, che necessita di competenze tecniche, relazionali ed organizzative per focalizzarsi sui bisogni di salute dei singoli e delle comunità;
- b. ritrova il ruolo del medico, sia esso un medico di famiglia, un ospedaliero o un universitario, nella comunità, chiedendogli di darsi da fare per adattare localmente ciò che è conosciuto globalmente ma che localmente si può applicare nei diversi contesti in cui ci si trova ad operare, e di fare della propria esperienza professionale oggetto di conoscenza e di ulteriore diffusione nella rete, oggi la vera rivoluzione, di contatti e aiuto



reciproco;

- c. valorizza e stimola lo sviluppo del pensiero intelligente e critico, quasi abbandonato in questi ultimi anni di sfrenata ed acritica propensione ad accettare ogni proposta del mercato. Alcune proposte, accettate acriticamente, oramai è dimostrato, a volte hanno causato aumenti della mortalità e della morbilità e sprechi enormi di risorse pubbliche, una situazione di mercato che tende a dimostrare l'insostenibilità dei sistemi sanitari pubblici ed universalistici.

L'aumento della spesa sanitaria, apparentemente incontrollato, è invece controllabile dagli stessi medici, se agiscono sulla base del proprio codice deontologico.

Sono le buone pratiche di efficacia dimostrata che fanno spendere meno di quelle di efficacia non dimostrata e rendono il sistema sostenibile, come abbiamo dimostrato, noi di SIQuAS, nel nostro XX Congresso di Grado, nel maggio 2010 [32].

C'è un quarto motivo: venti leader delle principali istituzioni culturali e medico-scientifiche della Terra lo affermano sulla base di una bibliografia di 183 titoli, il massimo del supporto sapienziale che siamo in grado di conoscere sull'argomento. Un ottimo inizio per riuscire ad applicare nella pratica l'esortazione che ho trovato su un sito Internet: "certificare e ricertificare il medico va bene, ma, ricorda, il medico non è uno yogurt".

In questo senso è un bene che l'Ordine professionale entri a pieno titolo, forte della propria *leadership* e del proprio codice deontologico, fonte e ispirazione ad ogni sua iniziativa, a riappropriarsi della formazione del medico, in collaborazione con tutte le agenzie che adesso ne presiedono le diverse articolazioni e dia il suo contributo a governarla.

## BIBLIOGRAFIA

01. WHO. World Report 2009. Geneve: WHO; 2009
02. Costa G, Spadea T, Cardano M (a cura di). Diseguaglianze di salute in Italia. *Epidem Prev* 2004;28:1-161
03. Mappa dello stato di salute della popolazione italiana [image on the Internet]. Disponibile su: <http://www.hansproject.org/Home/tabid/36/language/en-US/Default.aspx>
04. Costa G, Cardano M, Demaria M. Torino, storie di salute in una grande città. Torino: Ufficio Statistica della Città di Torino; 1998
05. Unione Nazionale per la Lotta contro l'Analfabetismo [homepage on the Internet]. Roma: Unione Nazionale per la Lotta contro l'Analfabetismo [cited 22 dic 2010]. Disponibile su: <http://www.unla.it/>
06. Shaw CD, Kalo I. A background for National quality policies in health systems. Copenhagen: WHO; 2002
07. Dowie J, Elstein A. Professional judgement. London: The Open University; 1988
08. Gardini A. Verso la Qualità II ed. Torino: CSE Editore; 2007
09. Giarelli G. Il processo di professionalizzazione. Appunti del Seminario in occasione del Master su Qualità dei sistemi sanitari dell'Università di Bologna - Dipartimento di Sociologia; 2005; Bertinoro
10. Giarelli G. Il processo di professionalizzazione. Appunti del Seminario in occasione del Master su Qualità dei sistemi sanitari dell'Università di Bologna - Dipartimento di Sociologia; 2005; Bertinoro
11. Foa V. Il Cavallo e la torre. Torino: Einaudi; 1991
12. Commissione Europea. The Copenhagen Declaration [cited 22 dic 2010]. Disponibile su: [http://ec.europa.eu/education/pdf/doc125\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/education/pdf/doc125_en.pdf)
13. Commissione Europea. Maastricht Communiqué on the Future Priorities of Enhanced European Cooperation in Vocational Education and Training (VET) [cited 22 dic 2010]. Disponibile su: [http://ec.europa.eu/education/news/ip/docs/maastricht\\_com\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/education/news/ip/docs/maastricht_com_en.pdf)
14. Dgr 13 febbraio 2008 n°8/6563. Regione Lombardia
15. Università degli Studi di Milano - Bicocca. Piano Formativo della Facoltà di Medicina e Chirurgia [cited 22 dic 2010]. Disponibile su: [http://www.medicina.unimib.it/ecm/Corsi\\_ECM-piano\\_formativo\\_ECM\\_2010\\_per\\_web.pdf](http://www.medicina.unimib.it/ecm/Corsi_ECM-piano_formativo_ECM_2010_per_web.pdf)
16. Codice di Hammurabi. [cited 22 dic 2010]. Disponibile su: <http://www.abu.nb.ca/ecm/topics/arch2.htm>
17. Klazinga NS. Quality management of medical specialist care in the Netherlands. Overveen: Uitgeverij Belvédère; 1996
18. Augusto Murri. [updated 27 nov 2009; cited 22 dic 2010]. Disponibile su: [http://it.wikiquote.org/wiki/Augusto\\_Murri](http://it.wikiquote.org/wiki/Augusto_Murri)
19. Levi Montalcini R. Elogio dell'Imperfezione. Milano: Garzanti; 1987
20. Codman EA. 1914. personal communication
21. Percival T. Medical Ethics: Or a Code of Institutes and Precepts, Adapted to the Professional Conduct of Physicians and Surgeons. London: J Johnson and R Bickerstaff, 1803
22. Flexner A. Medical Education in the United States and Canada. A report to the Carnegie Foundation for the advancement of teaching. NYC: The Carnegie Foundation (Bull. N. 4); 1910 Cited in: [http://www.carnegiefoundation.org/sites/default/files/elibrary/Carnegie\\_Flexner\\_Report.pdf](http://www.carnegiefoundation.org/sites/default/files/elibrary/Carnegie_Flexner_Report.pdf)
23. ISQua. Accreditation [homepage on the Internet]. Updated Sept. 2010. Available from: <http://www.isqua.org/accreditations.htm>
24. Gruppo di Lavoro sull'Audit Clinico. Raccomandazione SIQuAS sull'Audit Clinico. [cited 22 dic 2010]. Disponibile su: [http://www.siquas.it/index.php?option=com\\_content&view=article&id=94:netaudit-e-audit-clinico-raccomandazioni-per-immg&catid=1:dalla-siquas&Itemid=75](http://www.siquas.it/index.php?option=com_content&view=article&id=94:netaudit-e-audit-clinico-raccomandazioni-per-immg&catid=1:dalla-siquas&Itemid=75)
25. Donabedian A. A workshop on Quality Assurance by Monitoring Clinical performance. Lecture Outline and Illustrative Materials; 1993
26. IV Cambridge Conference on medical education; 1993; Aachen
27. Valcanover F (a cura di). Formazione specifica in medicina Generale. Rapporto attività didattiche teorico pratiche. Biennio marzo 2002-febbraio 2004. Trento: PAT - Ordine dei Medici e degli Odontoiatri della Provincia di Trento; 2004
28. Davis D, Galbraith R. Continuing Medical Education Effect on Practice Performance: Effectiveness of Continuing Medical Education. Evidence Based Educational Guidelines. American College of Chest Physicians. *Chest* 2009;135:42S-48S
29. Marinopoulos SS, Dorman T, Ratanawongsa N, Wilson LM, Ashar BH, Magaziner JL, et al. Effectiveness of continuing medical education. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality; 2007
30. EuSEM Task Force on Curriculum. European Curriculum for Emergency Medicine. c2009 [cited 22 dic 2010]. Disponibile su: <http://admin.uems.net/uploadedfiles/1266.pdf>
31. BMJ. First World Conference on medical education; 24-29 Agosto 1953; London
32. Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, Cohen J, Crisp N, Evans, et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *The Lancet* 2010;376:1923-58
33. SIQuAS-VRQ. "Qualità è Sostenibilità". Relazioni del XX Congresso Nazionale SIQuAS-VRQ; 27-29 maggio 2010; Grado, Italia. Disponibili su: <http://www.siquas.it>