

## Valutare la competence in medicina generale

*La medicina di famiglia è una disciplina specifica e complessa e necessita di strumenti di valutazione peculiari, idonei e confacenti a indagare in particolare il settore attitudinale, oltre che quelli delle capacità e delle conoscenze. Allo stato dell'arte nessun singolo strumento si è rilevato in grado di stimare complessivamente la competenza. Si ha quindi la necessità di processi più articolati, in cui la valutazione delle attività può avvenire attraverso il confronto con specifici standard professionali praticabili, mentre la valutazione delle attitudini può comprendere feedback da utenti e colleghi.*

**Cesare Tosetti**

Medico di medicina generale, Porretta Terme (BO)

L'introduzione del corso specifico in medicina generale (MG) quale requisito necessario per l'ammissione alla attività convenzionata ha sancito definitivamente l'ammissione in Italia della medicina generale nell'ambito delle discipline scientifiche con il riconoscimento di ambiti autonomi di contenuti e procedure. Secondo la definizione elaborata dal WONCA Europe nel 2002 "la medicina generale/medicina di famiglia è una disciplina accademica e scientifica con i suoi contenuti educativi, di ricerca, le sue prove di efficacia, la sua attività clinica ed una specialità clinica orientata alle cure primarie". Tale disciplina ha le caratteristiche di sviluppare "un approccio centrato sulla persona, orientato all'individuo, alla sua famiglia ed alla sua comunità", basandosi su "un processo di consultazione unico fondato sulla costruzione di una relazione

protratta nel tempo attraverso una efficace comunicazione tra medico e paziente". Queste caratteristiche delineano differenze marcate tra il sistema di assistenza basato sulla persona tipico della medicina generale e altri sistemi di intervento sanitario quali le cure convenzionali (ospedaliere, specialistiche) e i programmi di sanità pubblica (tabella 1).

### ■ Misurabilità e qualità

Poiché i professionisti che lavorano in discipline specialistiche sono in parte abituati a considerare la valutazione del proprio grado di competenza professionale, è lecito chiedersi se è possibile valutare la *competence* in un'area così particolare e specifica quale è quella della medicina generale. Tale domanda si inserisce nel percorso di sviluppo della qualità dell'as-

sistenza sanitaria, che prevede necessariamente la "misurabilità" delle attività e delle prestazioni, al fine di correggere e migliorare i processi.

I medici sono abituati a confrontarsi con una valutazione globale al momento dell'inizio dell'attività, il cosiddetto esame di Stato che sancisce la differenza tra chi un corso universitario lo frequenta per interessi culturali e chi ha interesse a affrontare una vita professionale. I colleghi che come me hanno sostenuto tale valutazione negli anni '80 possono ricordare che tale esame aveva le intenzioni di vagliare le tre dimensioni della competenza, cioè le conoscenze (che equivale al *sapere* in termini formativi), le abilità (il *saper fare* della formazione) e le attitudini (il *saper essere* della formazione). Che poi tali intenzioni risultassero appena abbozzate in una serie di colloqui conditi dalla discus-

**Tabella 1**

### Sistemi di assistenza sanitaria

Sistemi di cura convenzionali (ospedale - ambulatori)	Programmi di sanità pubblica	Assistenza primaria basata sulla persona
Focus sulla malattia e la sua cura	Focus su patologie prioritarie socialmente	Focus sui bisogni di salute
Relazione con paziente limitata al periodo delle consultazioni	Relazione limitata al programma di intervento	Relazione personale duratura
Assistenza limitata all'episodio di cura	Assistenza limitata agli interventi programmati	Assistenza continua, completa, personalizzata
Responsabilità limitata alla situazione specifica	Responsabilità limitata agli obiettivi entro la popolazione target	Responsabilità ampia sugli aspetti di salute nel ciclo della vita
L'utilizzatore del servizio è il consumatore delle prestazioni	L'utilizzatore del servizio è una popolazione selezionata	Cittadini partner nella gestione della salute propria e della comunità

sione di un caso clinico non inficia il significato della valutazione.

Successivamente poi nessun professionista ha mai generalmente affrontato ulteriori reali rivalutazioni specifiche della propria competenza, limitandosi a sottoporsi a concorsi pubblici basati sostanzialmente sulla misura *del sapere* e in parte del *saper fare*, con una carriera prevalentemente basata sulla progressione dei ruoli da anzianità. Nel caso della medicina generale neppure questo, considerando evidentemente che per compiere questa attività non fossero necessarie competenze specifiche. L'introduzione del programma di formazione continua si inserisce in questo processo fornendo strumenti per il miglioramento di almeno due dimensioni della competenza, senza però incidere sul processo di valutazione globale.

### ■ Il campo d'applicazione

Attualmente invece ai professionisti sono sempre più richieste verifiche delle proprie competenze nell'ambito di percorsi di mantenimento e miglioramento, e se questo non può essere considerato una novità nell'ambito delle discipline in cui le sole dimensioni conoscitive sono essenziali (un esempio limite: l'anatomia patologica), per la medicina generale la complessità dell'attività aveva finora limitato un approccio completo.

Per poter fissare il "campo di applicazione" della competenza occorre di nuovo rivolgersi alla definizione di medicina generale, che individua le caratteristiche fondamentali che definiscono la disciplina e che ogni specialista in MG dovrebbe possedere:

- Gestione delle cure primarie.
- Cure centrate sulla persona.
- Abilità specifiche nel problem solving.
- Approccio integrato.
- Orientamento alla comunità.
- Modello olistico.

Per praticare la medicina generale il medico deve pertanto implementare le competenze costitutive nelle seguenti aree:

- Compiti clinici.
- Comunicazione con i pazienti.
- Gestione dell'ambulatorio.

Infine, trattandosi di una disciplina scientifica centrata sulla persona dovrebbero essere considerate fondamentali tre caratteristiche di fondo:

1. Una sensibilità al contesto, che si manifesta nella capacità di utilizzare il contesto della persona, della famiglia, della comunità e la cultura della quale sono portatori.
2. Un'attitudine che si basa sulle capacità professionali del medico, sui suoi valori e sulla sua etica.
3. Un approccio scientifico, che si esprime nell'adozione di un approccio all'attività clinica, critico e fondato sulla ricerca, curato e arricchito nel tempo attraverso una formazione continua e una ricerca del miglioramento della qualità.

In particolare è proprio l'attenzione al contesto ambientale (non solo familiare e sociale, ma anche di comunità e di organizzazione sanitaria) che caratterizza l'attitudine relazionale della medicina generale rispetto alle altre discipline.

### ■ I Paesi anglosassoni

Sulla base di queste peculiarità è quindi possibile valutare la *competence* in medicina generale?

I paesi anglosassoni hanno da tempo tentato di produrre strumenti che possano essere utilizzati in MG. Non dimentichiamo che nel Regno Unito oltre al registro specifico dei medici di medicina generale esistono i processi di *revalidation* della licenza oltre che di *relicensing*, e quindi la rivalutazione periodica professionale è molto più che un progetto. Tuttavia un'analisi approfondita già dieci anni fa dimostrò che nessuno dei singoli sistemi di valutazione attualmente utilizzati (dai questionari agli audit clinici, all'esame di paziente) permette una misurazione di tutti gli aspetti della *competence* (Holmboe et al. *Ann Intern Med* 1998; 129:42-48).

Inoltre, per quanto concerne in particolare l'utilizzo dei questionari, uno studio condotto nell'ambito del *Primary Care Group* dell'Università di Swansea, non solo ha portato all'identificazione degli strumenti di valutazione tra pari più utilizzati, ma ha dato vita a un significativo dibattito

nella professione (*BMJ* 2004; 328: 1240-43). Nello specifico, lo studio eseguito ha analizzato ben 4.566 articoli sugli strumenti di valutazione tra pari identificandone tre tra i più utilizzati, tutti sviluppati in Nord America: il *Professional Associate Rating*, il *Peer Assessment Questionnaire* e il *Peer Evaluation Form*.

Il *Professional Associate Rating* è un questionario statunitense sviluppato e utilizzato dall'American Board of Internal Medicine (ABIM) nell'ambito dei propri programmi di educazione continua. Il *Professional Assessment Questionnaire* ha invece origini canadesi e prende in considerazione le competenze cliniche, le abilità direttive (*professional management*), le capacità umane e comunicative e la gestione psicosociale. Il *Peer Evaluation Form*, pur derivando dagli studi dell'ABIM, comprende la valutazione di competenze tecniche e interpersonali.

Gli autori dello studio, nelle conclusioni del loro lavoro, hanno posto una serie di dubbi sulla esaustività di tali questionari, specificando che in tempi di governo clinico e responsabilizzazione non si poteva eludere l'importanza di ascoltare la voce degli utenti, "gli unici probabilmente in grado di esprimersi con cognizione di causa sulle qualità umane degli operatori sanitari". Dubbi che hanno aperto la strada al coinvolgimento dei pazienti per la valutazione qualitativa degli aspetti relazionali.

### ■ Il bisogno di sistemi complessi

Se quindi nessuno degli strumenti disponibili è in grado da solo di valutare tutti gli aspetti della *competence*, risulta necessario utilizzare programmi articolati che integrano molteplici test.

Il Royal Australian College of Practitioners utilizza un sistema complesso specifico per la medicina generale, in cui 4 categorie di competenza professionali (conoscenze, *problem solving*, abilità nell'esame del paziente e nell'uso di accertamenti, comunicazione e relazioni interpersonali) sono esplorate attraverso 7 tipi di test: questionari a scelta multipla, esami orali, *case solving*, interpretazioni cliniche,

casi clinico-sociali, interviste diagnostiche su paziente e *role playing*).

Negli USA i programmi di rivalutazione sono richiesti ogni dieci anni e sono piuttosto impegnativi, soprattutto per quanto riguarda i questionari a risposta multipla, ma comprendono anche la valutazione della *performance* su specifico argomento (per esempio il diabete) per il quale viene richiesto di inviare i propri dati di processo, di organizzazione e di esito, che vengono confrontati con standard professionali delle società scientifiche.

In Italia è possibile effettuare verifiche simili per i ricercatori Health Search (il concentratore epidemiologico della Società Italiana di Medicina Generale) che possono confrontare le proprie *performance* rispetto ad un pool di 450 ricercatori scelti per la qualità di immissione dei dati, ma anche per gli iscritti del sindacato Fimmg che hanno a disposizione il software Picenum che permette il confronto di un rilevante numero di indicatori rispetto a standard di riferimento ottenuti dall'insieme dei dati degli utilizzatori. Questi sono gli antesignani, ma ci sono anche altre iniziative in tal senso che, sempre nascendo nell'ambito delle professioni, vi si aggiungono.

### La necessità di strumenti specifici

Certamente la dimensione relazionale attitudinale della *competence* necessita di strumenti specifici e complessi. Nei paesi anglosassoni i meccanismi di valutazione comprendono la

produzione di feedback dai pazienti e dai colleghi, un modo davvero aperto e coraggioso di esplorare gli aspetti relazionali. Un'interessante esperienza inglese è stata pubblicata recentemente (Campbell et al. *Qual Saf Health Care* 2008; 17: 187-193): in essa 380 medici di diverse discipline hanno accettato una valutazione da parte di colleghi (almeno 8 per candidato) e di pazienti (almeno 20 per candidato) attraverso specifici questionari anonimi che esploravano domini contestuali (esperienza relazionale col candidato), ma soprattutto chiedevano giudizi sulle *performance* dei candidati. La *tabella 2* mostra alcuni aspetti del questionario per i pazienti e per i colleghi (giudizio in scala 1-5, oltre a "non-saprei").

Questi questionari sono estremamente interessanti, proprio perché decisamente sbilanciati verso la specificità della medicina generale, quali l'attenzione alla cura centrata alla persona e a una attività peculiare che è l'organizzazione del trattamento (cioè la contestualizzazione ampia del *saper fare*). Curiosa la richiesta del giudizio sulle condizioni di salute, d'altra parte il questionario riservato ai colleghi si chiude con la richiesta un giudizio drastico cui rispondere affermativamente o negativamente: "Sono sicuro che il medico in oggetto è adatto alla pratica medica".

In Italia un procedimento di accreditamento dei soci è stato introdotto da Simg dal 1999, un processo che tiene conto dell'organizzazione professionale, dell'attività scientifica ed

esplora il rapporto con l'istituzione e i colleghi attraverso le esperienze di rappresentatività societaria.

### Chi deve valutare?

Le esperienze anglosassoni introducono un'altra fondamentale domanda: "Chi dovrebbe definire gli standard di *competence* professionale?" Diversi soggetti sono i possibili candidati: dalle istituzioni (Ministero, Agenzia per i Servizi Sanitari, Regioni, Agenzie sanitarie regionali), a quelle professionali (Associazioni professionali, Ordini, Società scientifiche), alle AUSL, ad enti indipendenti. La risposta può non essere semplice e potrebbe essere rappresentata dall'insieme di queste, ciascuno attraverso i propri settori di intervento.

È evidente che il committente della valutazione deve essere chi ha un interesse specifico a mantenere elevato lo standard qualitativo: *in primis* gli stessi professionisti e ovviamente il sistema nel quale sono inseriti, che paga per le prestazioni e risponde dei risultati. Se invece pensiamo al soggetto tecnico incaricato della verifica delle competenze, questo deve essere in grado di conoscere la realtà da esaminare e quindi per esempio disporre di dati da cui ricavare standard di riferimento praticabili (e non solo teorici quali le linee guida) e non può quindi prescindere dalla stretta collaborazione con le società professionali.

Cosa possiamo concludere? Innanzitutto che esiste piena consapevolezza che la medicina generale è una disciplina specifica e quindi necessita di strumenti di valutazione peculiari, adatti ad esplorare in particolare il settore attitudinale, oltre che quelli delle capacità e delle conoscenze. Inoltre che nessun singolo strumento può essere in grado di valutare complessivamente la competenza e sono quindi necessari processi più articolati, nei quali la valutazione delle attività può avvenire attraverso il confronto con specifici standard professionali praticabili, mentre la valutazione delle attitudini può comprendere feedback da utenti e colleghi.

Tabella 2

#### Gli item dei questionari

Questionario pazienti	Questionario colleghi
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cortesia</li> <li>• Capacità di mettere a proprio agio</li> <li>• Capacità di ascolto</li> <li>• Capacità di valutazione clinica</li> <li>• Capacità di dare spiegazioni</li> <li>• Capacità di coinvolgere nelle decisioni</li> <li>• Capacità di organizzare il trattamento</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conoscenza clinica e diagnostica</li> <li>• Abilità del trattamento, prescrizioni, registrazioni</li> <li>• Aggiornamento, self-audit</li> <li>• Capacità di insegnamento ai colleghi, supervisione, committenza</li> <li>• Comunicazione con pazienti e famiglie</li> <li>• Collaborazione con i colleghi</li> <li>• Rispetto per i colleghi, onestà</li> <li>• Salute</li> </ul>