Il Punto

La regolamentazione delle professioni sanitarie nel Regno Unito: come conciliare autonomia e dignità professionale con le garanzie di Buona Pratica e le aspettative dei Pazienti

M. Caputo

Laboratorio Analisi Chimico Cliniche e Microbiologia, Ospedale Orlandi, Bussolengo (VR)

Riassunto

Aggiornamento continuo e formazione professionale sono una fetta cospicua della Ragione Sociale di una associazione scientifica. Nell'incontro annuale dei Coordinatori, svoltosi a Villa Tacchi lo scorso marzo, si è presentato e discusso il recente documento britannico sulla regolamentazione delle Professioni sanitarie, che il Governo Blair ha appena promulgato anche sull'onda di avvenimenti che hanno scosso la fiducia dell'opinione pubblica. Su tale documento si è pronunciato il King's Fund, la fondazione indipendente che svolge un'autorevole funzione di consulenza nei confronti del Ministero della Salute. Alla luce delle sue valutazioni, luci ed ombre del documento, presentati in modo oggettivo, possono costituire materia di dibattito anche per una società scientifica italiana. In particolare gli aspetti legati alla *recertification*, cioè il processo formale cui dovrà sottoporsi il medico specialista ogni 5 anni per poter continuare ad esercitare la sua branca, offrono argomento di riflessione e stimolo alla programmazione delle attività formative di una Società come la nostra che pure opera in contesti organizzativi e umani differenti da quelli dell'NHS.

Summary

The regulation of healthcare professions in UK: how to deal with patient expectations through best clinical practice saving independence and professional dignity

Continuous Professional Development is a milestone for any scientific association. During the current debate about the role and relevance of the SIMeL Working groups, held in Villa Tacchi (Padua) last March, the recent White Paper on the regulation of Healthcare Professions in Britain and how its content could impact on professional education was a matter for general debate. Here we present the King's Fund opinions on the document. The authoritative independent Foundation shows strengths and weaknesses of the proposals and foresees risks and opportunities. A short summary of their principal issues is reported here, aiming to stimulate opinions and ideas possibly relevant for the Italian healthcare System and the old and new professions involved in the daily patient care.

Premessa

Tra il 19 e 20 marzo scorso si è tenuto a Villa Tacchi di Gazzo Padovano l'incontro annuale dei coordinatori e vice coordinatori dei Gruppi di Studio della Società. In quella occasione la Presidenza ha proposto ai convenuti un interessante tema di discussione: come realizzare l'audit e l'assessment della formazione. Nel corso del dibattito c'è stato spazio per illustrare seppur sommariamente il documento sulla nuova regolamentazione per le professioni sanitarie che il governo britannico di Tony Blair ha recentemente varato.

Vista l'attenzione che la Società ha doverosamente tributato al Carter Report sulla modernizzazione dei Servizi di Patologia nel Regno Unito, qualche riflessione sul contesto più ampio della valutazione delle prestazioni professionali non sembra fuori luogo. Quando in particolare viene posto il problema della 'recertification' che, nelle intenzioni dei proponenti, dovrebbe valere addirittura come "testimonianza oggettiva dell'efficacia clinica complessiva attribuibile all'attività del medico specialista in valutazione" si aprono spazi importanti al potenziale formativo di una Società Scientifica. In Italia non esiste una organizzazione

Ricevuto: 26-04-2007 Accettato: 16-05-2007 Pubblicato on-line: 04-06-2007

Corrispondenza a: Dott. Marco Caputo, Laboratorio Analisi Chimico Cliniche e Microbiologia, Ospedale Orlandi, via Ospedale 6, 37012 Bussolengo (VR). E-mail: mcaputo@ulss22.ven.it

paragonabile al Royal College of Pathologists, e il contesto strutturale e operativo dell'Ordine dei Medici chirurghi e odontoiatri è totalmente altro dal General Medical Council (GMC). Ma se i problemi sono universali qualcuno deve comunque farsene carico. Come minimo si tratta di argomenti dai quali potrebbero scaturire elementi utili ad orientarsi in uno scenario non meno turbolento e complicato come quello mostrato dalla Sanità italiana nell'anno di grazia 2007.

Il sistema che regolamenta le professioni sanitarie in Gran Bretagna si propone di garantire che un paziente assistito da un professionista, medico, infermiere od ostetrica che sia, sia certo di ricevere sempre e comunque una prestazione superiore alla soglia accettabile di qualità e sicurezza. Sfortunatamente alcuni clamorosi casi di "malasanità", oltre ad aver profondamente scosso la fiducia dell'opinione pubblica, hanno anche inequivocabilmente dimostrato che l'attuale sistema di regolamentazione non garantisce a sufficienza l'adeguatezza alla pratica professionale.

Dopo aver commissionato ben due studi per fotografare la situazione, il governo di sua Maestà ha deciso che "la fiducia del pubblico nella competenza professionale di un medico deve essere basata su un'assicurazione oggettiva".

A febbraio di quest'anno, il ministero della Salute britannico ha pubblicato un documento ('White Paper') dal significativo titolo: "Fiducia, Garanzie e Sicurezza: la Regolamentazione delle professioni sanitarie nel 21° secolo". Le proposte qui formulate, se effettivamente realizzate, sono destinate a mutare significativamente gli assetti delle professioni sanitarie in gran Bretagna: se siano adeguate a raggiungere l'obiettivo dichiarato, cioè rendere globalmente più affidabili gli organismi di controllo esistenti, solo il tempo potrà attestarlo.

Il King's Fund, che come è noto rappresenta il *Think Tank* del National Healthcare Service (NHS), ha elaborato un'analisi della situazione per discutere i potenziali benefici e le eventuali debolezze che si prospettano con i nuovi scenari.

Il sistema attuale

Oggi, nel Regno Unito, esiste un sistema di regolamentazione basato su componenti diverse: una per le organizzazioni, una per i singoli intesi come dipendenti delle organizzazioni e una terza per i singoli intesi come professionisti. Ulteriore elemento di confusione scaturisce dalla relativa autonomia concessa ai quattro 'Stati' del *Kingdom*: Inghilterra, Scozia, Galles e Irlanda del Nord hanno autonomia gestionale, tranne che per il terzo sistema, quello dei professionisti, che è su base nazionale.

Il rapporto finale della commissione di inchiesta sul caso dell'ospedale di Bristol (The Bristol Royal Infirmary Inquiry, 2001) ha definito la Regolamentazione professionale come "l'insieme dei criteri in base ai quali si garantisce che i professionisti sanitari abbiano acquisito e mantengano adeguata competenza professionale". Si tratta sostanzialmente di una auto-regolamentazione garantita dallo stato. Chi voglia oggi nel Regno Unito fregiarsi del titolo di Medico o Fisioterapista deve essere formalmente registrato dal rispettivo ordine professionale. Esercitare una qualsiasi professione sanitaria senza iscrizione al relativo ordine professionale è reato. Per iscriversi, bisogna dimostrare di possedere determinati requisiti. Tutti gli Ordini hanno le proprie regole: lo stato sottoscrive gli statuti e persegue penalmente le infrazioni a quelle regole.

Esistono in tutto 9 ordini per le professioni sanitarie: l'ordine dei chiropraticanti (GCC); l'ordine dei dentisti (GDC); l'ordine dei medici (GMC); l'ordine degli ottici (GOC); l'ordine degli osteopati (GOsC); l'ordine delle professioni sanitarie (HPC); l'ordine degli infermieri e ostetrici (NMC); le Reale Società dei farmacisti dell'Irlanda del Nord e la Reale Società dei farmacisti della Gran Bretagna(RPSGB).

Esistono certamente alcune peculiarità (vedi Allsop *et al* 2004), ma nella sostanza strutture e funzioni dei vari ordini si rassomigliano. La *mission* del GMC è "proteggere, promuovere e mantenere salute e sicurezza dei paziente garantendo l'applicazione di standard adeguati alla moderna pratica della medicina" (General Medical Council, 2007). Questo viene generalmente fatto fissando i criteri per la formazione e l'aggiornamento, tenendo un registro nominativo di chi ha effettivamente completato il corso definito per l'addestramento, in qualche caso anche con 'note di merito'; definendo gli standard di buona pratica professionale per gli iscritti e indagando e perseguendo gli iscritti sospettati e scoperti essere al di sotto di quegli standard.

Gli organismi ordinistici sono formati da professionisti eletti dai colleghi e da membri "laici" nominati su proposta dei vari enti governativi.

Nell'aprile del 2003 si è costituito il Council for Healthcare Regulatory Excellence (CHRE) con lo scopo di supervisionare gli organismi di controllo di tutti e nove gli ordini professionali. Il CHRE effettua delle revisioni annuali sull'operato degli ordini, propone raccomandazioni per modificare regole e comportamenti e ha l'autorità di trasferire un procedimento al magistrato nel caso di una rilevata "condiscendenza inappropriata".

Critiche al sistema attuale

Sul GMC, l'ordine dei medici, si è concentrato il grosso delle critiche a come sono regolamentate le professioni sanitarie e su come dovrebbero cambiare le regole.

Negli anni settanta del secolo scorso, il GMC fu messo in crisi dall'interno, dalla maggioranza cioè degli stessi iscritti che lo ritenevano troppo dominato dai membri anziani, specialmente londinesi, dal sistema dei Royal College e dall'università. Dava fastidio anche una tassa annuale di iscrizione.

Il Royal College dei General Practitioners, associazione auto-regolamentata che tutela gli interessi e inco-

Figura 1. Frontespizio della White Paper, Londra, 2007.

raggia gli standard professionali della medicina di base, fu particolarmente critico verso il GMC, accusato di non tenere nel debito conto le proposte per stigmatizzare la cattiva pratica professionale. Si arrivò persino alla auto-sospensione del versamento della quota annuale e a minacciare cancellazioni di iscrizioni. Di fronte alla prospettiva di una diaspora dei medici, il governo intervenne commissionando un'inchiesta sull'organizzazione e le funzioni del GMC

La commissione di inchiesta, presieduta da Alec Merrison, concluse il suo lavoro nel 1975 con un rapporto in cui veniva proposto l'allargamento degli organismi direttivi del GMC dando alla professione la possibilità di eleggere la quota maggioritaria (prima detenuta da membri su nomina universitaria e dei Royal College) e concedendo la facoltà di fissare per statuto gli standard di buona pratica. Quelle raccomandazioni furono accettate e realizzate nel quinquennio successivo.

Nonostante queste riforme, il GMC finì ripetutamente nell'occhio del ciclone nelle successive decadi, finché nel 2005 il governo annunciò una riforma complessiva di tutti e nove gli ordini professionali.

L'analisi del King's identifica almeno 3 fattori chiave che hanno accelerato la richiesta di cambiamento:

a. la poca trasparenza e affidabilità del GMC, secondo il parere di numerosi qualificati commentatori;
b. la crescita del consumismo sanitario;
c. il forte rilievo dato dai media ad alcuni clamorosi casi di malasanità.

Due sono stati gli episodi più scandalosi e probabilmente i più condizionanti. Il primo si verificò all'Ospedale di Bristol, dove un insolito numero di morti in dieci anni di attività del reparto di cardiochirurgia pediatrica non aveva in pratica innescato alcuna reazione da parte degli organismi di regolamentazione professionale. L'altro fu il caso di Harold Shipman, un medico di base accusato, e poi condannato, per la morte di più di 200 dei suoi pazienti nell'arco di 20 anni.

Il rapporto della commissione sull'Ospedale di Bristol, pubblicato nel 2001, provocò l'istituzione di un unico sistema su base nazionale per la rilevazione e l'analisi di eventi avversi nel NHS, inclusi quelli solo sfiorati, e alla creazione del CHRE per supervisionare l'operato dei nove ordini professionali.

Nel frattempo il GMC si era mosso seguendo le raccomandazioni della commissione Merrison, fissando una serie di standard per definire le prestazioni accettabili (1995), i principi operativi per l'educazione medica (1993) e, nel 2002, dettando le regole per allargare la componente 'laica' degli organismi regolatori pur mantenendo una maggioranza professionale (21 su 35).

Al 2000 risale anche la proposta del GMC di introdurre un sistema di rinnovo dell'abilitazione professionale (*revalidation*) che obbligasse tutti i medici, ogni 5 anni, a dover dimostrare la propria adeguatezza e il relativo aggiornamento per poter continuare ad esercitare. In realtà l'impatto della proposta si diluì nel tempo con una più moderata richiesta di partecipare a valutazioni annuali da parte dei dirigenti delle strutture sanitarie, seguite da certificati a valenza quinquennale che attestassero l'assenza di problemi rilevati nel periodo esaminato.

Questo sistema è stato demolito dal rapporto finale della commissione Shipman, pubblicato nel 2004.

Il presidente della commissione, Dame Janet Smith, ha testualmente scritto in quell'occasione: " il GMC ha delegato l'intera responsabilità della *revalidation* dei medici di base a valutatori che non ne avevano nè l'autorità nè la competenza". (The Shipman Inquiry, 2004).

Da quel rapporto sono scaturite ulteriori proposte di riforma. Avendo rilevato che l'elezione interna rinforzava l'impressione che il GMC esistesse per difendere l'interesse degli iscritti prima di quello dei pazienti si chiedeva di procedere per nomina. Si ricordava inoltre che la giurisprudenza stabilisce la separazione delle funzioni inquirenti e giudicanti anche per gli organismi professionali e quindi era necessario trasferire il potere giudicante ad un organismo terzo, indipendente. Infine, il durissimo rapporto si chiudeva chiedendo di abbassare, nei procedimenti per richiesta di risarcimento, il tradizionale criterio garantista della giustizia penale anglosassone che la sentenza di colpevolezza va pronunciata quando si acquisisce certezza "oltre ogni ragionevole dubbio": per i contenziosi sanitari si proponeva lo standard civilista che inclina per la colpevolezza anche "a parità di probabilità". Questa diversa prospettiva, rendendo più agevole condannare un medico per *malpractice*, avrebbe protetto maggiormente il paziente, lasciando tuttavia gli standard della giustizia penale per i casi più gravi.

Dopo la pubblicazione del rapporto Shipman, l'allora sottosegretario alla Sanità John Reid incaricò la massima autorità professionale, il Chief Medical Officer sir Liam Donaldson, di revisionare tutto il sistema e proporre una riforma organica di tutto il GMC.

Fino a quel momento critiche e proposte di riforma

si erano concentrate esclusivamente sui medici, con la cospicua eccezione del caso dell'infermiera Beverley Allit, accusata nel 1993 della morte di quattro piccoli pazienti affidati alle sue cure. Nel marzo 2005 tuttavua, il segretario Reid ha annunciato la revisione delle regolamentazioni anche per le altre professioni sanitarie non mediche, sulla base delle evidenze emerse dal rapporto Donaldson. Andrew Foster, allora capo del personale al Ministero della Salute, è stato incaricato della revisione.

I rapporti Donaldson e Foster sono stati pubblicati nel luglio 2006; dopo adeguato periodo di ulteriori consultazioni il governo ha varato il documento oggetto di questa analisi.

La riforma deve riguardare 6 aree: composizione e affidabilità degli organismi regolatori, revalidation, reclami e adeguatezza professionale, istruzione, capacità linguistica e infine regolamentazione delle nuove professionalità.

Le proposte di riforma del governo

Composizione e affidabilità degli organismi regolatori

La White Paper raccomanda di cambiare la composizione degli organismi regolatori per garantire che "non solo siano indipendenti di fatto ma siano anche considerati unanimemente tali."

Per contrastare la percezione di un'azione a tutela dei professionisti piuttosto che del pubblico, il governo viene a chiedere che ogni ordine professionale sia composto se non in maggioranza da un numero almeno pari di componenti 'laici' e che tutti i componenti professionali lo siano per nomina e non per elezione dei colleghi

Oggi il termine 'laico' indica solo che la persona non è al momento un iscritto di quel particolare ordine professionale. Per esempio un componente laico del GMC potrebbe essere un medico pensionato. Il Ministero della Salute sta tuttavia cercando di definire meglio il significato del termine, in modo da non dare adito al sospetto che questi ultimi vengano reclutati da gruppi affini o con naturale simpatia per gli interessi professionali rappresentati.

E' stato inoltre seguito il suggerimento che i componenti professionali siano nominati e non eletti, esattamente come i componenti 'laici'. L'incombenza delle nomine spetta ad una specifica Commissione dell'NHS, che procederà secondo criteri che devono ancora essere ufficializzati.

Il governo ha raccomandato di rendere maggiormente indipendente anche il CHRE. Non ci saranno più nomine ordinistiche e la presidenza del CHRE sarà di nomina e non elettiva.

La *White Paper* sancisce anche un ridimensionamento degli organismi regolatori, una loro maggior compattezza e legami formali con il parlamento, al quale devono relazionare annualmente.

Revalidation

La 'Revalidation' è parola generica usata per riferirsi alla prassi di garantire pro-attivamente che i professionisti registrati continuino a mantenere elevate la competenza per l'esercizio professionale. E' un concetto diverso dalla prassi di valutare le competenze solo dopo una denuncia o un reclamo.

Il rapporto Donaldson rileva che dopo il completamento della formazione universitaria e il conseguimento di eventuali specializzazioni un medico non viene in pratica più valutato nell'arco della propria carriera professionale. L'opinione pubblica non è al corrente, anzi immagina che la classe medica sia già controllata su base annua. Il governo ha deciso pertanto che non è sufficiente la presunzione di competenza ma che questa deve essere sostenuta da una garanzia oggettiva ,che a estesa a tutte le professioni sanitarie, incluse le non mediche. Ci saranno due forme di *revalidation*: 'riabilitazione' ('relicensing') in cui tutte le professioni devono dimostrare di mantenersi abili all'esercizio professionale; il *Chief Medical Officer* ha proposto poi di introdurre una 'ricertificazione' ('recertification') solo per i medici specialisti (tra cui si includono anche I medici di medicina generale) che devono dimostrare in più di mantenere la competenza anche nella loro specialità.

Con questo sistema tutti coloro che vorranno esercitare nel Regno Unito dovranno prima acquisire una abilitazione professionale da rinnovare con un processo formale, non burocratico, ogni cinque anni per mantenere l'autorizzazione. Il processo si baserà su:

a) standard concordati di buona pratica complessiva;
b) un sistema riveduto di valutazione da parte del NHS mirante a valutare a 360 gradi la competenza e l'aggiornamento professionale del valutato e non la semplice assenza di denunce;
c) la presenza di reclami generici o denunce specifiche relative all'operato del quinquennio precedente.

Oltre a questa 'riabilitazione', medici specialisti e *General pratictioners* devono sostenere una ulteriore valutazione delle loro competenze specialistiche. Questo processo si baserà su criteri fissati dai rispettivi Royal College in collaborazione con tutti gli *stakeholder* del NHS, non esclusi i rappresentanti dei pazienti.

La White Paper dice testualmente: 'Idealmente la ricertificazione deve essere la documentazione oggettiva dell'efficacia clinica dell'operato del medico, da rinnovare almeno ogni cinque anni'. Quando possibile, i due processi andrebbero sincronizzati.

Coloro che non dovessero superare la riabilitazione o la ricertificazione verranno sospesi dal servizio o, in alternativa, potranno continuare ad esercitare sotto supervisione ed essere avviati contestualmente ad un piano di recupero per la riabilitazione.

Per le professioni non mediche c'è l'accordo di prevedere comunque una riabilitazione ma il rapporto Foster non ne chiarisce gli ambiti e l'eventuale estensione. Il Ministero della Salute ne sta discutendo con i relativi ordini professionali per stabilire una propor-

zionalità tra i rischi potenziali per i pazienti, i costi degli interventi e i benefici attesi.

Per quanto riguarda i liberi professionisti, compresi dentisti e ortottici convenzionati con l'NHS il processo di revalidation si attua o con la supervisione delle apposite commissioni del servizio sanitario o, specialmente quando bisogna tenere conto dell'organizzazione delle strutture private, in collaborazione tra l'NHS gli ordini professionali. (DoH, 2007b).

Denunce e abilitazione professionale

Nel rapporto Foster si raccomanda di creare un unico portale in cui convogliare tutte le segnalazioni riguardanti casi di cattiva pratica professionale, indipendentemente dal loro ambito: inchieste interne di NHS o ordinistiche, denunce penali, richieste di risarcimento civili).

La *White Paper* non si dilunga sulla gestione delle denunce, ma nella risposta del governo alla conclusione dell'inchiesta Shipman si annuncia un imminente documento con proposte operative.

I rapporti Foster e Donaldson raccomandano invece una segnalazione nazionale solo per i casi più gravi, mantenendo a livello locale la gestione routinaria. Per la professione medica si dovrebbe creare una rete di funzionari GMC, definiti affiliati, in grado di svolgere funzioni consulenziali nei casi da indagare come pure per le commissioni deputate alle riabilitazioni.

Agli affiliati verrà anche attribuita l'autorità di concordare con il professionista una sorta di accordo scritto in cui vengono dettagliati natura ed entità del problema riscontrato e le azioni correttive da intraprendere. Questo allo scopo di facilitare una risposta locale al problema; nello stesso tempo la segnalazione, riportata sulla scheda del professionista ed emendabile dopo adeguata riabilitazione consente di tenere traccia degli episodi riscontrati. I dettagli sul meccanismo di funzionamento di questo processo devono ancora essere stabiliti come pure è ancora atteso il parere del governo sull'opportunità di prevedere a livello locale qualcosa di simile per le professioni non mediche.

A livello nazionale, oggi è il GMC che affronta i casi di *malpractice* con una commissione ad hoc che giudica se il caso è imputabile a sopraggiunta malattia del medico piuttosto che ad incompetenza o comportamento inappropriato. E' nelle attribuzioni della commissione comminare una semplice ammonizione trascritta nella scheda del medico, subordinarne l'ulteriore esercizio professionale a condizioni specifiche o inibirne totalmente l'attività sul territorio nazionale.

Il governo ha ora accolto le raccomandazioni del rapporto Donaldson e della commissione sul caso Shipman che chiedevano l'istituzione di un organismo indipendente a cui demandare la funzione giudicante lasciando al GMC la funzione inquirente. Per le professioni non mediche non è ancora stato deliberato un meccanismo analogo.

E' prevista l'adozione di criteri flessibili nel giudizio di malpractice, nel senso che solo per i casi più gravi ci si atterrà alla valutazione di prove "oltre ogni ragionevole dubbio", secondo il canone del processo penale; per gli altri varrà il criterio civilistico della parità di probabilità.

Formazione

Nella White Paper si ribadisce la centralità degli standard di pratica, etica ed ecellenza clinica fissati nei curricula delle professioni sanitarie, raccomandando di mantenere agli ordini delle professioni non mediche la responsabilità di fissare i rispettivi standard formativi. Per i medici il rapporto Donaldson suggerisce di trasferire dal GMC al nuovo Comitato per la formazione medica post-laurea (Postgraduate Medical Education and Training Board) le competenze ispettive sulle facoltà mediche e la formulazione dei piani di studio. Il governo tuttavia preferisce preservare le competenze acquisite pur riconoscendo la convenienza di avere un unico ente responsabile per fissare gli standard di formazione sia pre- che post-laurea.

Capacità linguistica

Il governo è preoccupato delle frequenti segnalazioni riguardanti le gravi difficoltà di alcuni professionisti sanitari non di madre lingua ad esercitare a livelli accettabili. Qualsiasi tentativo di regolamentazione in questa materia deve fare i conti con la normativa europea che vieta di impedire a cittadini europei l'esercizio professionale sulla sola base della poca conoscenza della lingua del paese prescelto per lavorare (il divieto non si applica a cittadini non EU).

Il Ministero della Salute sta lavorando ad una proposta per introdurre dei test di capacità linguistica, da utilizzare solo nel caso che il professionista europeo si sia laureato in paesi non di lingua inglese, non abbia mai lavorato in precedenza nel Regno Unito o abbia dimostrato difficoltà linguistiche nelle procedure di assunzione. Purtroppo le segnalazioni di difficoltà già registrate riguardano personale che già lavora in Gran Bretagna, e questo lascia pensare che le misure previste siano già inefficaci.

Le nuove professioni sanitarie

E' prevista la prossima introduzione di nuove regolamentazioni per professioni con profili già ben definiti: psicologi, psicoterapisti e altri specialisti del ramo sanitario la cui attività non può escludere a priori l'insorgenza di rischi per i pazienti. Esistono già gruppi di lavoro per le attività degli agopunturisti, degli erboristi e degli specialisti in medicina cinese.

Si stabilirà successivamente un nuovo gruppo per valutare eventuali nuove professioni sul modello già esistente e praticato dell'HPC.

Il governo dichiara esplicitamente di escludere la costituzione di ulteriori organismi preposti alla regolamentazione professionale (DoH 2007b).

Punti di forza e punti di debolezza delle riforme proposte (secondo il King's)

Gli obiettivi che il governo britannico si propone di raggiungere con questa riforma sono sufficientemente chiari. Attraverso un processo standardizzato e regolare di *revalidation* si vuole garantire che la competenza professionale degli operatori sanitari è tenuta costantemente al di sopra degli standard accettabili di qualità e sicurezza per il paziente. Le nomine dei componenti degli organismi di sorveglianza piuttosto che la loro elezione da parte dei colleghi mira ad aumentare la fiducia dell'opinione pubblica sulla effettiva imparzialità di coloro chiamati a giudicare il livello delle prestazioni sanitarie

Infine l'obbligo di riferire periodicamente al parlamento sull'attività svolta è ulteriore elemento di garanzia.

C'è anche un tentativo di omogeneizzare i processi di valutazione delle varie professioni sanitarie con l'esortazione a creare organismi più leggeri e compatti, senza maggioranze professionali ma con forte presenza di componenti tecniche indipendenti sia dagli interessi di lobby che da pesanti condizionamenti governativi.

Tuttavia si ammette onestamente che al momento la riforma non ha ancora acquisito un fondamento di evidenze tale da evitare una ulteriore fase di approfondimento e consultazione con tutti gli *stakeholder* ed anche il varo di qualche progetto pilota.

I maggiori dettagli vengono forniti per la componente professionale medica: esistono molti interrogativi sulla effettiva possibilità di estendere questi criteri alle professioni non mediche. Al di là di una generica affermazione sull'opportunità di una riabilitazione non si da nessun dettaglio su come e se le capacità professionali delle professioni non mediche debbano essere valutate e confermate a livelli accettabili.

L'altra evidente omissione riguarda il settore privato e quello delle libere professioni. Lo schema delineato è evidentemente riferito alla cornice dell'NHS ed è poco chiaro come organismi indipendenti possano agire in contesti sostanzialmente diversi. Questa carenza rischia di essere importante perché lo scenario in Gran Bretagna sta cambiando rapidamente e il monolite del Servizio pubblico è sempre più sfaccettato con molti profili professionali non NHS che di fatto operano per pazienti assistiti dall'NHS. Anche le proposte per minimizzare i problemi linguistici tenendo conto della normativa EU prevedono un contesto normativo tipico dell'NHS.

Anche le professioni emergenti trovano scarsa definizione nel documento. Adottare le procedure utilizzate dagli organismi attuali vuol dire fare completo affidamento sull'autoregolamentazione vigente, dato che di fatto queste pratiche professionali sono già esercitate: si ricade nel rischio di tutelare troppo i professionisti e poco o nulla i pazienti assistiti. Se come dichiarato si vuole evitare il proliferare di nuovi organismi professionali inquadrando l'esistente in quelli già presenti bisogna disporre di una robusta cornice per definire i criteri formativi e occupazionali.

Sarebbe miope costruire un sistema rigido di inquadramenti professionali in un momento come l'attuale, in cui I bisogni di salute, la tecnologia medica e l'informatica trasformano gli scenari quasi quotidianamente.

Infine bisogna assicurarsi che lo schema di riforme proposte, evidentemente modellato sull'attuale profilo dell' NHS inglese, non costituisca ostacolo alla sua applicazione in tutto il paese, dato che la Devolution a quelle latitudini è qualcosa di più attuato di una semplice dichiarazione di principio.

Nel complesso il *King's Fund* ritiene che il contenuto della *White Paper* pubblicata quest'anno dal governo Blair vada nella direzione di offrire maggiore protezione ai pazienti: è importante però che queste garanzie siano applicabili all'intero territorio nazionale e che la regolamentazione delle professioni sanitarie non mediche non venga lasciata allo stato larvale in cui sembra essere adesso.

Bibliografia

- Department of Health Trust, Assurance and Safety: The regulation of health professionals in the 21st century. Cm 7013. London: The Stationery Office, 2007.
- Council for Healthcare Regulatory Excellence Annual Report 2003/2004. London, 2004.
- Department of Health Safeguarding Patients: The government's response to the recommendations of the Shipman Inquiry's fifth report and to the recommendations of the Ayling, Neale and Kerr/Haslam Inquiries. Cm 7015. London: The Stationery Office, 2007.
- Department of Health The Regulation of Non-medical Healthcare Professionals London, 2006.
- Department of Health (2005). 'Government widens review into healthcare regulation'. Press release. General Chiropractic Council website.
- General Medical Council 'Role of the GMC' Sito del General Medical Council, 2007.
- General Medical Council). *Good Medical Practice.* GMC London, 1995.
- General Medical Council. *Tomorrow's Doctors*. GMC London 1993.
- The Bristol Royal Infirmary Inquiry Learning from Bristol: The report of the public inquiry into children's heart surgery at the Bristol Royal Infirmary 1984–1995. Cm 5207. London, The Stationery Office, 2001.
- The Shipman Inquiry. Fifth Report – Safeguarding Patients: Lessons from the past, proposals for the future. Cm 6394. The Stationery Office, London, 2004.
- Dorizzi RM. Lord Carter di Coles: chi è costui? E' importante per la Medicina di Laboratorio anche in Italia? RIMeL/IJlaM 2006;2:265-74.
- Allsop J, Jones K, Meerabeau L, Mulcahy L, Price D. CRHP Scoping Exercise: Final report Councils for the Regulation of the Healthcare Professions, London, 2004.
- Donaldson L. Good Doctors, Safer Patients. Department of Health, London, 2006.