

Sostenere i medici, salvaguardare i pazienti

Ovidio Brignoli, Giuseppe Ventriglia

A qualche mese di distanza dalle prime dichiarazioni sul “bollino blu” fatte dal presidente Claudio Cricelli e dai successivi interventi di tanti colleghi, proponiamo alla riflessione dei nostri lettori il documento consultivo del Servizio Sanitario Nazionale inglese dal titolo – a nostro parere – molto significativo: Supporting Doctors, Protecting Patients.

Il problema dell’accreditamento ha suscitato – e per la verità non solo nel nostro Paese – le reazioni più diverse che in fondo descrivono, anche in modo variopinto, i mutevoli stati d’animo dei colleghi di fronte a questo delicato aspetto del futuro della nostra professione, fino agli ironici paragoni alle banane ed altri generi commerciali.

In realtà l’intento della SIMG – che a qualcuno è parso come il tentativo di introdurre nella professione la discriminazione tra colleghi buoni e cattivi – nasce, invece, dalla consapevolezza che le mutate condizioni di lavoro e le richieste dei pazienti circa l’esito delle cure hanno bisogno di un sistema di tutela che comprenda medici e pazienti.

E il documento inglese propone due strategie combinate: gestire l’errore e dar vita ad un sistema di accreditamento dei medici basato su un piano di sviluppo professionale continuo. Due facce dello stesso problema che si risolvono, in sostanza, con la costruzione di un sistema concordato tra pazienti e medici che, attraverso adeguate procedure, permetta ai primi di mantenere la fiducia e ai secondi di migliorare e mantenere ad elevati livelli le proprie performance.

Si tratta in altre parole di capire che il vero obiettivo dell’accreditamento è quello di tutelare l’attività professionale e che solo la motivazione personale è la molla che può spingere ciascuno di noi ad aderire al progetto. Sono questi i presupposti di partenza sui quali la SIMG intende costruire e proporre ai propri iscritti un percorso di accreditamento volontario che “tenda all’eccellenza” rispettando nel contempo i tempi e i modi di tutti e di ciascuno. Ci auguriamo che la lettura di questo documento riapra un dibattito sui modi e sui tempi proponibili per la strutturazione e l’avvio concreto di un primo programma di accreditamento e di sviluppo professionale continuo: finora troppe parole sono state spese e poco o nulla di concreto è stato fatto!

Documento consultivo (Executive Summary) del Servizio Sanitario Nazionale Inglese su prevenzione, riconoscimento e gestione delle cattive cure mediche

nell'ambito del Servizio Sanitario del Regno Unito

Perché è necessario intervenire adesso

- 1.** La gran parte dei medici fornisce prestazioni di alto livello impiegando formazione, abilità, dedizione ed impegno per offrire ai pazienti il migliore livello possibile di cure. Le richieste ai medici, in ospedale e sul territorio, sono cambiate in modo incredibile nell'arco degli ultimi 20 anni e gran parte dei Medici ha risposto positivamente a queste sfide.
- 2.** Sono peraltro in aumento i casi (che non mancano mai di fare notizia!), di persone che ricevono cure inadeguate o di bassa qualità, nonostante il numero dei medici coinvolti resti basso. E se da un lato i singoli episodi sono fonte di preoccupazione per le conseguenze sui pazienti e le loro famiglie delle cure inadeguate, dall'altro essi stanno all'origine della sfiducia dei cittadini nei confronti della capacità del SSN – e della professione medica – di affrontare in modo tempestivo, efficace ed affidabile i problemi dei medici.
- 3.** Sebbene i casi di malpractice si verifichino in varie parti del Paese ed in settori diversi della Medicina, si possono rilevare alcuni aspetti comuni:
 - anche se messi in luce da incidenti singoli, i casi fanno parte di una tipologia di pratica medica di scarsa qualità che si è andata sviluppando lentamente nel tempo
 - è accaduto spesso che, sebbene ufficialmente ignorati a livello locale o riportati solo come pettegolezzo professionale, i problemi fossero spesso ben noti
 - in ogni caso essi sanciscono il fallimento del sistema delegato a controllarli.
- 4.** Le attuali procedure predisposte per riconoscere e fronteggiare le insufficienti performance cliniche sono frammentarie e troppo rigide. Esiste poi il forte sospetto che alcuni medici con performance di basso livello riescano a sfuggire in quanto i datori di lavoro sono poco disponibili ad intraprendere le complesse procedure disciplinari: perché è sempre difficile chiamare un dipendente o un medico generale a rendere conto delle proprie azioni; perché non esistono procedure adeguate; perché gli altri operatori sanitari sono riluttanti a denunciare i problemi dei propri colleghi ed infine perché è inadeguato il sistema di riconoscimento delle cattive performance o delle conseguenze negative sulla salute. Ne deriva che i pazienti non vengono sempre protetti come sarebbe necessario e che i medici non ricevono tutto l'aiuto possibile. A fianco di questo c'è il problema delle rilevanti risorse che potrebbero essere impiegate nell'assistenza dei pazienti e che sono al contrario spese in inutili dispute.
- 5.** Questo documento si propone come un momento di consultazione in vista di un contesto nuovo nel quale affrontare questi problemi e come esplicitazione di una serie di obiettivi sui quali il governo possa valutare il successo delle proposte avanzate:
 - a. minor numero di pazienti danneggiati o trattati in modo inefficace a causa di performance mediche inadeguate;
 - b. tempestivo riconoscimento dei medici con problemi di competenza clinica, di condotta personale o di cattivo stato di salute;
 - c. maggior numero di medici disponibili a riferire loro preoccupazioni concernenti i loro colleghi

- d. maggiore fiducia dei cittadini e dei pazienti circa l'addestramento, l'elevata competenza e l'aggiornamento professionale dei medici ai quali essi si affidano per le loro cure;
- e. significativa riduzione dei casi di pazienti sottoposti a rischio a causa dell'incapacità del sistema di individuare con tempestività i problemi di scarsa professionalità dei medici;
- f. chiarezza, pubblicizzazione e comprensibilità dei criteri di responsabilità degli organismi di controllo della pratica medica;
- g. ampia condivisione degli standard di comportamento, di performance e di etica professionale, centrati in modo preminente sulla salvaguardia del paziente;
- h. stretta collaborazione tra servizio sanitario nazionale ed organizzazioni professionali mediche, finalizzata alla prevenzione, al riconoscimento ed alla gestione delle inadeguate performance cliniche;
- i. fine delle costose e protratte controversie legate alle incertezze sul modo di risolvere i problemi più gravi;
- j. efficace sostegno ai medici al fine di mantenere elevati gli standard professionali.

Autogoverno della professione

6. L'attuale sistema di autogoverno della professione medica deriva dal Medical Act del 1858. Il documento consultivo A First Class Service servì a stabilire una serie di proposte finalizzate al miglioramento complessivo della qualità nel servizio sanitario nazionale. La modernizzazione dell'autogoverno della professione costituisce un elemento essenziale di questa struttura.

Il sistema di autogoverno deve rispondere alla necessità di aiutare il SSN a realizzare in concreto il proprio impegno per la qualità. In un contesto moderno i due punti chiave dell'autogoverno sono:

- definire chi ha il diritto di accedere e di rimanere nella professione medica ai vari livelli e nei diversi settori professionali
- aiutare le organizzazioni sanitarie a raggiungere standard elevati di qualità sia mediante controlli clinici a livello locale sia attraverso strutture e processi differenziati a livello nazionale

7. Per ottenere tutto questo è necessario intervenire sulla base di un insieme di criteri ben definiti. Il documento identifica gli elementi necessari per migliorare l'affidabilità, la serenità di giudizio e la sensibilità delle organizzazioni coinvolte nella regolamentazione della professione medica.

Prevenzione

8. Un sistema moderno ed efficace destinato ad individuare le performance cliniche di bassa qualità deve essere in grado di prevenire i problemi prima che essi si manifestino piuttosto che farsene carico dopo che hanno già prodotto conseguenze. Il programma di controllo clinico introdotto in tutto il SSN a partire dall'aprile 1999 assicurerà che tutto lo staff clinico compresi i medici, parteciperà all'analisi della qualità dei loro servizi ed alla pianificazione dei sistemi di miglioramento. Così pure si dovrà assicurare che lo sviluppo professionale continuo (Continuing Professional Development) venga impiegato per aiutare i medici a migliorare le loro capacità e le loro performance cliniche ed insieme per consentire loro di partecipare in modo efficace al governo della professione. Questo sistema globale di controllo clinico, insieme ad un nuovo progetto di ricertificazione (sviluppato dal General Medical Council) sarà in grado di elevare gli standard e di garantire più precoci interventi di riconoscimento delle cattive performance mediche.

Provvedimenti generali

9. Il documento propone una ampia gamma di proposte finalizzate alla prevenzione dello sviluppo dei problemi medici:

- revisione degli attuali programmi di formazione, addestramento e sviluppo professionale continuo finalizzati ad assicurare un approccio valido ed estensibile a gruppi di medici attualmente esclusi da progetti di questo tipo;
- indicazioni sulle modalità di delega dell'attività ai medici in formazione e sul livello di supervisione del loro lavoro
- valutazione della performance da sviluppare in modo globale ed obbligatorio per i medici operanti nell'ambito del SSN e da porre come elemento rilevante dei sistemi richiesti dal General Medical Council per la ricertificazione
- datori di lavoro ed imprenditori del SSN, guidati dal NSH Executive, dovranno sviluppare linee politiche per la riduzione dello stress e l'addestramento dei medici al management;
- la partecipazione al clinical audit (come parte del governo professionale) dovrà diventare obbligatoria per gli ospedalieri ed i medici di famiglia;
- Il Departement of Health dovrà sottoporre a revisione i progetti esistenti nei vari Paesi al fine di definire il modo ottimale i meccanismi di prevenzione e di riconoscimento delle performance di cattiva qualità.

Intercettare le prestazioni di cattiva qualità

10. Non farsi carico dell'efficacia degli interventi preventivi vuol dire far inevitabilmente aumentare i problemi correlati alle prestazioni di cattiva qualità. Gli attuali interventi disponibili per far fronte alle performance cliniche insoddisfacenti vanno ammodernati.

Il Governo propone l'abolizione degli attuali procedimenti disciplinari e la strutturazione di un nuovo processo integrato che coinvolga il SSN e le organizzazioni professionali e che potrebbe essere utile per consentire una "diagnosi precoce" del problema e fornire a datori di lavoro, pazienti e medici preoccupati una valutazione oggettiva della natura e della importanza dell'azione necessaria nei loro confronti. Questo potrebbe aiutare a decidere la necessità di lunghe sospensioni per le diverse indagini, spesso dispendiose in termini di tempo.

11. Devono essere presenti tre tappe nel processo di coinvolgimento dei medici con problemi:

Primo. Se il problema si manifesta a livello locale, bisogna ottenere un quadro iniziale che consenta di definire in quali categorie esso si posizioni:

1. dubbi o preoccupazioni sulle performance cliniche, da portare ad un Centro di Comunicazione e Sostegno, nuovo tipo di organizzazione descritta in seguito;
2. comportamenti scorretti di natura personale (furti, molestie e violenze sessuali o razziali), da gestire nell'ambito delle procedure disciplinari interne dei locali datori di lavoro;
3. mancato soddisfacimento degli impegni contrattuali (responsabilità cliniche o svolgimento di un'attività privata che vada a scapito delle responsabilità assunte nell'ambito del SSN; azione inefficace all'interno di un team medico), da gestire nell'ambito delle procedure disciplinari interne dei locali datori di lavoro o attraverso meccanismi di tipo contrattuale;
4. problemi clinici gravi o errori che necessitino di immediato ricorso al General Medical Council senza

la tappa intermedia del ricorso ad un Centro di Valutazione e Sostegno. Una simile procedura va messa in atto anche per la medicina generale.

Secondo. Una rete di Centri di Comunicazione e Sostegno a livello locale deve poter fornire un giusto sostegno ai medici, ai dipendenti e all'autorità sanitaria locale dando consigli sulle azioni da intraprendere e fornendo ai medici coinvolti un contesto di tipo supportivo per il periodo in cui sono sottoposti a valutazione. Ciascun centro deve avere un Direttore medico e un Consiglio di Amministrazione presieduto da un non medico. Il processo di valutazione deve prevedere una forte partecipazione di tipo non medico.

Il Centro potrebbe raccomandare il raggiungimento di obiettivi quali:

- il rientro del medico alla sua attività ambulatoriale con la garanzia del datore di lavoro o dell'autorità sanitaria circa l'assenza di problemi gravi;
- il rientro del medico all'attività ambulatoriale durante il controllo attuato per confronto con criteri ben definiti;
- un periodo di formazione e riqualificazione seguiti da rivalutazione;
- riconversione in un diverso campo di pratica clinica seguito da rivalutazione;
- deferimento al General Medical Council
- invio a trattamento medico
- reinvio al datore di lavoro o all'autorità sanitaria con una relazione che valuti la gravità e la non trattabilità del caso;
- una qualsiasi delle opzioni precedenti con in aggiunta una comunicazione alla Commission for Health Improvement e al competente ufficio del SSN circa la necessità di una revisione a fronte di maggiori problemi di tipo organizzativo nel servizio interessato.

Terzo. Il datore di lavoro o l'autorità sanitaria locale devono assumersi la responsabilità di dar corso in ogni caso ai rilievi del Centro di Valutazione e Sostegno, con la clausola – per il medico interessato – di poter opporre ricorso contro l'azione proposta dal datore di lavoro o dall'autorità sanitaria.

12. Un rapido invio al Centro di Valutazione e supporto deve essere in grado di ridurre il più possibile i ritardi nel processo in corso ed evitare le conseguenti difficoltà laddove i servizi locali vadano incontro a perdite in termini di gestione del problema o di impossibilità ad operare a causa della difficoltà legate all'azione disciplinare sugli aspetti operativi del lavoro del dipendente. Tutto questo deve anche minimizzare il bisogno di coinvolgimenti legali e di prolungate e costose sospensioni. Bisogna prevedere che le perizie specialistiche vengano effettuate solo in pochi centri. Questo nuovo approccio deve anche rendere disponibile un maggior numero di soluzioni per far fronte alle performance cliniche insoddisfacenti, specie il ricorso a soluzioni di tipo formativo nelle fasi iniziali del problema.

13. Deve continuare ad esistere il potere di sospensione di un medico ospedaliero e noi proponiamo che all'autorità sanitaria venga demandato anche il potere di sospendere un medico generale.

Conclusioni

La attuali procedure esistenti per far fronte alle carenze della professionalità medica e le affermazioni

circa l'esistenza di performance insoddisfacenti sono contrarie all'interesse dei pazienti, dei medici o del SSN nella loro globalità e necessitano di essere ammodernati. Questo documento consultivo si propone di esporre un nuovo sistema nel quale tutti i soggetti interessati – professione, organizzazioni di controllo, SSN e cittadini – possano lavorare insieme per assicurare i maggiori standard di assistenza nei servizi sanitari, per sostenere la fiducia dei cittadini nella professione medica e la capacità del SSN e della professione di risolvere i problemi in modo rapido, affidabile e secondo modalità che tengano nella massima considerazione la qualità delle cure e la protezione dei pazienti.

(traduzione di G. Ventriglia)

il testo integrale del documento è reperibile al sito www.doh.gov.uk/cmconsult1.html

