

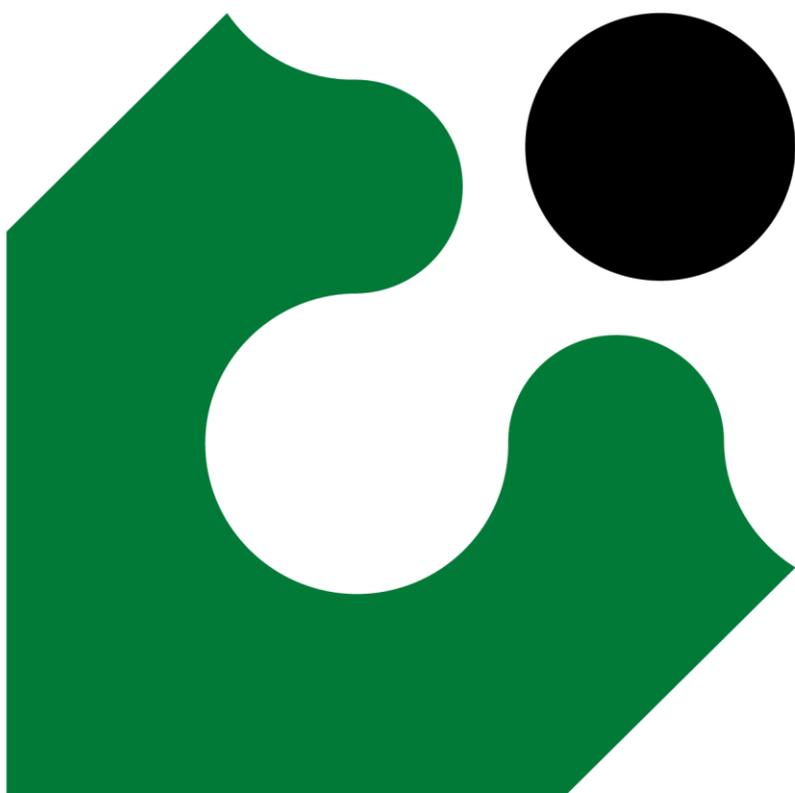
## **Clinical Competence e Privilegi in area chirurgica**

Dr. Andrea Costanzi

Dr. Alessandro Casiraghi

### **Corso di formazione manageriale per Dirigenti di Struttura Complessa**

2019-2021





# Corso di formazione manageriale per Dirigenti di Struttura Complessa

**Soggetto erogatore:** Università degli Studi di Milano

**Codice corso:** UNIMI-DSC 1901/CE

**Anno:** 2019-2021

## GLI AUTORI

*Dr. Andrea Costanzi*, Direttore U.O.C. Chirurgia Generale, Ospedale San Leopoldo Mandic, Merate, ASST Lecco, [a.costanzi@asst-lecco.it](mailto:a.costanzi@asst-lecco.it)

*Dr. Alessandro Casiraghi*, Direttore U.O.C. Ortopedia e Traumatologia 1, ASST Spedali Civili di Brescia, [alessandro.casiraghi@asst-spedalivicili.it](mailto:alessandro.casiraghi@asst-spedalivicili.it)

## IL DOCENTE DI PROGETTO

*Prof. Federico Lega*, Professore Ordinario di Economia Aziendale, Università degli Studi di Milano

## IL RESPONSABILE DIDATTICO SCIENTIFICO

*Prof. Federico Lega*, Professore Ordinario di Economia Aziendale, Università degli Studi di Milano

Pubblicazione non in vendita.  
Nessuna riproduzione, traduzione o adattamento  
può essere pubblicata senza citarne la fonte.  
Copyright® PoliS-Lombardia

**PoliS-Lombardia**  
Via Taramelli, 12/F - 20124 Milano  
[www.polis.lombardia.it](http://www.polis.lombardia.it)

## INDICE

1. <i>Clinical competence</i> : una necessità ineludibile.....	<b>Errore. Il segnalibro non è definito.</b>
2. Background e modelli già sperimentati .....	10
3. Analisi della situazione nazionale e regionale.....	<b>Errore. Il segnalibro non è definito.</b>
4. Simulazioni: quando la direzione strategica può inserire le <i>clinical competence</i> nel budget .....	34
5. Privilegi: sono necessari? In che numeri? .....	<b>Errore. Il segnalibro non è definito.</b>
6. Obiettivo del progetto: mappatura delle clinical competence nelle Unità Operative di appartenenza .....	<b>Errore. Il segnalibro non è definito.</b>
7. Applicazione del progetto nell'U.O.C. di Chirurgia Generale, Ospedale San Leopoldo Mandic, Merate, ASST Lecco .....	41
7. Applicazione nell'U.O.C. di Ortopedia e Traumatologia 1 e 2 degli Spedali Civili di Brescia, ASST Spedali Civili di Brescia.....	<b>Errore. Il segnalibro non è definito.</b> 5
9. Ipotesi di sviluppo del progetto: il <i>professional portfolio</i> .....	52
10. Conclusioni .....	55
11. Bibliografia.....	<b>Errore. Il segnalibro non è definito.</b>
12. Sitografia .....	<b>Errore. Il segnalibro non è definito.</b>
Ringraziamenti.....	59

## 1. *Clinical competence*: una necessità ineludibile

Le *clinical competence* in medicina definiscono cosa fanno e cosa dovrebbero saper fare i professionisti e come costruire percorsi di crescita professionali coerenti con le strategie aziendali e i bisogni di salute in evoluzione, valorizzando le competenze individuali e introducendo valutazioni delle performance cliniche a livello individuale, quali elementi cui collegare carriera, retribuzioni di risultato, responsabilità organizzative.

L'impegno alla competenza professionale costituisce un obbligo sancito sia dal Codice di deontologia medica che dalla Carta della professionalità medica, con evidenti conseguenze etico-giuridiche.

Secondo l'articolo 21 del codice di deontologia medica<sup>1</sup>, alla voce "*impegno alla competenza professionale*" si afferma che "il medico deve garantire impegno e competenza professionale, non assumendo obblighi che non sia in condizione di soddisfare. Egli deve affrontare nell'ambito delle specifiche responsabilità e competenze ogni problematica con il massimo scrupolo e disponibilità, dedicandovi il tempo necessario per una accurata valutazione dei dati oggettivi, in particolare dei dati anamnestici, avvalendosi delle procedure e degli strumenti ritenuti essenziali e coerenti allo scopo e assicurando attenzione alla disponibilità dei presidi e delle risorse".

Secondo la Carta della competenza professionale "i medici devono tenersi costantemente aggiornati in quanto è loro responsabilità mantenere il livello di conoscenze mediche e di competenze cliniche e organizzative necessarie per offrire un'assistenza di qualità. Più in generale, l'intera professione deve cercare di verificare che tutti i suoi membri siano competenti e che i medici abbiano a disposizione i meccanismi appropriati per raggiungere questo obiettivo"<sup>2</sup>.

Nonostante i riferimenti sopra citati, in Italia la verifica e valutazione dello sviluppo professionale non solo è scarsamente normata (il modello Educazione Continua in Medicina è un aspetto formale della verifica che non incide sulla valutazione) ma è spesso data per scontata. Attualmente ci sono almeno tre ragioni che dovrebbero portare le organizzazioni e i professionisti del nostro Paese ad affrontare il questo tema:

1. la necessità di garantire una prestazione sanitaria di qualità, in sintonia con i cambiamenti del contesto ambientale e delle evoluzioni scientifiche così da rispondere ai bisogni della salute;
2. la comparabilità dei titoli e delle prassi mediche e sanitarie, legata alle crescenti esigenze di circolazione internazionale dei professionisti;
3. la credibilità, essendo quella medica una professione che ha il privilegio di auto-regolarsi grazie alla propria credibilità.

Diverse situazioni stanno portando alla conoscenza di tutti la diffusa difficoltà dei professionisti di mantenersi aggiornati. Ci sono molti esempi di pratiche professionali scarse e della difficoltà alla diffusione di pratiche professionali buone. In un contesto in cui è molto sentita l'esigenza da parte delle organizzazioni sanitarie e dei medici di mettere a punto strategie efficaci per la gestione del rischio clinico e per l'attuazione del Governo clinico, è diventato sempre più importante

allargare le prospettive della professione medica in un ventaglio sempre più ampio di competenze, comprese quelle comunicative e manageriali. Ma la “competenza medica” non viene di per sé garantita da titoli accademici o autoreferenzialità specialistiche, né, tantomeno, costituisce un mero ideale professionale. Per questo la qualità delle cure deve essere definita in base a indicatori espliciti. La complessità della definizione, accertamento e validazione della *clinical competence* in medicina richiederebbe di focalizzare quali istituzioni possano essere accreditate e quali possano essere garanti di una certificazione *on work* e di una verifica periodica. È necessario perseguire obiettivi di certificazione professionali e non formali, sostanziali e non strutturali, basati su elementi oggettivi di giudizio. E gli strumenti di valutazione dovranno essere sempre condivisi e applicati, a prescindere che si tratti di un contesto universitario, ospedaliero o di ospedalità privata accreditata, con un approccio di revisione “tra pari” (*peer review*) e in base a espliciti indicatori di qualità assistenziale. A oggi questo percorso di certificazione è carente della parte applicativa, cioè di “evidenza” di quanto fatto nelle Unità Operative ospedaliere e dei livelli di performance professionali, quantitativi e qualitativi raggiunti per difficoltà nei sistemi informativi finalizzati alla rilevazione delle attività. Sarà interessante, come sviluppo futuro, poter costruire percorsi di collaborazione con le Direzioni aziendali che presuppongono sistemi di raccolta dati nell’ambito delle strutture ospedaliere finalizzati alla creazione di un Clinical portfolio individuale, e un loro uso concreto ai fini dei percorsi di carriera nell’azienda o di mobilità tra le aziende sanitarie di un sistema regionale o del sistema nazionale.

Il report “Crossing the quality chasm” del 2001 dell’Institute of Medicine statunitense<sup>3</sup>, che ha rappresentato una pietra miliare nella riflessione sulle politiche per la qualità nei sistemi sanitari, identificava una *roadmap* per incrementare la qualità dei servizi sanitari articolata su quattro direttrici:

1. l’applicazione della medicina basata sull’evidenza, con la ricerca e la diffusione delle *best practices* e la redazione e l’utilizzo effettivo di linee guida;
2. l’utilizzo approfondito delle potenzialità dell’*information technology* per analizzare le informazioni cliniche a supporto della valutazione della qualità;
3. l’allineamento dei sistemi di incentivazione delle aziende e dei professionisti sanitari agli obiettivi e alle strategie di promozione della qualità;
4. una ristrutturazione dell’educazione clinica per essere all’altezza dei servizi sanitari del 21esimo secolo (raccomandazione 12 del capitolo “*Preparing the workforce*”) attraverso un continuum di educazione universitaria, post-universitaria e professionale per i programmi di formazione del personale medico, infermieristico e sanitario, valutando le implicazioni di questi cambiamenti per i provider di programmi di “credentialing”, cioè di attribuzione di credenziali di competenza.

In sintesi, la *clinical competence* è il risultato delle conoscenze, abilità e capacità tecniche, delle qualità professionali, manageriali, relazionali e operative di ogni singolo specialista nel contesto sanitario di riferimento. Presuppone un bilanciamento ottimale di alcune componenti - sapere, saper fare e saper essere - in una prospettiva multidimensionale e complessa d’interazione tra sfera cognitiva, decisioni pratiche per la soluzione dei problemi, dinamiche relazionali e contesto socio-organizzativo. È un “habitus”, che permea la vita professionale di ogni singolo medico, acquisita nel corso del tempo.

Già nel 1990 lo psicologo George Miller propose un modello di riferimento per la valutazione della competenza clinica secondo una stratificazione crescente in una piramide virtuale, integrando le conoscenze di base, le competenze funzionali e quelle personali con le “azioni agite”.

Secondo il Rapporto OASI 2018<sup>4</sup>, nel capitolo dedicato a mappatura e valutazione delle competenze cliniche dei professionisti nelle aziende sanitarie: sistemi e strumenti a confronto, sarebbe compito delle aziende sanitarie stabilire modelli e strumenti di riferimento per l’analisi, la mappatura e la valutazione delle capacità e dei saperi dei professionisti medici e più in generale sanitari. Maggiore è la conoscenza delle competenze, maggiore è il governo dei processi di acquisizione, consolidamento e dispiegamento del potenziale delle competenze possedute dai clinici.

La necessità ineludibile di introdurre le *clinical competences* all’interno del sistema è dettata da molteplici ragioni tra cui:

1. la costante tensione al miglioramento delle performance dal punto di vista qualitativo delle aziende sanitarie che è certificata dal Piano Nazionale Esiti (PNE), secondo il cui ultimo report la quota di strutture che raggiungono livelli alti o molto alti per almeno metà dell’attività valutata è passata dal 21% del 2015 al 28% nel 2019, mentre il 79% delle strutture ha raggiunto livelli elevati in almeno una delle aree cliniche valutate;
2. la competizione fra strutture nell’influencare le scelte del paziente sempre di più orientate da una valutazione delle performance del singolo medico e dell’azienda e struttura a cui appartiene;
3. il conseguimento da parte dei professionisti italiani di accreditamenti di livello internazionale che sono forti segnali di qualità, l’aderenza a linee guida e standard di società scientifiche e altri organismi di riferimento per le diverse discipline che in misura crescente definiscono indirizzi professionali e standard di micro-organizzazione e risorse per l’erogazione di specifiche prestazioni specialistiche;
4. la possibilità di segnalare e comunicare in modo più chiaro e netto all’esterno le capacità dell’azienda, in coerenza con gli sviluppi strategici attesi;
5. una migliore attenzione alle politiche di ricambio generazionale e, in particolare, al “risk management” delle competenze distintive possedute da uno o pochi medici senior, alla loro trasformazione da conoscenza tacita a esplicita e, quindi, alla loro incorporazione nel patrimonio aziendale;
6. negli ospedali sede di formazione universitaria, l’introduzione di uno strumento per misurare la qualità dell’apprendimento costante degli specializzandi e di tutti i medici stante la funzione di insegnamento e di posizionamento istituzionale sulla frontiera dell’innovazione di saperi, tecnologie, pratiche.

I tempi sembrano quindi maturi per un investimento delle aziende sulla gestione delle competenze dei propri clinici, sia perché ormai si sta affermando la consapevolezza e l’urgenza che si tratta di una materia chiave per la sostenibilità e legittimazione futura dell’azienda (tema molto presente nelle strutture private di eccellenza, in “acquisizione” lenta ma progressiva nel settore pubblico), sia perché oggi abbiamo anche le possibilità, grazie alle potenzialità dei sistemi informativi, di avere sempre più dati in tempo reale e in molti casi riconducibili al singolo professionista.

Si tratta di una materia chiave anche perché in Italia non sono previsti sistemi istituzionali di rivalidazione continua della professionalità dei medici, in capo alle aziende sanitarie, alle società scientifiche o al sistema sanitario, come accade ad esempio nella maggior parte dei paesi di matrice anglosassone. Da osservare che si potrebbe surrogare tale carenza, almeno in ambito SSN, con il

lavoro dei collegi tecnici di valutazione di fine incarico e di suo rinnovo, a patto che tali collegi possano avvalersi di elementi concreti e di metodi di analisi che permettano effettivamente di apprezzare le competenze cliniche dei professionisti, cosa che non è oggi nelle prassi adottate.

Per l'importanza e la completezza del compito, le aziende non possono lasciare la valutazione del personale all'iniziativa dei singoli tramite modalità saltuarie, non omogenee e sostanzialmente soggettive. E' necessario che la valutazione del personale sia formalizzata, prevedendo gli obiettivi, la "popolazione" interessata (valutatori e valutati), i metodi e gli strumenti più adatti all'ambito valutativo (prestazione, posizione, potenziale), così da trasformarsi, da un parere soggettivo, in una tecnica organizzativa che rileva e misura le prestazioni e le caratteristiche professionali dei dipendenti con modalità comparabili e quindi omogeneizzabili. Si tratta di un processo periodico di determinazione di "fatti" (prestazioni qualitative e quantitative, comportamento) e di caratteristiche soggettive (capacità e attitudini) svolto in modo sistematico grazie a criteri uniformi e ad una procedura determinata.

Negli ultimi anni molte aziende sanitarie hanno riorganizzato in maniera significativa i propri processi di lavoro, sviluppando linee guida, PDTA e diversi altri strumenti efficaci di standardizzazione dell'attività professionale. Tuttavia, bisogna riconoscere come le altre due leve di coordinamento siano state sviluppate in maniera minore, e spesso in maniera frammentaria e poco integrata. Ad esempio, nonostante le potenzialità delle nuove tecnologie, sono poche le aziende sanitarie che misurano in maniera dettagliata e puntuale i dati di esito dell'attività clinica. Laddove questo capita, i dati vengono abitualmente raccolti e analizzati dagli uffici qualità, che non sempre dispongono del potere organizzativo per fare di quei dati il presupposto di un effettivo governo dell'attività clinica. Inoltre, frequentemente, tali dati sono raccolti in maniera aggregata, senza la possibilità di recuperare indicazioni utili per supportare lo sviluppo professionale dei singoli. Analogamente, poche aziende sanitarie si sono dotate di strumenti in grado di misurare il livello di *clinical competences* dei professionisti, preferendo mantenere la condizione tipica delle organizzazioni professionali, di prevalenze di strumenti di valutazione taciti e informali. Diversa è la situazione in altri contesti, quali ad esempio quello nordamericano, dove la misurazione degli esiti clinici è molto più sviluppata e sistemi di attribuzione dei *clinical privilege* sulla base di "credenziali" professionali e livelli di attività sono molto diffusi. Gli standard JCI prevedono, relativamente alle *credentials*, che ogni organizzazione abbia "un processo efficace per raccogliere, verificare e valutare le credenziali (abilitazione, formazione, pratica ed esperienze) del personale medico autorizzato a fornire assistenza sanitaria senza supervisione". Relativamente ai *clinical privilege*, che ogni organizzazione abbia "una procedura standardizzata oggettiva e basata sull'evidenza per autorizzare tutti i medici a ricoverare e a curare i pazienti e a erogare altre prestazioni cliniche in funzione delle rispettive qualifiche". La presenza e l'utilizzo di tali strumenti è indice di maturità dei sistemi aziendali e di una più sviluppata cultura della valutazione. Al contempo, la loro maggiore diffusione nel contesto nordamericano rispetto a quello europeo appare giustificata anche dalla maggiore mobilità dei professionisti e dal fatto che spesso ciascun medico opera come libero professionista in più ospedali e ambulatori. Seppur di grande interesse, è stato messo in luce da Crimp nel 2007<sup>5</sup> come tali sistemi di *clinical privilege* non siano esenti da rischi, quali quello di ridursi a semplici liste di prestazioni rispetto alle quali viene indicato se il professionista è o meno autorizzato ad effettuarle, ma in assenza di criteri o indicatori definiti o di richieste di evidenza a supporto del mantenimento del

*privilege*. Oppure risultano poco efficaci quando vengono identificati privilegi per macrocategorie di attività, che però contengono al loro interno interventi o trattamenti eterogenei e con diversi livelli di complessità. Un'efficace valutazione dei livelli di competenza dovrebbe invece essere realizzata sulla base di elenchi dettagliati di attività accompagnati da specifici indicatori di casistica e outcome, nonché di evidenza di percorsi formativi intrapresi e degli esiti di *peer review*.

## 2. Background e modelli già sperimentati

La Joint Commission International ha introdotto nel percorso di accreditamento degli ospedali uno standard utile per favorire la definizione dei requisiti e delle competenze cliniche dei professionisti, collegata al sistema di valutazione della performance del personale. Nel manuale *Joint Commission International Accreditation Standards for Hospitals, 7th Edition*<sup>6</sup> del 2020 al capitolo Staff Qualifications and Education (SQE), le raccomandazioni SQE dall'1 all'8 definiscono gli standard di pianificazione della strategia di staffing per il personale medico e non medico.

La raccomandazione SQE.9 è intitolata *Determining Medical Staff membership* e si riferisce al processo uniforme di raccolta delle credenziali del personale medico a cui è consentito lavorare senza supervisione. Sono però le raccomandazioni successive ai punti 10, 11 e 12 quelle che riguardano la definizione delle competenze cliniche e dei privilegi.

La raccomandazione SQE.10 intitolata *The Assignment of Medical Staff Clinical Privileges* afferma che l'ospedale ha una procedura standardizzata, oggettiva, evidence-based per autorizzare lo staff medico a ricoverare e curare pazienti e/o a erogare altre prestazioni cliniche in funzione delle rispettive qualifiche. Intento di SQE.10 è la decisione più critica che deve essere presa da un ospedale al fine di tutelare la sicurezza dei pazienti, cioè promuovere la qualità dei propri servizi sanitari stabilendo quali prestazioni cliniche il singolo medico sarà autorizzato a eseguire: un processo che viene anche chiamato "conferimento dei *Privileges* clinici".

La raccomandazione SQE.11 *Ongoing Professional Practice Evaluation of Medical Staff Members* cioè Monitoraggio e Valutazione Continua dei Singoli Medici definisce il processo standardizzato utilizzato dall'ospedale per valutare la qualità e la sicurezza delle prestazioni sanitarie erogate da ogni medico appartenente allo staff.

Intento di SQE.11 per JCI è quello di attivare percorsi capaci di mettere in evidenza:

1. La presenza di un monitoraggio e di una valutazione continua
2. Un sistema collegato di sviluppo e crescita professionale
3. Un collegamento di questo sistema ai risultati clinici

Infine la raccomandazione SQE.12, *Medical Staff Reappointment and Renewal of Clinical Privileges*, secondo la quale almeno ogni tre anni l'ospedale determina dalla valutazione professionale continua di ogni medico dello staff se il rapporto di lavoro e i privilegi clinici attribuiti al professionista possono continuare con o senza variazioni.

I Privileges di JCI consistono nell'autorizzazione ad eseguire attività e procedure (ad es. attività diagnostiche, percorsi complessi di pazienti, attività chirurgiche) suddivise per aree (Medica, Chirurgica, dei servizi clinici come l'anestesiologia, la medicina legale, la diagnostica di laboratorio e per immagini)

Si individuano delle attività che possono essere:

1. servizi erogati dalle U.O.;
2. protocolli in uso nelle U.O.;
3. tecniche chirurgiche in uso nelle U.O.;
4. attrezzature in uso nelle U.O..

Si definiscono i criteri di attribuzione dei livelli di autonomia. Si identificano dei criteri minimi per attribuire ad un professionista un livello di autonomia nello svolgere una determinata attività. Si tratta di un processo attraverso il quale l'organizzazione autorizza un professionista ad eseguire le prestazioni sanitarie identificate sulla base di una valutazione delle credenziali e delle performance del professionista. Ai professionisti viene quindi attribuito un livello di autonomia. Il processo è almeno triennale e dinamico: le *clinical competences* vengono rivalutate in caso di introduzione di nuove tecniche chirurgiche e/o modalità di trattamento e per i professionisti che richiedono nuove *clinical competences* è necessaria la dimostrazione della formazione effettuata su tali aree di attività. Al termine della prima fase c'è una rivalutazione del livello di autonomia del professionista.

Obiettivi delle *clinical competences* per JCI sono:

1. fornire strumenti e metodologie finalizzati a garantire una efficace selezione, valutazione e sviluppo nel tempo del personale;
2. definire una mappa delle conoscenze specialistiche per lo sviluppo e la valutazione del personale;
3. assicurare ai pazienti di essere seguiti da personale altamente specializzato e in possesso delle conoscenze e delle competenze adeguate;
4. chiarire i ruoli e le loro responsabilità;
5. definire i profili di ruolo atteso e di eccellenza per introdurre la valutazione delle competenze individuali e favorire la definizione di percorsi di sviluppo mirati a garantire elevati livelli di performance;
6. definire sentieri di carriera per chiarire i criteri per la progressione professionale e di ruolo che spingano le persone a crescere professionalmente.

I *Privileges* e le fonti

La definizione delle competenze tecniche per JCI fa riferimento alla divisione del lavoro e delle responsabilità attribuite dal Direttore di Struttura Complessa in ogni U.O. I riferimenti descrittivi principali possono derivare da:

1. *job description* specifiche;
2. Linee Guida nazionali, regionali o di società scientifiche;
3. requisiti di accreditamento;
4. nomenclatore tariffario ricoveri e ambulatoriali;
5. Piano Nazionale Esiti (PNE).

La metodologia di lavoro

Il primo passo consiste secondo JCI nell'identificazione di gruppi di lavoro capaci di integrare le funzioni di governance (in particolare Direzione sanitaria, Formazione, Qualità, Personale) con le competenze specialistiche proprie di ogni area specialistica e generale. Successivamente vanno identificate le U.O. con cui incominciare a costruire lo schema di raccolta degli specifici *Privileges*.

Per passare ad un sistema diffuso e aggiornato è necessario possedere dei fascicoli personali elettronici (meglio se su supporto di memoria e non cartacei). L'elemento culturale e manageriale (la volontà di cambiare l'approccio manageriale e professionale) riveste un ruolo di grande importanza attraverso la formazione e *tutorship*. Il commitment è fondamentale come la volontà di «sfidare costruttivamente» i professionisti e di stimolare fortemente il cambiamento

Lo sviluppo dei *privileges / clinical competences* per JCI deve:

1. coinvolgere i responsabili e i professionisti;
2. prevedere una comunicazione diffusa e periodica dei contenuti;
3. essere collegato al sistema di descrizione delle posizioni;
4. influenzare il sistema di valutazione;
5. collegarsi al sistema di formazione e sviluppo.

L'esempio dell'Azienda Ospedaliero Universitaria "Maggiore della Carità" di Novara

Nel 1999 presso l'Azienda Ospedaliero Universitaria "Maggiore della Carità" di Novara viene sviluppato un modello di mappatura e valutazione delle competenze dei clinici utilizzato allo scopo di creare uno strumento di misurazione e controllo dell'attività clinica da parte della Struttura Organizzativa Complessa "Verifica e Revisione Qualità".

A partire dal 2006 il responsabile della Qualità definisce un sistema per la valutazione delle *clinical competences* dei professionisti che si fonda, in particolare, su uno strumento, la "Scheda di Addestramento" (SdA).

Il sistema si compone di due parti:

una qualitativa (la SdA vera e propria), che riporta gli indirizzi per la formazione e per il mantenimento della competenza strumentale/tecnica;

una quantitativa, relativa alle singole procedure chirurgiche/interventistiche prodotte dalla U.O. necessaria per verificare l'applicazione delle SdA.

La SdA definisce, per alcune tipologie di esami diagnostici o procedure a rischio o complesse, gli indirizzi per la formazione e per il mantenimento delle competenze. Lo scopo è la standardizzazione delle competenze tra professionisti che devono erogare lo stesso servizio. In particolare, per ciascuna delle procedure a rischio o complesse sono indicate:

- a. le "competenze di base" che deve possedere un clinico per l'effettuazione dell'attività (laurea, specializzazione, eventuali corsi post-specializzazione, ecc.);
- b. le attività di "formazione e addestramento" che servono al professionista per svolgere l'attività (conoscenze teoriche e pratiche);
- c. la numerosità di esami o procedure necessarie per poter mantenere le competenze;
- d. eventuali specifiche tecniche per lo svolgimento dell'esame e per l'eventuale strutturazione dei referti.

La SdA è completata da uno strumento di monitoraggio e verifica della distribuzione della casistica chirurgica o delle procedure interventistiche tra i diversi professionisti che fanno parte di una U.O..

La SdA si compone di tre sezioni per ciascuna delle procedure prodotte dall'U.O.:

- a. elenco degli "abilitati" all'esecuzione della procedura, ossia i professionisti che hanno raggiunto uno standard minimo in termini di numero di prestazioni negli ultimi 365 giorni dalla data di redazione del report (indipendentemente dall'anno solare);

- b. elenco dei professionisti “in formazione”, composto da coloro i quali non hanno raggiunto lo standard minimo previsto e dovrebbero essere inseriti come secondo operatore o supervisionati da un chirurgo senior;
- c. elenco degli “interventi a rischio”, ovvero una lista (controllata ex post) in cui si segnalano gli interventi svolti da un’equipe chirurgica in cui sono assegnati solo professionisti “in formazione”. Gli standard minimi di casistica sono stabiliti sulla base della letteratura e dei *gold standard* di riferimento, qualora esistenti, oppure è definito un numero minimo di procedure in accordo con il Direttore di Struttura Complessa.

Inoltre, sono previsti indicatori integrativi del monitoraggio della SdA utili a comprendere se la cattiva distribuzione della casistica si accompagna a risultati clinici non adeguati, che sono costruiti sulle caratteristiche della produzione della singola U.O. specialistica. A titolo di esempio, nel caso della gastroenterologia, possono essere presenti degli ulteriori indicatori di efficienza del processo clinico (es. attesa istologico-intervento per il carcinoma al colon-retto), di efficacia (es. percentuale di colonscopie non completate) e di esito (es. interventi chirurgici con decesso).

Tale strumento ha trovato terreno di applicazione fertile soprattutto nell’area chirurgica, dove la misurazione delle procedure si basa su dati quantitativi e oggettivi, e il sistema è entrato a pieno regime già nel 2011. Il processo di misurazione e di sviluppo delle competenze cliniche, ad oggi, prevede la discussione dei report di monitoraggio sulle SdA ogni quattro mesi (è stato necessario allungare l’intervallo temporale delle riunioni, avendo allargato lo spettro di attività da monitorare) in un consesso formato da: il responsabile del sistema (Direttore Medico di Presidio Ospedaliero, DMPO), un suo collaboratore incaricato di seguire il dipartimento di cui fa parte l’U.O. monitorata, il direttore di U.O.C., un suo collaboratore medico e il responsabile infermieristico del reparto. I fattori critici di successo del modello, secondo il responsabile del sistema di valutazione delle *clinical competences*, sono la presenza di uno staff aziendale che esegue un monitoraggio capillare della qualità delle attività svolte dalle strutture organizzative mediche e che sappia entrare nel merito delle questioni cliniche. Inoltre, questi temi di gestione delle competenze sono rimasti fin dall’inizio, fuori dalle logiche del budget e delle incentivazioni: la qualità è un tema che i professionisti devono affrontare con il cambiamento dei comportamenti perchè è uno degli obiettivi della *mission* del medico, indipendentemente dall’incentivazione economica.

Inizialmente il modello ha fronteggiato alcune resistenze da parte dei clinici, dovute soprattutto alla mancanza della cultura della misurazione tra i professionisti di più lungo corso; l’avvicendamento con clinici più giovani nel corso degli anni ha portato una maggiore sensibilità verso la misurazione delle competenze e un utilizzo più diffuso e pervasivo dello strumento SdA. L’impiego delle SdA ha migliorato – nel corso del tempo – gli *outcomes* clinici delle UU.OO., diminuendo la probabilità di incorrere in errori, peggiorare i dati di produzione e di qualità.

### L’esempio dell’Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari (APSS) di Trento

L’Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari (APSS) gestisce le attività sanitarie e socio-sanitarie pubbliche sul territorio dell’intera Provincia Autonoma di Trento che comprende un bacino di utenza di quasi 540.000 abitanti. L’impulso alla costruzione di un sistema per la mappatura delle *clinical competences* nasce – a partire dal 2012 – dalla volontà della precedente Direzione Strategica Aziendale di garantire e gestire lo sviluppo professionale dei clinici in azienda e, successivamente, anche di correlarlo alla pianificazione organizzativa dipartimentale e aziendale, individuando le aree

di competenze scoperte o critiche con il fine di programmare correttamente lo sviluppo individuale dei professionisti in relazione alle esigenze organizzative. A partire dal 2012, quindi, il Servizio Pianificazione e Gestione del Cambiamento è stato incaricato di accompagnare i direttori di dipartimento e delle U.O. verso la definizione dei cataloghi delle prestazioni, ossia delle attività e delle procedure cliniche che sono svolte all'interno di una U.O.. Ogni catalogo è organizzato in macro-aree, a loro volta suddivise in attività cliniche per le quali viene indicato un elenco di prestazioni possibili oppure viene riportata una descrizione delle attività.

Ogni professionista dell'UO viene valutato in relazione alla capacità di svolgere quella specifica attività, con una scala a cinque livelli, più il livello zero:

Livello 0: "prestazione non assegnata",

Livello 1: "osservazione" della prestazione, effettuata da altro professionista;

Livello 2: "affiancamento" di un professionista autonomo,

Livello 3: "autonomia" nell'erogazione della prestazione;

Livello 4: "autonomia avanzata",

Livello 5: "supervisione", ossia possesso di un grado di competenza tale da rappresentare il tutor dei propri colleghi.

Se durante la sperimentazione si era adottato un metodo che prevedeva sia l'autovalutazione da parte del clinico sia l'attribuzione del livello di competenza per prestazione a seguito di valutazione del Direttore di Struttura Complessa, oggi l'assegnazione del grado di autonomia e competenza è esclusivamente appannaggio del Direttore di U.O. che compila la "Scheda di Assegnazione Individuale" per ciascun clinico della propria equipe. Tale scheda viene discussa tra Direttore U.O. e clinico attraverso un colloquio per l'assegnazione o, nei cicli successivi, per la rivalutazione delle competenze. Successivamente ciascuno dei Direttori delle UU.OO. carica le schede su un software integrato di gestione del personale cui accede la referente del sistema di valutazione delle *clinical competences*; quest'ultima effettua le analisi di confronto ed elabora possibili scenari relativamente ai livelli di autonomia e specializzazione per UU.OO. omogenee, evidenziando eventuali aree di criticità. Nel 2014 si è esteso il sistema a tutti i professionisti dei dipartimenti già coinvolti e ai dipartimenti di area chirurgica. Soprattutto nel caso delle chirurgie, l'azienda riteneva che la gestione di una complessa rete ospedaliera aziendale necessitasse la catalogazione delle prestazioni cliniche e la valutazione delle competenze dei professionisti per garantire lo svolgimento ottimale delle attività anche presso gli ospedali *spoke*. Nel caso dei dipartimenti di area chirurgica sono stati coinvolti 52 tra chirurghi e Direttori di U.O. per la definizione di 12 cataloghi di attività cliniche, relativi ciascuno a specializzazioni diverse. Successivamente la valutazione delle competenze ha coinvolto 144 chirurghi scelti dai propri Direttori (51% del totale dei professionisti). La valutazione delle competenze cliniche permette di individuare per ognuna delle singole attività/prestazioni quanti medici sono essere autonomi (livello 3-4-5), quanti hanno necessità di essere affiancati (livello 2), quanti possono solo osservare (livello 1), quanti non hanno competenze tali da poter effettuare la prestazione o non compete loro (livello 0). Se l'attività /prestazione in questione è effettuata in autonomia da una percentuale molto bassa di professionisti della U.O., si può evidenziare la necessità di distribuire la casistica su più professionisti e/o di pianificare la formazione adatta per rafforzare le competenze tecniche e garantire un maggiore numero di medici autonomi (spostamento verso livello 3 e 4).

In secondo luogo, la valutazione sul grado di autonomia è stata incrociata con alcune analisi sul personale dell'U.O. in particolare attraverso indicatori demografici quali:

1. N° e % medici con anzianità superiore ai 5 anni, per continuare con il consolidamento delle competenze;
2. N° e % medici under 45/50, su cui è necessario investire con una crescita delle competenze, anche di eccellenza;
3. N° e % medici in prossimità del pensionamento, che devono trasmettere le competenze ai più giovani;
4. N° e % donne medico under 45, per garantire la sostituzione delle loro competenze per i periodi necessari alla gestione delle gravidanze;
5. N° e % di medici residenti fuori dalla Provincia Autonoma di Trento, di richieste di mobilità da *hub* e di richieste di mobilità da *spoke*, per ragionare su politiche per trattenere le competenze che si sono formate in azienda.

A fine 2017 l'Azienda ha deliberato un Piano di Settore sullo Sviluppo delle Competenze e delle Prestazioni Individuali con la definizione delle strategie del triennio 2018-2020 che, per la parte delle *Clinical e Care Competences*, mirano a:

1. estendere la mappatura delle competenze cliniche al fine di supportare le scelte organizzative (specializzazione della rete di offerta) e le scelte sul personale (acquisizione e/o sviluppo).
2. aggiornare la mappatura delle competenze cliniche ai fini del nuovo accreditamento JCI per il S. Chiara di Trento;
3. estendere e utilizzare la mappatura delle competenze assistenziali nei contesti già sperimentati e avviare la mappatura delle competenze assistenziali in quelli prioritari.

Oltre alle scelte strategiche già definite nel Piano triennale, nella visione del direttore generale lo sviluppo del modello prevede diverse azioni:

1. la diffusione e il consolidamento del modello e del processo di rivalutazione delle *clinical competences* su tutte le UU.OO. dell'azienda;
2. un collegamento forte con la misurazione degli esiti clinici, dei volumi di attività, dell'efficacia e dell'efficienza dei processi produttivi sanitari, a partire dalle richieste del DM 70/2015;
3. l'estensione dell'accreditamento JCI e, quindi, la definizione completa delle competenze anche all'ospedale *hub* di Rovereto, non come mero perseguimento del "bollino" di eccellenza ma come percorso di miglioramento continuo e di abbandono dell'autoreferenzialità;
4. la definizione di percorsi di sviluppo professionale sia per medici alla fine della loro carriera professionale sia, soprattutto, per i medici under 45; per questi ultimi si ha l'obiettivo di creare una spinta motivazionale a investire e rimanere in azienda, anche attraverso la predisposizione o l'autorizzazione a partecipare a percorsi formativi di eccellenza;
5. la valorizzazione degli strumenti di mappatura delle competenze anche nelle logiche di creazione di reti *hub & spoke* tra gli ospedali di Trento, di Rovereto e i cinque ospedali *spoke* distribuiti sul territorio della provincia;
6. la definizione del catalogo di attività e la mappatura delle competenze di tutti i professionisti dell'azienda per ciascuna disciplina, può condurre ad una visione più chiara delle capacità presenti in ciascun ospedale e aiutare a impostare percorsi di crescita professionale e organizzativi che garantiscano sicurezza, qualità ed efficacia nell'erogazione delle prestazioni (come, ad esempio, una rotazione del personale dallo *spoke* all'*hub* per il mantenimento delle competenze, oggi solo su base volontaristica).

Nelle percezioni della referente del sistema di valutazione delle *clinical competences* e del direttore generale dell'APSS, uno dei maggiori vantaggi ottenuti dall'applicazione del modello è stata la sensibilizzazione dei Direttori di U.O. sulla necessità di monitorare le competenze e prevedere percorsi di sviluppo della professionalità dei propri collaboratori e sulla riorganizzazione e la redistribuzione delle attività della U.O. tra professionisti.

Tra i fattori che hanno favorito l'implementazione a questo stadio del modello di *clinical competences* vi sono, in particolare: una base nutrita di professionisti che credono in questo sistema e ne chiedono l'implementazione, in particolare enorme successo è stato riscontrato nell'area infermieristica; la Provincia Autonoma che sostiene i progetti di sviluppo organizzativo e delle competenze proposti dalle Aziende.

Tra le maggiori criticità: la resistenza iniziale dei sindacati medici all'implementazione del sistema; la mancanza di strumenti normativi e contrattuali che garantiscano la sistematizzazione di questa materia e definiscano chiaramente le conseguenze dell'utilizzo di tali strumenti; ciò ha condotto alla necessità di rassicurare i professionisti sul fatto che non vi sia un collegamento tra l'utilizzo dei sistemi di mappatura delle *clinical competence* e la responsabilità legale del medico.

### L'esempio dell'Istituto Clinico Humanitas

L'Istituto Clinico Humanitas è un IRCCS privato, ospedale ad alta specializzazione e sede di insegnamento universitario. È un'azienda multispecialistica e monopresidio, che impiega oltre 700 professionisti medici. Fino dalla sua apertura, nel 1996, per iniziativa del gruppo industriale Techint, si configura come azienda ospedaliera con una forte caratterizzazione manageriale e di governo clinico. È stata la prima struttura sanitaria italiana ad essere accreditata da JCI, nel 2002, e dal 2018 è accreditata come Academic Hospital.

Il sistema di mappatura e misurazione delle competenze professionali

Il primo impulso per la definizione di un sistema di mappatura e valutazione delle *clinical competences* deriva dalle richieste JCI per ottenere l'accreditamento all'eccellenza. Il compito è stato affidato alla responsabile Sviluppo Progetti all'interno della Direzione Human Resources dell'Istituto, che ha incontrato ciascuno dei Direttori di U.O. clinica per stabilire il processo di mappatura delle competenze. L'azienda ha modificato i modelli tradizionali, adottando un sistema di valutazione dell'autonomia professionale su quattro livelli:

1. Livello 1: non autonomo
2. Livello 2: necessita di supervisione
3. Livello 3: autonomo
4. Livello 4: completamente autonomo e in grado di affiancare altri professionisti
5. Livello N.V.: Non Valutabile, se trattasi di prestazioni che il professionista non esegue; non è legato al possesso o meno della competenza.

Per ogni unità operativa è identificato l'elenco di tutte le macro categorie di attività clinica relative a quella disciplina ed erogate presso la struttura. Le schede sono omogenee a livello dipartimentale, in particolare per il dipartimento di medicina interna e specialistica e per il dipartimento delle chirurgie generali, perciò è possibile che risultino molti professionisti Non Valutabili. Il Direttore di U.O. annualmente assegna un livello di autonomia a ognuno dei professionisti che operano nella propria struttura, per ciascuna delle macro categorie di attività descritte. Tale valutazione non è frutto di un automatismo, ad esempio legato ai livelli minimi di casistica, ma discende dalla conoscenza diretta

del Direttore di U.O. del livello di competenza professionale del professionista e dall'analisi degli esiti e delle performance dell'attività clinica, elaborati da un innovativo sistema informativo aziendale (CPIS – Clinical Performance Information System). Gli indicatori disponibili per tipologia di intervento o area di attività riguardano, ad esempio, tempi operatori, degenza media, re-interventi, re-ingressi, infezioni, consumo sangue, richieste per consulenze interne e per esterni, leggibili a livello macro per U.O., e a livello micro, sul singolo professionista. Il sistema si aggiorna quotidianamente, e le informazioni contenute oltre ad essere accessibili ai professionisti vengono puntualmente analizzate dall'ufficio qualità e dalla direzione aziendale. Dal processo di valutazione delle *clinical competences* discende l'attribuzione dei *clinical privileges*: per ogni prestazione viene indicato se il professionista può/non può eseguire quella attività; ciascun professionista ha, quindi, una serie di prestazioni assegnate o non assegnate/assegnabili corrispondenti a quelle su cui ha ricevuto una valutazione da parte del responsabile. Se il dato di valutazione e il grado di autonomia è visibile al solo responsabile e al singolo professionista, i *clinical privileges* sono visualizzabili da tutti i professionisti sanitari dell'azienda. Ciò in ragione del fatto che gli standard JCI richiedono a tutti coloro che potrebbero avere rapporti professionali con il singolo professionista di conoscere se può o meno erogare una determinata prestazione. La valutazione del livello di autonomia comporta l'identificazione di percorsi di sviluppo professionale e formazione, soprattutto nei primi anni di professione. La Direzione Generale e la Direzione Sanitaria sono coinvolte direttamente nelle principali strategie di sviluppo delle competenze, così da rendere i livelli di competenze adeguati e coerenti con le strategie aziendali, evitando la creazione di livelli eccessivi di iper-specializzazione o aree in cui le competenze risultano eccessivamente concentrate in un numero ridotto di professionisti. Tale sistema è quindi utilizzato con funzione formativa prevalentemente per i medici che sono all'inizio del proprio percorso professionale, con una funzione autorizzativa progressiva a cui si accompagnano politiche di sviluppo ad hoc. Dopo alcuni anni di pratica professionale è invece abituale che un professionista raggiunga un livello di autonomia pari a 4, almeno negli ambiti di propria competenza. In questi casi le politiche di sviluppo non sono più finalizzate all'aumento del livello di autonomia, e pertanto non sono direttamente collegate e integrate nel sistema di attribuzione dei *clinical privileges*. Ciò a meno di particolari sviluppi tecnologici che prevedano l'introduzione di nuove terapie o tipologie di interventi, che vengono allora incorporati come nuovi *items* nelle schede dei *privileges*. Inoltre, al momento della selezione di nuovi medici, viene sempre compilata una scheda di profilazione iniziale per i *privileges*, che sarà oggetto di approfondita analisi e assegnazione definitiva delle competenze da parte del proprio Direttore di Struttura durante il processo di ri-valutazione annuale. Si noti come la valutazione del livello di autonomia non ha alcun impatto su eventuali bonus di natura monetaria. Tuttavia le valutazioni del livello di autonomia clinica, insieme alla valutazione di altre componenti (performance scientifiche e *soft skills*), rappresenta una delle dimensioni considerate in fase di valutazione in merito all'attribuzione di avanzamenti di carriera. Il sistema di valutazione si appoggia ad un applicativo che dialoga con gli altri sistemi informativi aziendali e il processo di valutazione viene supportato operativamente dalla Direzione Risorse Umane. Tra i fattori che hanno favorito l'implementazione del modello di *clinical competences* vi sono, in particolare: l'inserimento dello strumento all'interno degli standard di accreditamento JCI; la qualità del sistema informativo aziendale CPIS; il sostegno e l'utilizzo di questi strumenti da parte della direzione aziendale nel governo dei professionisti. Tra le maggiori criticità le resistenze organizzative e le difficoltà nell'utilizzo di questi strumenti con i medici più senior e in area medica. Inoltre, nel prossimo futuro, l'azienda prevede di perseguire un'integrazione ancora più profonda tra i dati raccolti dal CPIS e il

sistema di attribuzione dei livelli di autonomia, con l'identificazione di valori minimi di casistica, valori soglia di esito, ecc.. Questo sviluppo potrebbe portare sempre più verso la definizione di un algoritmo che valuti – sulla base dei dati quantitativi – le competenze dei professionisti.

L'esempio dell'Istituto Europeo di Oncologia

L'Istituto Europeo di Oncologia è un IRCCS privato, specializzato nella prevenzione, diagnosi e cura dei tumori. Nato nel 1994 da un'idea del Prof. Umberto Veronesi, è un'azienda con una sede principale operativa principale composta da due edifici situati al confine Sud di Milano, un presidio ambulatoriale in città ed una struttura di ricerca. L'azienda impiega circa 300 professionisti medici e da sempre ha un forte orientamento all'attività di ricerca. Ha ottenuto l'accreditamento JCI nel 2002, primo Cancer Center al di fuori degli Stati Uniti a riceverla.

Il sistema di valutazione degli esiti clinici e delle competenze professionali

L'azienda ha adottato per oltre dieci anni un sistema di valutazione dell'autonomia professionale su cinque livelli:

1. Livello 0: non autorizzato ad effettuare la prestazione;
2. Livello 1: autorizzato a svolgere compiti semplici (con supervisione di collega autonomo);
3. Livello 2: autorizzato a svolgere tutti i compiti (con supervisione di collega autonomo);
4. Livello 3: autorizzato in totale autonomia;
5. Livello 4: autorizzato in totale autonomia e in possesso di un grado di competenza tale da rappresentare un punto di riferimento per i colleghi (tutor);
6. Livello NA-non applicabile: se prestazioni non oggetto di specializzazione da parte del professionista.

Inizialmente, per ogni reparto tale sistema identificava l'elenco tutte le macro categorie di attività clinica relative a quella disciplina e offerte presso la struttura. Il responsabile della disciplina annualmente assegnava un livello di autonomia a ognuno dei professionisti del reparto per ciascuna delle macro categorie di attività, in virtù della conoscenza diretta del livello di competenza professionale. Tuttavia, l'azienda aveva riscontrato come in diversi casi tale strumento era sottoutilizzato in quanto diversi responsabili della disciplina non valutavano (o non condividevano con i singoli collaboratori) i livelli di autonomia. Solo in un numero esiguo di reparti, spesso quelli accreditati da enti esterni e dotati di sistemi informativi ad hoc in grado di rilevare i livelli di esito clinico, tale strumento veniva pienamente agito ed era occasione di governo e sviluppo professionale. Pertanto, nel 2016, l'azienda ha deciso di riprogettare il sistema, almeno per l'area chirurgica, in quanto più strategica per l'indirizzo dell'attività aziendale. Caratteristica precipua di tale nuovo strumento è l'integrazione con il sistema di monitoraggio degli indicatori di esito clinico, che vanno a costituire il presupposto per l'attribuzione dei livelli di autonomia. È in essere infatti un sistema informativo con aggiornamenti in tempo reale che raccoglie e comunica esiti e performance dell'attività clinica, e che include dati di *outcome*, reinterventi, riammissioni, richieste per consulenze da altri reparti. In ogni reparto chirurgico vengono identificati tutti gli interventi/procedure principali (più frequenti o più rilevanti) che il professionista potrebbe essere chiamato a svolgere. Viene quindi redatta una scheda individuale in cui, in corrispondenza di ciascun intervento, vengono riportati i dati di *outcome* e produttività relativi al singolo professionista, oltre ad altre informazioni rilevanti per la

*clinical governance* (ad es. percentuale di pazienti SSN, o tempi operatori per pazienti complessi). Gli indicatori sono definiti per patologia e sono più dettagliati per gli interventi che rappresentano almeno l'80% della produzione. Per gli interventi effettuati come 1° operatore sono presenti i seguenti indicatori:

1. N° interventi (in alcuni casi con distinzione SSN e Solventi);
2. Tempo chirurgico (media e mediana);
3. Degenza (media e mediana);
4. N° Reinterventi (durante il ricovero principale);
5. N° Decessi (durante il ricovero principale).

Inoltre, per gli interventi effettuati come 2° o 3° operatore, viene monitorato il numero di interventi senza ruolo di tutor (ovvero quando il 1° operatore ha privilegges  $\geq 3$ ) e quelli con ruolo di tutor. Non sono stati invece definiti livelli minimi di casistica. Dal processo di valutazione degli *outcome* clinici discende l'attribuzione dei *clinical privileges*: per ogni prestazione il responsabile dell'unità operativa indica un livello di autonomia da 1 a 4. Per rispettare l'indicazione di JCI che richiede a tutti coloro che potrebbero avere rapporti professionali con il singolo di conoscere se è o meno autonomo in una determinata procedura, IEO – diversamente da Humanitas – ha optato per rendere il livello di autonomia pienamente visibile, ma solo a quei professionisti necessariamente tenuti a conoscerlo, quali il caposala di sala operatoria, o il responsabile blocco operatorio, ma non ad esempio i professionisti del reparto o di altri reparti. La valutazione del livello di autonomia comporta l'identificazione di percorsi di sviluppo professionale e formazione, soprattutto nei primi anni di professione. La Direzione Sanitaria e l'Ufficio Rischio Clinico sono coinvolti direttamente nella verifica dei dati di esito e nella definizione delle strategie di formazione e sviluppo delle competenze per ogni tipologia di intervento, anche in base alle previsioni della domanda, delle evoluzioni tecnologiche, ecc..

Anche in questo caso la valutazione del livello di autonomia non ha alcun impatto su eventuali bonus di natura monetaria, ma la valutazione del livello di autonomia clinica, insieme alla valutazione delle *soft skills* alimentano il sistema di valutazione multidimensionale, indirettamente collegato agli avanzamenti di carriera. Nel prossimo futuro, l'azienda prevede di introdurre strumenti automatizzati che consentano di assegnare automaticamente i casi più complessi ai professionisti con livelli di *performance* più elevati per ciascuno specifico intervento, in termini ad esempio di tempi operatori, tasso di riammissioni o complicanze, ecc. Di conseguenza intende estendere le analisi predittive – per ora sviluppate solo a livello di pilota – sui risparmi economici ottenibili con un'allocazione ottimale della casistica tra i professionisti più competenti. Ciò naturalmente dovrà essere realizzato con attenzione e senza impedire l'assegnazione di casistica a medici meno esperti ma in formazione. Inoltre, prevede di sviluppare sistema automatici di *alert* per il rischio clinico, ad esempio se dovessero essere previsti come 1° e 2° operatore di un intervento due professionisti che non hanno livello di autonomia sufficienti. Da ultimo, l'azienda intende estendere lo strumento di attribuzione dell'autonomia professionale anche ai professionisti delle discipline mediche e dei servizi. Tra i fattori che hanno favorito l'implementazione a questo stadio del modello di *clinical competences* vi è in particolare la natura prevalentemente clinica del modello, unita alla chiara rilevanza strategica degli indicatori monitorati, ovvero il confronto tra gli obiettivi di *leadership* clinico-scientifica dichiarati dall'istituto e dai suoi professionisti e gli effettivi volumi di casistica e livelli di competenza. Tra le maggiori criticità le resistenze dei professionisti, poco abituati a vedere la propria attività oggetto di attento monitoraggio e valutazione.

### L'esempio dell'ASST Settelaghi

Nell'ASST Sette Laghi in provincia di Varese dal 2014 al 2019 è stato messo a punto un sistema di valutazione delle performance individuali in raccordo con gli obiettivi aziendali assegnati dal livello regionale e, soprattutto, la definizione di un percorso di mappatura delle competenze professionali, in particolar modo della dirigenza medica e sanitaria secondo un modello codificato di sviluppo professionale.

Per l'importanza e la completezza del compito, l'Azienda ha ritenuto di non lasciare la valutazione del personale all'iniziativa dei singoli tramite modalità saltuarie, non omogenee e soggettive. Si è ritenuto necessario che la valutazione del personale venisse formalizzata, prevedendo gli obiettivi, la "popolazione" interessata (valutatori e valutati), i metodi e gli strumenti più adatti all'ambito valutativo (prestazione, posizione, potenziale), così da trasformarsi, da un parere soggettivo, in una tecnica organizzativa che rilevasse e misurasse le prestazioni e le caratteristiche professionali dei dipendenti con modalità comparabili e quindi omogeneizzabili. Si è giunti quindi ad un processo periodico di determinazione di "fatti" (prestazioni qualitative e quantitative, comportamento) e di caratteristiche soggettive (capacità e attitudini) svolto in modo sistematico grazie a criteri uniformi e ad una procedura determinata.

Sulla base di questi presupposti nell'anno 2014 l'Azienda Ospedaliera di Varese, che è poi divenuta Azienda Socio Sanitaria Territoriale Settelaghi, ha avviato un percorso di assegnazione di obiettivi individuali, distinguendoli fra obiettivi di budget declinati secondo il principio "dell'albero degli obiettivi", e di valutazione delle capacità manageriali per tutti i dirigenti cui sono assegnate risorse umane. Parallelamente è stato ritenuto necessario sviluppare un sistema che mappasse le competenze specialistiche e consentisse di assegnare a tutti i dirigenti medici e dirigenti sanitari obiettivi di sviluppo professionale. Si è ritenuto che riconoscere le capacità professionali di ogni operatore fosse la modalità tramite la quale si potessero realizzare piani di sviluppo professionale/piani formativi individuali in funzione delle competenze necessarie all'incarico assunto. In coerenza con questo principio si è ritenuto opportuno tendere alla valorizzazione degli incarichi professionali rispetto agli incarichi gestionali mediante una diversa allocazione delle risorse economiche aziendali. Il tema della professionalità dei dirigenti ha evidenziato la necessità di creare delle tappe nel percorso di sviluppo delle specialità all'interno dei dipartimenti per prevedere evoluzioni delle posizioni professionali in funzione della resa del dirigente e delle verifiche aziendali. E' stato necessario disegnare il processo formativo e valutativo per costruire un percorso di sviluppo che sostenesse la politica delle risorse umane dell'Azienda.

Il lavoro preso in considerazione riguarda l'U.O. di Chirurgia Generale Oncologica e Mininvasiva fondata con il Piano di Organizzazione Aziendale del 2016, ponendosi l'obiettivo della formazione del personale Medico finalizzata ad una adeguata risposta al bisogno.

Il percorso formativo è stato affrontato e disegnato individualmente con il singolo professionista secondo le proprie inclinazioni ed attitudini, accordando il *time table*, il monitoraggio e la valutazione.

In questo senso la Direzione Aziendale ha proposto una collaborazione con esperti del settore al fine non solo di stilare una sorta di *job description* ma anche di monitorare e misurare la curva di apprendimento.

All'interno della Struttura Complessa di Chirurgia Generale Oncologica e Minivasiva si è creato una sorta di modello *Hub & Spoke* interno in cui l'*Hub* è rappresentato dal detentore del "privilegio" che diventa nel tempo autonomo fino a *tutor* e riferimento per gli altri e viceversa.

Nel tempo anche all'interno dell'Ospedale stesso si è trasmesso questo messaggio, esempio ne è il Gruppo Multidisciplinare per le patologie neoplastiche dell'apparato gastro-enterico, dove emerge chiaramente la figura dell'esperto di settore ben riconosciuto dal *team*. Gli implementatori si ponevano l'obiettivo di ampliare la capacità di risposta alla singola domanda di salute mantenendo alti i livelli di qualità, la possibilità di affrontare i notevoli volumi di attività e la possibilità di valorizzare il compito dei presidi periferici.

### Obiettivi specifici e strategici del progetto

Le strategie aziendali nel campo della gestione e dello sviluppo del personale sono elaborate dalla Direzione pensando ad una forte interdipendenza tra:

1. il disegno delle strutture organizzative e la conseguente definizione di chiari organigrammi (analisi e progettazione dei sistemi organizzativi);
2. la definizione di precise aree di responsabilità lavorative tecnico-specialistiche o di gestione di risorse umane e materiali (definizione di obiettivi e di sistemi di controllo dei risultati, mappatura delle professionalità, identificazione, graduazione e valutazione delle posizioni);
3. i risultati, comportamenti organizzativi e stili di direzione (valutazione delle prestazioni e del potenziale);
4. il sistema premiante (retribuzione variabile e sviluppo professionale);
5. l'aggiornamento professionale e la formazione ECM/CPD (Piano di Formazione Aziendale Annuale).

A fronte di obiettivi aziendali dati dal sistema l'ASST ha posto in essere, in modo oggettivo e pragmatico, un modello che coinvolge direttamente ed individualmente ogni professionista con l'assegnazione di obiettivi annuali personalizzati. La somma del raggiungimento degli obiettivi del singolo permette all'azienda il raggiungimento dei più ampi obiettivi di sistema. E' solo se ciascuno "fa la propria parte" che si riescono a porre in essere quella serie di azioni concrete che permettono di raggiungere risultati prefigurati e performanti.

Sulla scorta delle coordinate date da Regione Lombardia per l'attuazione e lo sviluppo dei sistemi di valutazione il percorso nell'Azienda "Circolo - Sette Laghi" si è ispirato ai seguenti principi:

1. conoscenza e consapevolezza chiara, fin dal momento della firma del contratto individuale da parte di tutti gli interessati (valutati e valutatori), dei criteri e delle regole che disciplinano i sistemi di valutazione adottati;
2. identificazione preliminare ed inequivocabile dei parametri di valutazione (che cosa valutare) ai quali riportare i risultati e/o i giudizi espressi;
3. preventiva definizione dei valutatori, con particolare attenzione alla catena delle responsabilità gerarchico-funzionali e alla conoscenza diretta dell'attività del valutato da parte del valutatore;
4. trasparenza delle procedure e dei meccanismi di valutazione, la loro applicazione puntuale e il più possibile oggettiva e coerente con le disposizioni normative e contrattuali vigenti in tema di valutazione;

5. definizione iniziale e presentazione formale a tutto il personale degli obiettivi regionali, aziendali e di articolazione organizzativa da raggiungere;
6. monitoraggio periodico dello stato di avanzamento di tutti gli obiettivi assegnati mediante report quantitativi e qualitativi;
7. adeguata formazione dei valutatori per realizzare condivisione e comprensione delle metodologie di valutazione adottate e garantire omogeneità nelle attitudini valutative.

La valutazione nell' ASST Sette Laghi ha come contenuto:

1. la prestazione annuale, ovvero la valutazione degli obiettivi individuali di ogni operatore sia gestionali che di attività sulla scorta del principio della "declinazione a cascata" ad inizio anno degli obiettivi aziendali, dipartimentali e di struttura;
2. l'apporto manageriale (per i ruoli apicali), ovvero l'apporto dato con le capacità di natura "organizzativa", intendendo con questo termine tutti i comportamenti proattivi al buon funzionamento dell'unità operativa o del dipartimento;
3. le competenze professionali possedute finalizzate alla valutazione professionale, ovvero alla mappatura e alla verifica sul campo che deve attestare la crescita specialistica (formazione, attività, ricerca clinica e capacità) di ogni dirigente in relazione alla responsabilità affidatagli nella propria unità operativa e/o dipartimento.

Metodologia adottata

### *Lo sviluppo professionale*

Elemento imprescindibile nelle organizzazioni sanitarie è garantire e monitorare lo sviluppo professionale di chi vi lavora. I sistemi attualmente in vigore in molte Aziende Socio Sanitarie, tra cui quella dei Sette Laghi, sono costruiti sull'anzianità di servizio e su criteri descrittivi con poco impatto sulla dimensione del saper fare e del saper essere, richieste invece dall'organizzazione all'atto dell'attribuzione e della conferma delle responsabilità dirigenziali insite negli incarichi professionali, come da Contratto Collettivo Nazionale (CCNLL 2000, successive modifiche, bozza 2016 - 2018).

Per questo motivo l'azienda ha sperimentato negli anni 2013 – 2018 un progetto volto alla definizione di un metodo documentabile di lettura e di valutazione delle *skills* tecnico-specialistiche, da utilizzare in tutti i dipartimenti pur con il necessario adattamento alle diverse professionalità mediche e sanitarie. La Direzione Strategica ha costruito il suo sistema aziendale grazie ad un forte coinvolgimento dei medici e dei sanitari, usando il loro linguaggio e avendo come contenuto le loro attività. Partendo dal ripensamento della mission di ogni U.O. sanitaria aziendale si è passati alla verifica dei criteri di organizzazione e di divisione del lavoro a supporto degli obiettivi, alla lettura delle competenze di ogni professionista, alla definizione di percorsi di lavoro e di crescita professionale individuali unitamente alle azioni di miglioramento da attivare per singolo professionista. Come da indicazione contrattuale l'arco temporale della valutazione professionale, successiva alla mappatura iniziale, è il triennio; il modello è stato costruito per permettere la verifica annuale e la/le azione/i di miglioramento per "irrobustire" le tecniche e i comportamenti, prerogativa di avanzamenti nel percorso delineato.

E' stata costruita una scheda per ogni professionista che illustra il livello di professionalità al "tempo zero", ovvero quello di ingresso in Azienda espresso in termini di formazione necessaria, linee di attività su cui lavorare e privilegi autorizzati. Annualmente, e nell'arco della durata dell'incarico

professionale assegnato al dirigente, la scheda rappresenta la mappa su cui raffigurare lo stadio in cui si colloca il professionista e attivare successivamente “costruttivi” percorsi di confronto fra il dirigente e il superiore gerarchico.

Il percorso aziendale si è svolto attraverso il completamento di 5 fasi:

1. descrizione, nell’ambito della disciplina esercitata in ogni Unità Operativa ospedaliera, del percorso di sviluppo professionale costruito su 10 *item* e graduato su tre livelli (professionalità buona, professionalità ottima, professionalità eccellente) in relazione alla domanda, alla casistica, alle peculiarità aziendali e alle specificità del Presidio ospedaliero e non alla valorizzazione delle capacità professionali delle persone che già lavorano nella struttura organizzativa;
2. identificazione dei comportamenti professionali che rappresentano le principali capacità da possedere per l’esercizio di quella disciplina in ciascuno dei tre livelli sopra citati;
3. posizionamento di ogni dirigente rispetto al percorso di sviluppo della propria disciplina nell’ASST (primo punto), ovvero lo scostamento tra profilo atteso e profilo posseduto;
4. identificazione dei “privilegi clinici” (standard Joint Commission International) di ogni medico afferente all’U.O, ovvero il livello di autonomia lavorativa del dirigente rispetto ad ogni linea di attività e ad ogni prestazione sanitaria erogata nell’U.O. I risultati sono il fabbisogno formativo delle UU.OO. e presupposto per la formulazione di una parte del Piano di formazione aziendale;
5. attribuzione di obiettivi professionali annuali espressione delle azioni di miglioramento da perseguire a fronte del posizionamento e dell’eventuale divario tra punteggio conseguito e massimo punteggio perseguibile.

La prima e la seconda fase sono una rappresentazione formulata dal Direttore di S.C. del percorso di crescita della disciplina nel contesto organizzativo in cui è situata indipendentemente dai professionisti di cui si avvale; le altre tre fasi, invece, sono la traduzione sui professionisti che afferiscono alla S.C. di quanto previsto a livello “auspicato, ma non astratto rispetto alla realtà organizzativa”.

Le cinque fasi rappresentano *steps* di un percorso perciò devono essere coerenti tra loro in quanto rappresentano ciò che il singolo professionista sa fare, ma anche in quale ambito deve migliorare per poter essere in linea con le esigenze aziendali e della propria U.O., sulla scorta del modello clinico-organizzativo previsto dal Direttore.

La metodologia qui esposta trova corrispondenza:

1. negli intenti degli standard Joint Commission International che afferiscono all’area delle risorse umane “Qualifiche e Formazione del Personale” – SQE.4;
2. negli obiettivi Internazionali per la Sicurezza del Paziente (a. identificare correttamente il paziente; b. migliorare l’efficacia della comunicazione; c. migliorare la sicurezza dei farmaci ad Alto rischio; d. garantire l’intervento chirurgico in paziente corretto, con procedura corretta, in parte del corpo corretta; e. ridurre il rischio di infezioni associate all’assistenza sanitaria; f. ridurre il rischio di danno al paziente in seguito a caduta) la cui implementazione è obbligatoria dal 1 gennaio 2008 in tutte le organizzazioni accreditate JCI sulla base degli Standard Internazionali per gli Ospedali, prevedendo – ove possibile - soluzioni sistemiche.

Fasi di sviluppo del progetto:

1° FASE: Individuazione dei criteri di sviluppo professionale e formalizzazione della scheda per ogni specialità, qui quella chirurgica .

La scheda individuale è frutto del lavoro dei Direttori di S.C. che, nell'ambito di momenti di lavoro guidato, hanno assunto gli *items* della prima colonna quali proxy del termine professionalità. Ciascun Direttore ha predisposto i contenuti della scheda dell'U.O. indicando con riferimenti descrittivi e quantitativi lo sviluppo nei tre livelli concordati di "maturità professionale" (buona, ottima, eccellente), secondo il principio di crescita nella professione.

2° FASE: Scelta delle capacità da correlare al ruolo svolto.

Ogni Direttore di S.C. ha individuato e selezionato 10 capacità in un panel di 33 in ottemperanza alle teorie riguardanti il modello delle competenze: le voci scelte sono da considerarsi strategiche ed indispensabili per l'esercizio di quell'incarico dirigenziale, stante il livello di responsabilità assegnate.

3° FASE: Posizionamento dei Dirigenti.

Sulla scheda predisposta in FASE 1 è stato indicato il peso di ciascun *item* ed ogni Direttore di S.C. ha effettuato il posizionamento dei propri dirigenti sulla scorta della loro adeguatezza a quanto descritto in ogni casella di descrizione dei tre livelli professionali.

Il peso rappresenta l'importanza che l'*item* ha nello sviluppo delle competenze professionali per la disciplina; può essere definito a livello aziendale oppure di U.O. e, in prima approssimazione del modello, non può mutare da dirigente a dirigente. L'indicazione del punteggio parziale e totale permettono al Direttore di formulare delle azioni di miglioramento per i due dirigenti mirate alla crescita dell'ambito di maggior carenza.

4° FASE: Formulazione della lista dei Privileges.

Nell'ultima fase del progetto il Direttore ha esplicitato l'elenco delle linee di attività e delle prestazioni erogate nella propria U.O. e ha indicato per ognuna di esse la formazione necessaria ed il livello di autonomia di ogni professionista "abilitato" all'attività (tutor = T ; autonomo = A, da potenziare = DP ; parzialmente autonomo = PA ; in formazione = IF ; piano di sviluppo futuro = PS ; non settore di appartenenza = NSA ; non autonomo = NAU), unitamente al percorso di lavoro qualora non propriamente in linea con le attese aziendali.

Il completamento delle 5 fasi trova la sua sintesi in una Scheda di Sviluppo Professionale per ciascun dirigente, strumento organico di monitoraggio da parte del diretto superiore nel corso dei 3 anni di titolarità dell'incarico anche in vista della valutazione del Collegio Tecnico.

5° FASE: Formulazione degli obiettivi individuali professionali

Successivamente al posizionamento ogni Direttore ha identificato, su apposita scheda, un obiettivo professionale per ciascuna delle tre tipologie di dirigente (dirigente con professionalità buona, dirigente con professionalità ottima, dirigente con professionalità eccellente). Gli obiettivi formulati con relativo indicatore atteso devono riguardare lo sviluppo sia la componente tecnico specialistica (incremento *skill* operative) sia le capacità.

L'obiettivo è annuale con verifica "informale" e può essere riproposto per il triennio in funzione della difficoltà chirurgica che comporta. Il monitoraggio costante permetterà al termine del triennio di

fornire ad ogni valutatore dati più significativi in merito ai progressi “nelle competenze e nelle abilità” individuali dei dirigenti.

E' stata cura del Direttore dedicare un tempo congruo a ciascun collaboratore per un confronto personale nella fase di assegnazione degli obiettivi, nella verifica intermedia e nella verifica finale; all'inizio del colloquio il dirigente può formulare una proposta di autovalutazione sul grado di raggiungimento degli obiettivi. La sottoscrizione da parte del dirigente della scheda individuale nelle tre diverse fasi costituisce prova della corretta assegnazione degli obiettivi, del monitoraggio intermedio e della verifica finale.

E' nella disponibilità del dirigente apporre note sintetiche in calce alla scheda individuale sia all'atto della formulazione degli obiettivi che della loro valutazione. Al dirigente viene consegnata copia della scheda sottoscritta.

### Risultati

A seguito del percorso fatto dai dirigenti sotto la guida del Direttore di S.C. le capacità professionali si sono incrementate, tanto da dar seguito a nuovi posizionamenti che delineano la competenza tecnico professionale del chirurgo, sottolineando i volumi di attività, e le nuove capacità di comportamento richiesto.

### 3. Analisi della situazione nazionale e regionale

La Competenza Professionale medica rappresenta un patrimonio di conoscenze, abilità e comportamenti che origina dall'acquisizione della specialità accademica ed è integrato dall'esperienza lavorativa e dalla formazione continua. Perché in Italia non ha attecchito? C'è la necessità di applicarlo? In quale fase di carriera?

Nella definizione di Epstein la Competenza clinica è descritta come "l'uso abituale e prudente della comunicazione, delle conoscenze, delle abilità tecniche, del ragionamento clinico, delle emozioni, dei valori e delle riflessioni critiche sulla pratica di tutti i giorni per generare il benessere dell'individuo e nella comunità". Ne deriva quindi che la Competence non è un risultato raggiunto ma un'abitudine ad apprendere per tutto il corso della vita professionale. L'acquisizione/valutazione delle *clinical competence* continua ad essere un argomento *in progress*.

In Italia il recente riordino delle Scuole di Specialità ha contribuito a meglio definire le caratteristiche professionali del professionista, individuando gli obiettivi formativi e le attività professionalizzanti (obbligatorie ed elettive) necessarie per il raggiungimento della finalità didattica della Scuola, in un'ottica di accreditamento delle strutture universitarie.

La formazione universitaria rappresenta però solo la base di quelle *clinical competence* che devono accompagnare lo specialista per tutta la vita professionale.

Nel nostro paese gli aspetti della formazione e dell'aggiornamento post-universitario sono governati dal programma nazionale di Educazione Continua in Medicina (ECM) a gestione non del MIUR ma del Ministero della Salute attraverso. Il sistema ECM rappresenta un insieme organizzato e controllato di attività formative teoriche e pratiche, gestite da provider accreditati, che si prefigge lo scopo di fornire non solo nuove conoscenze ed abilità ma anche attitudini utili ad una pratica competente ed esperta. Il programma ECM ha in se le potenzialità per avviare il percorso di un "*accreditamento individuale professionale*", volontario, come già auspicato in diversi documenti regionali o di singola USL.

Nella recente ultima revisione della normativa ECM da parte della Conferenza Stato-Regioni sono elencati gli obiettivi formativi di interesse nazionale, il numero di crediti da acquisire annualmente e le indicazioni per la costruzione e sperimentazione di un "*dossier formativo regionale e d'equipe*."

In ambito istituzionale inoltre, accanto alla definizione dei profili professionali con le rispettive aree di azione, si stanno introducendo sistemi di riconoscimento dell'apprendimento professionale avvenuto anche in percorsi non formali per quantificare le competenze acquisite "sul campo". Si certificano così dandone evidenza legale, gli apprendimenti comunque sviluppati nelle diverse professioni, non solo in ambito sanitario.

Siamo ancora lontani dal sistema USA (MEDICARE-Joint Commission) di definizione della "competenza" individuale e della conseguente assegnazione certificata dei "privilegi", intendendo con questo termine gli atti medici, le skills, che il singolo professionista è autorizzato a svolgere all'interno dell'organizzazione dove opera. In questo modo la professionalità del singolo è inserita in un contesto di rete per fornire delle prestazioni, dove il singolo specialista difficilmente agisce in completa autonomia ed abitualmente collabora all'interno di un sistema integrato. In questa

situazione le *clinical competence* specialistiche non hanno solo un aspetto individuale collegato alla garanzia di qualità delle cure o delle prestazioni fornite dal singolo professionista, ma esprimono quella dell'intera equipe. Si costituisce quindi una Clinical Competence di equipe che sarà in relazione alla "mission" delle Aziende e che costituisce, come Qualità Professionale, parte integrante del Sistema Qualità di ogni Unità Operativa afferente alle rete.

I Riferimenti Normativi per la Competence delle Strutture sono definiti dai diversi sistemi regionali di Accreditamento Istituzionale per le Strutture ed i Professionisti che però spesso si limitano a fornire solamente i requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi generali/specifici per le diverse specialità e restano su generiche affermazioni quanto a caratteristiche delle Clinical Competences di struttura ed ancora di più di singolo professionista, insomma se non in isolate esperienze non vengono oggettivamente misurate e pesate dall'azienda stessa o da un ente certificatore.

La Clinical Competence per un Ente certificatore di strutture che erogano servizi sanitari viene però interpretata come quell'entità che: *Definisce i requisiti minimi previsti e intesi come percorso formativo finalizzato ad acquisire la "capacità di fare" in sicurezza una specifica attività assistenziale. Può essere definita dalle istituzioni diventando requisito obbligatorio (alcune Regioni hanno definito i requisiti in relazione all'accreditamento) e/o da società scientifiche. Devono comunque essere definiti (utilizzando riferimenti istituzionali, di società scientifiche e/o della propria esperienza) dal Direttore della struttura nella sua funzione di responsabile organizzativo. La loro definizione è il presupposto per definire i bisogni di formazione e un piano di addestramento.*

Su queste premesse trova quindi piena giustificazione l'introduzione di aspetti della Clinical Competence in alcuni documenti di Accreditamento Istituzionale regionale Emilia Romagna che normano le reti cliniche all'interno della stessa ( DGR n. 2040/2015, DGR n. 1907/2017, DGR n.972/2018)

Altro esempio italiano è quello della Regione Sicilia che con D.A. nn. 2720 e 2855 del 2010 e D.A. n. 1528 del 2011 dà il via ad un programma per il tentativo della diffusione dei "privileges" all'interno delle strutture ospedaliere siciliane, creando una convenzione con JCI.

I criteri considerati dagli Amministratori in fase di definizione dell'Accreditamento sono necessariamente minimi e non specifici mentre sarebbe compito della Società Scientifica definire la figura professionale ed il suo percorso.

Si tratta di una materia chiave anche perché in Italia non sono previsti sistemi istituzionali di rivalutazione continua della professionalità specifiche dei medici, in capo alle aziende sanitarie, alle società scientifiche o al sistema sanitario, come accade ad esempio nella maggior parte dei paesi di matrice anglosassone. Da osservare che si potrebbe surrogare tale carenza, almeno in ambito SSN, con il lavoro dei collegi tecnici di valutazione di fine incarico e di suo rinnovo, a patto che tali collegi possano avvalersi di elementi concreti e di metodi di analisi che permettano effettivamente di apprezzare le competenze cliniche dei professionisti, cosa che non è oggi nelle prassi adottate.

Se da un lato, quindi, vi sono molte buone ragioni per cui ha senso che le aziende investano nel costruire sistemi di mappatura e di "gestione" delle competenze cliniche, sfruttando la "sponda" del

programma nazionale esiti, le soglie definite da società scientifiche e DM 70, e ogni altro standard e linea guida nazionale e internazionale, dall'altro lato ci sono tuttavia alcuni elementi delicati di contesto che devono essere presi in considerazione nel valutare l'implicazione dell'adozione di modelli che individuino e differenzino le sfere di attività del singolo individuo in funzione delle competenze e del livello di autonomia ed *expertise* posseduto. Tra questi elementi se ne ricordano qui di seguito tre particolarmente importanti:

1. la carenza diffusa di medici nel SSN, che inevitabilmente pone dei limiti all'organizzazione e divisione ottimale del lavoro in funzione delle competenze;
2. le attese di maggiore diffusione di schemi organizzativi che prevedano rotazioni ed équipes itineranti, sia per i motivi di carenza sopra richiamati, sia per consentire il raggiungimento delle soglie o standard di operatività. Lavorare in un contesto diverso da quello solito, con professionisti nuovi, in modo saltuario ancorché continuo, richiede una discreta *expertise* e confidenza nei propri mezzi e capacità. Soprattutto se si tratta di attività di un certo grado di specializzazione. Motivo per cui nuovamente la microrganizzazione del lavoro ne è condizionata, generando soluzioni che non sempre possono essere costruite a "misura" delle competenze certificate;
3. infine, assolutamente da evitare è il rischio che la pressione a raggiungere la certificazione di un certo grado di competenze cliniche basata su volumi e soglie – come sta avvenendo in ambito chirurgico – non produca una tendenza al "gaming" con una inclinazione interventistica al limite e oltre l'appropriatezza, fenomeno conosciuto in letteratura. Molto delicato è, quindi, anche il tema del definire se e quali incentivi sono collegabili agli sviluppi delle competenze cliniche se misurate in *proxy* sui volumi e soglie di attività, per controllare o minimizzare le possibili distorsioni conseguenti.

In una prospettiva aziendalista è possibile affrontare il tema del governo dell'attività clinica richiamando alcune delle forme alternative di coordinamento nelle organizzazioni (Mintzberg, 1983). Da un lato il governo e il coordinamento possono avvenire tramite la standardizzazione dei processi di lavoro clinico, attraverso strumenti quali le linee guida, i protocolli, le *check-list* o i PDTA, naturalmente entro certi limiti, alla luce dell'autonomia professionale di cui godono i professionisti. Un ulteriore strumento di governo è la verifica dei risultati dell'attività clinica attraverso la misurazione degli *outcome*. Da ultimo, è possibile la standardizzazione delle capacità degli operatori, ovvero la verifica e la misurazione dei livelli di competenza clinica dei professionisti, quale risorsa principale che consente l'erogazione di servizi sanitari di qualità.

Di fatto negli ultimi anni molte aziende sanitarie hanno riorganizzato in maniera significativa i propri processi di lavoro, sviluppando linee guida, PDTA e diversi altri strumenti efficaci di standardizzazione dell'attività professionale. Tuttavia, bisogna riconoscere come le altre due leve di coordinamento siano state sviluppate in maniera minore, e spesso in maniera frammentaria e poco integrata. Ad esempio, nonostante le potenzialità delle nuove tecnologie, sono poche le aziende sanitarie che misurano in maniera dettagliata e puntuale i dati di esito dell'attività clinica. Laddove questo capita, i dati vengono abitualmente raccolti e analizzati dagli uffici qualità, che non sempre dispongono del potere organizzativo per fare di quei dati il presupposto di un effettivo governo dell'attività clinica.

Inoltre, frequentemente, tali dati sono raccolti in maniera aggregata, senza la possibilità di recuperare indicazioni utili per supportare lo sviluppo professionale dei singoli.

Poche aziende sanitarie si sono dotate di strumenti in grado di misurare il livello di *clinical competence* dei professionisti, preferendo mantenere la condizione tipica delle organizzazioni professionali, di prevalenze di strumenti di valutazione taciti e informali. Diversa è la situazione in altri contesti, quali ad esempio quello nordamericano, dove la misurazione degli esiti clinici è molto più sviluppata e sistemi di attribuzione dei *clinical privilege* sulla base di «credenziali» professionali e livelli di attività sono molto diffusi. Gli standard JCI prevedono, relativamente alle *credentials*, che ogni organizzazione abbia “un processo efficace per raccogliere, verificare e valutare le credenziali (abilitazione, formazione, pratica ed esperienze) del personale medico autorizzato a fornire assistenza sanitaria senza supervisione”. Relativamente ai *clinical privilege*, che ogni organizzazione abbia “una procedura standardizzata oggettiva e basata sull’evidenza per autorizzare tutti i medici a ricoverare e a curare i pazienti e a erogare altre prestazioni cliniche in funzione delle rispettive qualifiche”. La presenza e l’utilizzo di tali strumenti è indice di maturità dei sistemi aziendali e di una più sviluppata cultura della valutazione. Al contempo, la loro maggiore diffusione nel contesto nordamericano rispetto a quello europeo appare giustificata anche dalla maggiore mobilità dei professionisti e dal fatto che spesso ciascun medico opera come libero professionista in più ospedali e ambulatori (Lega e De Pietro, 2005).

Di fatto numerosi enti di accreditamento dei reparti clinici, o di accreditamento delle strutture sanitarie (prima fra tutte la JCI) propongono approcci sistemici e integrati di questo tipo, e infatti numerose aziende sanitarie del nostro paese hanno trovato negli enti accreditatori dei facilitatori importanti di questi processi di cambiamento.

### *Clinical competence* in ambito di formazione specialistica

Il presidente dell’osservatorio regionale per la formazione medico specialistica di Regione Lombardia Prof. Gianvincenzo Zuccotti ha pubblicato nel gennaio 2020, in collaborazione coi Direttori delle Scuole di Specializzazione, il documento “Autonomia del medico in formazione specialistica: indirizzi per la progressiva acquisizione di autonomia operativa. All’interno del documento si trovano i capitoli dedicati a ciascuna specialità, incluse Chirurgia Generale e Ortopedia.

La Legge Regionale n. 33/2009, modificata con la Legge Regionale n. 23/2015 e con la n. 33/2017, all’art. 34 “Partecipazione dei medici in formazione specialistica alle attività assistenziali” affronta il nodo del riconoscimento al medico specializzando, durante il percorso formativo, di una graduale e progressiva autonomia operativa e decisionale.

La disposizione regionale mira a garantire che al medico in formazione venga data la possibilità di “appropriarsi” di una graduale assunzione di responsabilità e di autonomia attraverso un percorso definito che, nell’ordine, prevede:

- a. attività di appoggio (quando assiste il personale medico strutturato nello svolgimento delle sue attività);
- b. attività di collaborazione (quando svolge direttamente procedure e attività assistenziali specifiche sotto il diretto controllo di personale medico strutturato);

c. attività autonoma (quando svolge autonomamente specifici compiti che gli sono stati affidati, fermo restando che il tutor deve essere sempre disponibile per la consultazione e l'eventuale tempestivo intervento).

Nel febbraio 2018, la Presidenza del Consiglio dei Ministri ha promosso questioni di legittimità costituzionale in ordine all'art. 34, comma 2, lettera c) della Legge Regionale n. 33/2009 impugnandola davanti alla Corte Costituzionale. Regione Lombardia si è costituita nel giudizio per resistere e sostenendo la legittimità costituzionale della propria normativa.

La Corte Costituzionale con sentenza n. 249/2018 ha dichiarato la questione di legittimità sollevata non fondata, con la seguente motivazione:

“La disposizione impugnata interviene a regolare taluni aspetti concernenti le attività di formazione specialistica dei medici, la cui disciplina è stata ricondotta da questa Corte in via prevalente alle materie delle «professioni» e della «tutela della salute» di cui all'art. 117, terzo comma, Cost. (sentenza n. 126 del 2014). Dalla formazione del medico specializzando, infatti, dipendono tanto l'esercizio della professione, quanto la qualità delle prestazioni rese all'utenza.

La disciplina statale prefigura una progressiva autonomia operativa del medico in formazione, con la possibilità di eseguire interventi assistenziali, purché ciò avvenga con gradualità, in coerenza con il percorso formativo e comunque con la supervisione di un medico strutturato, preferibilmente il tutore (cosiddetta “autonomia vincolata”). D'altronde, pur volendo ritenere che non sia sempre necessaria la costante presenza fisica del tutor o di un medico di ruolo in ciascuna attività dello specializzando (cosa che neppure la legislazione statale prevede), l'autonomia di quest'ultimo non potrebbe comunque mai prescindere dalle direttive del tutore.

In altri termini, l'art. 38, comma 3, del d.lgs. n. 368 del 1999 coniuga due principi: il principio dell'insostituibilità del personale strutturato da parte dello specializzando e quello della sua graduale assunzione di responsabilità e autonomia operativa. Tali principi hanno trovato applicazione nel decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 6 luglio 2007, che ha definito lo schema-tipo del contratto di formazione specialistica, rinviando, per quanto non espressamente previsto, alle specifiche disposizioni regionali in materia, quando compatibili con la normativa statale vigente e con lo stesso contratto. Residua, dunque, uno spazio d'intervento per il legislatore regionale, come già riconosciuto in precedenza (sentenza n. 126 del 2014). La disposizione impugnata, infatti, prevedendo che il medico specializzando possa svolgere autonomamente specifici compiti che gli sono stati affidati, fa leva su un atto del tutor, l'affidamento, che nel contesto della formazione non può non essere accompagnato dalle direttive dello stesso tutor. Si tenga anche conto che il comma 3 dell'art. 34, in coerenza con l'art. 38, comma 4, del d.lgs. n. 368 del 1999, stabilisce che l'assunzione di compiti assistenziali e la connessa progressiva attribuzione di responsabilità sono oggetto d'indirizzo e di valutazione da parte del consiglio della scuola, considerate le proposte definite d'intesa tra i medici in formazione specialistica, i tutor individuali e i responsabili delle unità operative nelle quali si svolge la formazione.

Le attività in questione, dunque, all'interno della cornice di limitata autonomia che la stessa legislazione statale riconosce allo specializzando, non possono prescindere dalle direttive del formatore, alla cui valutazione spetta la decisione sul quantum di autonomia dello specializzando. Inoltre, la formulazione della disposizione impugnata è tale da impedire che allo specializzando possano essere affidate responsabilità senza la disponibilità del personale medico strutturato. Anzi, tale formulazione precisa che è il tutor a dover essere sempre disponibile per la consultazione e

l'eventuale tempestivo intervento, secondo un'impostazione assai rigorosa in materia. Essa richiede infatti la necessaria pronta disponibilità e idoneità al tempestivo intervento dello stesso tutor e non di altri.”.

Il capitolo “Definizione dei gradi di autonomia nelle attività cliniche” che ha l'obiettivo di descrivere il percorso di acquisizione di gradi di autonomia incrementali ai medici in formazione specialistica iscritti a Scuole di Specializzazione in Chirurgia Generale ha un duplice ordine di finalità:

1. finalità professionalizzanti
2. finalità di qualità delle cure e sicurezza dei pazienti

Entrambe queste finalità presuppongono alcuni elementi fondamentali:

1. percorso del medico caratterizzato da attività e gradi di autonomia progressive
2. supervisione clinica da parte dei tutor delle Unità Operative all'interno delle quali vengono esercitate le attività, in coerenza con la normativa nazionale e regionale
3. processi di valutazione e supervisione dell'operato dei medici in formazione specialistica
4. meccanismi di controllo quantitativi e qualitativi

Il documento ha l'obiettivo di descrivere il percorso degli specializzandi e il relativo incremento nel grado di autonomia, con particolare riferimento alle attività professionalizzanti e all'attività clinica specifica

L'attività chirurgica è stata divisa in:

1. interventi a bassa complessità;
2. interventi a media complessità;
3. interventi ad alta complessità.

In base alle indicazioni ministeriali, lo Specializzando dovrà complessivamente eseguire un predeterminato numero di interventi nell'arco dei cinque anni di durata della scuola. La progressiva autonomizzazione dei medici specializzandi avverrà prevedendo diverse fasi, in base alla complessità degli interventi chirurgici.

La tipologia di interventi eseguiti all'interno dei diversi livelli di complessità potrà variare in funzione dell'unità operativa di frequenza del medico specializzando nel corso del singolo periodo.

La progressiva autonomizzazione nell'attività chirurgica del medico specializzando sarà legata anche ad un percorso di formazione con attività di simulazione, che verrà eseguito in sede laddove disponibile, o attraverso appositi eventi formativi esterni, e che sarà oggetto di periodica verifica.

In corrispondenza dell'esame annuale di valutazione, sarà revisionata la casistica operatoria del medico specializzando (interventi o le frazioni di intervento), sarà discusso il grado di autonomia con i relativi tutor e sarà analizzato l'*outcome* dei pazienti trattati. Sarà inoltre possibile una valutazione diretta delle abilità tecniche acquisite tramite l'esecuzione di procedure simulate o tramite la revisione di documentazioni video degli interventi eseguiti, se disponibili. Sulla base di tale analisi, sarà definita la lista dei *Clinical Privileges* acquisiti per l'anno successivo.

Elementi e punti di attenzione per lo sviluppo della graduale assunzione di responsabilità

1. Al medico specializzando deve essere garantita la possibilità di una graduale assunzione di responsabilità e di autonomia operativa, attraverso l'affidamento di attività delegate. Detto percorso deve prevedere che: a. il livello di autonomia operativa e decisionale raggiunto da ogni medico specializzando, certificata dal Direttore della Scuola, è oggetto di indirizzo e valutazione da parte del Consiglio della scuola a seguito di quanto proposto dal tutor e dal responsabile di unità operativa,

sentito il medico in formazione; (rif. Lr 33/2009 art. 34 c.3 2° riga). A supporto del processo di determinazione del livello di autonomia conseguito dal medico in formazione specialistica è utilizzato un piano delle competenze riferito all'attività didattica e formativa oggetto del percorso di formazione specialistica di ogni anno di corso. Tale piano delle competenze è definito dall'Osservatorio Regionale della Formazione Medico Specialistica, in raccordo con le Scuole di specialità della Lombardia;

b. lo specializzando non può essere conteggiato nel calcolo delle risorse umane assegnate dell'unità organizzativa all'interno della quale è inserito;

fermo restando quanto previsto alla precedente lettera b, lo specializzando può essere conteggiato nello standard organizzativo necessario ai fini dell'accreditamento, nell'alveo delle sole prestazioni riconosciute nel suo livello di autonomia;

d. il tutor individua la tipologia dei casi clinici assegnabili a ogni medico in formazione, nell'ambito del livello di autonomia operativa e decisionale allo stesso riconosciuto. In ogni caso, l'esecuzione della prima visita ambulatoriale non si configura come attività rimessa al pieno livello di piena autonomia dello specializzando;

e. l'autonomia del medico specializzando non può mai prescindere dalle direttive fornite dal tutor. Al medico specializzando deve essere messa a disposizione, e dallo stesso formalmente recepita, tutta la pertinente documentazione (protocolli terapeutici, istruzioni operative, linee guida ...) in uso presso la struttura sanitaria e necessaria a svolgere l'attività sanitaria assegnata; (rif. Lr 33/2009 art. 34 c. 3 penultima frase)

f. il medico in formazione, nello svolgimento dell'attività autonoma di cui alla lettera c) comma 2 dell'art. 34 della L.R. n. 33/2009, è sottoposto alla supervisione del tutor il quale deve essere sempre presente nella struttura per la consultazione e l'eventuale tempestivo intervento.

2. La supervisione, ai fini della "attività autonoma", non si sostanzia necessariamente nella presenza del tutor al momento del compimento dell'atto medico affidato allo specializzando, bensì:

a. nella decisione che un atto medico possa essere compiuto, in autonomia, dallo specializzando, già adeguatamente formato (autonomia progressiva);

b. nell'indicazione, da parte del tutor, dell'atto medico che lo specializzando può svolgere avendo riferimento a adeguate direttive;

c. nella garanzia che il tutor intervenga tempestivamente in caso di necessità per consultazioni o per affiancare lo specializzando. Nell'assolvimento di tale compito il tutor può avvalersi di personale medico specialista strutturato (supervisore) con competenze adeguate, sulla base di una formale procedura organizzativa precedentemente approvata dalla Direzione dell'Azienda o Ente del SSL.

Per poter attuare la graduale e progressiva autonomia operativa e decisionale del medico in formazione specialistica si deve utilizzare, mutuandone i principi, la metodologia della "qualificazione professionale del personale" c.d. privilegio (privilegi)

- già in uso presso le Aziende e gli Enti del SSL - attraverso la formalizzazione di un processo che metta in relazione l'identificazione dei bisogni clinici/assistenziali dei pazienti e l'idoneità delle competenze assunte dal medico in formazione, nell'ambito della richiamata progressiva autonomia, assicurando l'erogazione di prestazioni sanitarie in condizioni di sicurezza per i pazienti e gli operatori. (rif. Lr 33/2009 art. 34 c. 2+ c. 3 2° capoverso).

Il sistema dei *privilege*, introdotto con DGR n. X/3652/2015 "PROGRAMMA INTEGRATO DI MIGLIORAMENTO DELL'ORGANIZZAZIONE (PIMO)", prevede che le figure professionali coinvolte

nella cura del paziente devono essere sottoposte a un processo di valutazione e verifica in merito alle loro competenze, a decorrere dal momento dell'assunzione e periodicamente nel corso della vita professionale.

La stessa metodologia applicata altresì al medico specializzando permette di rendere verificabile e rintracciabile, in idonei fascicoli, il percorso di crescita professionale e di competenze acquisite, attraverso una graduale assunzione di responsabilità e di autonomia operativa.

In tale contesto anche i *privilege* del tutor e del medico specialista strutturato "supervisore" devono essere formalmente incrementati della funzione di tutoraggio a favore del medico specializzando.

## 4. Simulazioni: quando la direzione strategica può inserire le *clinical competence* nel budget

La Direzione strategica definisce, sulla base delle indicazioni della programmazione regionale le strategie ed i programmi aziendali di cui controlla l'attuazione. Essa rappresenta, pertanto, la sede ove si elaborano le azioni finalizzate alla realizzazione della "missione aziendale".

In particolare spetta alla Direzione strategica:

l'individuazione degli obiettivi e dei programmi annuali e pluriennali definiti sulla base degli obiettivi istituzionali dell'Azienda ed in coerenza con le linee di programmazione ed indirizzo;

1. l'organizzazione aziendale e la programmazione della produttività e della qualità delle prestazioni;
2. la pianificazione delle risorse e degli investimenti;
3. le relazioni interne ed esterne e la comunicazione;
4. la garanzia della sicurezza e la prevenzione;
5. il controllo di gestione.

In altre parole la Direzione strategica è responsabile del governo clinico, economico e gestionale dell'Azienda.

Il budget aziendale è il documento attraverso il quale la direzione strategica esplicita e sintetizza gli obiettivi riferiti all'esercizio successivo.

Gli obiettivi, devono poter essere misurati; è quindi necessario che vengano quantificati in termini di attività e di risorse. Il budget viene formulato mediante un'attività di programmazione che rende misurabili gli obiettivi.

Il budget, se applicato correttamente e non con la logica del "bilancio preventivo" della contabilità pubblica, impone ai dirigenti di esplicitare gli obiettivi, i programmi finalizzati al loro raggiungimento, le risorse assegnate, gli indicatori di verifica e controllo.

Altro obiettivo del budget è di motivare le persone a realizzare processi di miglioramento con eventuali incentivi monetari, di carriera o professionali: insomma generare una tensione verso il cambiamento, innescare il circolo virtuoso della conoscenza.

Possiamo inserire quindi nel processo di Budget 3 punti di valutazione atti a favorire sviluppo delle clinical competences e dei privilegi:

1. *Prestazione annuale*, ovvero la valutazione degli obiettivi individuali di ogni operatore sia gestionali che di attività sulla scorta del principio della "declinazione a cascata" ad inizio anno degli obiettivi aziendali, dipartimentali e di struttura in maniera funzionale e stratificata per ogni operatore.
2. *Apporto manageriale* (per i ruoli apicali), ovvero l'apporto dato con le capacità di natura "organizzativa", intendendo con questo termine tutti i comportamenti proattivi al buon funzionamento dell'unità operativa o del dipartimento;
3. *Competenze professionali possedute* finalizzate alla valutazione professionale, ovvero alla mappatura e alla verifica sul campo che deve attestare la crescita specialistica (formazione,

attività, ricerca clinica e capacità) di ogni dirigente in relazione alla responsabilità affidatagli nella propria unità operativa e/o dipartimento.

L'obiettivo è quello di trovare la metodologia per generare recuperi di efficienza e quindi risparmi.

Tutto questo si riassume quindi nell'indirizzare dei processi di crescita professionale in linea con le strategie aziendali, oltre all'aggiornamento e la manutenzione dei saperi nei clinici attraverso percorsi di sviluppo delle competenze e delle conoscenze.

Lo sviluppo ed il sostegno delle *clinical competence*, la loro valutazione e il successivo inserimento dei privilegi diventa quindi parte integrante degli strumenti che la stessa direzione strategica ha a disposizione nella stesura del budget per raggiungere la mission dell'Azienda.

Utilizzando le *clinical competence* il Sistema Sanitario può recuperare efficienza anche a isorisorse, attraverso nuovi modelli organizzativi e una migliore integrazione gestionale che potrà consentire un più efficace funzionamento generale del sistema stesso e una migliorata capacità di pianificazione e allocazione delle risorse necessarie per assicurare ai pazienti le migliori cure possibili.

## 5. Privilegi: sono necessari? In che numeri?

Il tema dello sviluppo professionale dei medici e la definizione di «che cos'è un buon medico» è molto dibattuto, soprattutto in un contesto sociale in cui è sentita l'esigenza da parte delle organizzazioni sanitarie e dei medici di mettere a punto strategie efficaci per la gestione del rischio clinico e per l'attuazione del Governo clinico, che secondo la definizione di Donaldson è il *“sistema attraverso il quale le organizzazioni sanitarie si rendono responsabili per il miglioramento continuo dei loro servizi e garantiscono elevati standard di performance assistenziale, assicurando le condizioni ottimali nelle quali viene favorita l'eccellenza clinica”*. Quindi se il primo passo verso la realizzazione del governo clinico è l'introduzione progressiva delle *clinical competence*, come risultato delle conoscenze, abilità e capacità tecniche, delle qualità professionali, manageriali, relazionali e operative di ogni singolo specialista nel contesto sanitario di riferimento; il passo successivo ed ineluttabile sarà l'introduzione dei *Privileges* cioè stabilire chi sa fare cosa e quindi chi può fare cosa.

Come già precedentemente affermato allo stato attuale, nella nostra organizzazione sanitaria non esiste un processo che tuteli la sicurezza del paziente rendendo esplicito “chi sa fare cosa” all'interno di un reparto in funzione delle proprie competenze, delle esperienze maturate nel corso della propria attività professionale e sulla base dei volumi di attività realmente erogati e dei relativi esiti.

Al fine di poter attribuire i privilegi e mantenerli è necessario creare strumenti e metodologie di misurazione oggettiva delle capacità del clinico e delle sue performance a garanzia della sicurezza dei pazienti.

L'utilizzo di strumenti e metodologie che all'interno delle proprie organizzazioni, rendano esplicito quali prestazioni sanitarie il singolo medico sia in grado di effettuare, in funzione delle rispettive qualifiche è un problema. Infatti in Italia il criterio predominante che viene utilizzato per l'autorizzazione dei medici a svolgere determinate procedure o attività è rappresentato dalla valutazione dei titoli di studio, quali la laurea in medicina e chirurgia e il diploma di specializzazione. A ciò si aggiunga il fatto che la normativa nazionale sulla valutazione delle performance individuali è del 2009 (D.Lgs 150/2009) ma nei diversi contesti regionali non sono ancora stati strutturati strumenti concreti ed efficaci per una valutazione dei dirigenti medici basate sulle competenze e sulle effettive *performance*.

Analisi retrospettive degli eventi sentinella hanno evidenziato fra le cause profonde (RCA), che li hanno generati, un ruolo importante della mancata applicazione di criteri espliciti di autorizzazione dei singoli medici a svolgere determinate procedure o attività sanitarie, con impatto negativo sulla qualità dell'assistenza sanitaria.

La decisione più critica che deve essere presa oggi da un'organizzazione sanitaria al fine di tutelare la sicurezza dei pazienti e promuovere la qualità dei propri servizi sanitari, come già detto riguarda l'aggiornamento delle *clinical competence* dei singoli medici e la determinazione di quali prestazioni cliniche il singolo medico sarà autorizzato a eseguire cioè il conferimento dei *privileges*.

Sappiamo che la JCI definisce degli obiettivi internazionalmente riconosciuti che garantiscono la sicurezza del paziente (IPSG):

1. Accesso all'Assistenza e Continuità delle Cure (ACC).
2. Diritti del Paziente e dei Familiari (PFR)
3. Valutazione del Paziente (AOP)<sup>[1][2]</sup><sub>[SEP]</sub>
4. Cura del Paziente (COP)<sup>[1][2]</sup><sub>[SEP]</sub>
5. Assistenza Anestesiologica e Chirurgica (ASC)<sup>[1][2]</sup><sub>[SEP]</sub>
6. Gestione e Utilizzo dei Farmaci (MMU)<sup>[1][2]</sup><sub>[SEP]</sub>
7. Miglioramento della Qualità e Sicurezza del Paziente (QPS)
8. Qualifiche e Formazione del Personale (SQE)
9. Gestione della Comunicazione e delle Informazioni (MCI)

Lo scopo principale è garantire che i pazienti ricevano assistenza di qualità da parte di un professionista qualificato a trattare una specifica patologia o eseguire una specifica procedura

Secondo la già citata raccomandazione SQE.10 l'organizzazione ha una procedura standardizzata oggettiva e basata sull'evidenza per autorizzare tutti i medici a ricoverare e a curare i pazienti e a erogare altre prestazioni cliniche in funzione delle rispettive qualifiche.

Il conferimento dei *privileges* deve essere un processo standardizzato per cui l'organizzazione sanitaria autorizza un professionista medico ad eseguire determinate prestazioni sanitarie in termini di aree cliniche e contenuti delle prestazioni, sulla base di una valutazione delle credenziali e delle performance del professionista.

Il processo di misurazione dei parametri necessari al conferimento dei *privileges* deve essere mantenuto e monitorato nel tempo, poiché si tratta di un processo dinamico in funzione dei cambiamenti delle evidenze scientifiche, della progressione delle tecnologie e dell'evoluzione soggettiva di ogni singolo professionista all'interno di un'organizzazione sanitaria, aziendale e di unità operativa; insomma i *privileges* nel tempo devono essere riconfermati e validati.

In occasione della riconferma in ruolo l'organizzazione raccoglie e utilizza le informazioni relative alle seguenti aree di competenza generale dei professionisti medici:

1. Assistenza sanitaria
2. Conoscenze mediche/cliniche
3. Apprendimento e miglioramento basato sulla pratica professionale
4. Capacità di comunicazione e nei rapporti interpersonali
5. Professionalità
6. Pratiche di sistema

Il Dirigente Medico può fare domanda al proprio Responsabile di U.O. di vedere re-attribuito il proprio grado di autonomia rispetto a determinate attività e procedure, per le quali ritiene di aver raggiunto la soddisfazione dei criteri previsti dalle schede.<sup>[1][2]</sup><sub>[SEP]</sub> In ogni caso, è necessario che il Responsabile di U.O. riassegni su base annuale i *privileges* ai propri collaboratori medici

Nel caso di una situazione di emergenza entriamo in un campo in cui il fine è salvare la vita del paziente in un contesto di eccezionalità ed è consentito al medico procedere in autonomia con una attività o una procedura, anche se non gli è stato conferito un livello di completa autonomia su quella specifica attività o procedura.

I privileges hanno chiari vantaggi per i pazienti a cui è garantita la miglior prestazione possibile eseguita dal medico che ha le competenze cliniche per farlo; per il medico in quanto favoriscono lo sviluppo individuale e motiva i singoli a crescere nel tempo con una prospettiva per il futuro; per l'azienda ed il sistema sanitario che ottimizza le procedure e riduce le complicanze creando un vantaggio di risparmio economico a parità di risorse.

## 6. Obiettivo del progetto: mappatura delle clinical competence nelle Unità Operative di appartenenza

Intento iniziale del nostro progetto è quello di mappare le *clinical competence* nelle UU.OO. di rispettiva appartenenza. I contesti di riferimento di entrambi i nostri enti, Direzione Strategica, Direzione Sanitaria di Presidio, U.O. Gestione Risorse Umane, U.O. Programmazione, Biulanci e Contabilità, sono nuovi a questo tipo di progettualità e a maggior ragione i professionisti che ci lavorano. Abbiamo pertanto ritenuto utile somministrare ai nostri collaboratori un questionario esplorativo in forma anonima per conoscere il loro grado di interesse e di approvazione di un eventuale progetto.

Il questionario è stato strutturato in 17 domande con risposta binaria affermativa o negativa, hanno risposto 9 chirurghi dell'U.O. di Chirurgia Generale dell'Ospedale San Leopoldo Mandic di Merate e 15 ortopedici dell'U.O. di Ortopedia e Traumatologia 1 dell'ASST Spedali Civili di Brescia. Le risposte sono state sommate indistintamente.

1. Ha mai sentito parlare di Competenze Cliniche e Privilegi nella valutazione di un Dirigente Medico?  
Il 70% dei 24 collaboratori che hanno compilato il questionario ha risposto Sì.
2. Pensa che una valutazione delle sue Competenze Cliniche possa essere utile alla sua carriera?  
Il 95% dei 24 collaboratori che hanno compilato il questionario ha risposto Sì.
3. Pensa che la certificazione delle sue Competenze Cliniche sia necessaria per darle il Privilegio di svolgimento di una attività clinica o chirurgica, consentirglielo in affiancamento o negarglielo?  
L'83% dei 24 collaboratori che hanno compilato il questionario ha risposto Sì.
4. Pensa che sia corretto che la certificazione venga inserita in un progetto aziendale coordinato all'interno della sua Unità Operativa dal suo direttore?  
Il 79% dei 24 collaboratori che hanno compilato il questionario ha risposto Sì.
5. Ritiene che la certificazione possa riguardare tutto il suo profilo professionale?  
Il 70% dei 24 collaboratori che hanno compilato il questionario ha risposto Sì.
6. Sarebbe interessato alla misurazione annuale degli obiettivi individuali da raggiungere nel corso di un triennio?  
Il 91% dei 24 collaboratori che hanno compilato il questionario ha risposto Sì.

Di seguito verranno elencati items di valutazione in merito all'attività organizzativa, clinica e chirurgica su cui esprimere un giudizio di inclusione all'interno della valutazione. Per ciascun item il dirigente medico può venire considerato: tutor/autonomo/parzialmente autonomo/in formazione/non autonomo oppure escluso da quel settore di competenza. Esprima la sua approvazione o disapprovazione all'inserimento di ciascun item nella valutazione delle sue

Competenze Cliniche finalizzata all'acquisizione di Privilegi (cioè la possibilità di eseguire quell'attività secondo i gradi di competenza già citati).

7. Valutazione dell'attività ambulatoriale  
L'87% dei 24 collaboratori che hanno compilato il questionario ha risposto Sì.
8. Valutazione dell'attività di Day Hospital  
Il 75% dei 24 collaboratori che hanno compilato il questionario ha risposto Sì.
9. Valutazione dell'attività di reparto  
L'83% dei 24 collaboratori che hanno compilato il questionario ha risposto Sì.
10. Valutazione dell'attività chirurgica di base open elettiva  
L'87% dei 24 collaboratori che hanno compilato il questionario ha risposto Sì.
11. Valutazione dell'attività chirurgica mini-invasiva elettiva  
L'83% dei 24 collaboratori che hanno compilato il questionario ha risposto Sì.
12. Valutazione dell'attività chirurgica di base in urgenza  
L'87% dei 24 collaboratori che hanno compilato il questionario ha risposto Sì.
13. Valutazione dell'attività chirurgica avanzata in urgenza  
L'83% dei 24 collaboratori che hanno compilato il questionario ha risposto Sì.
14. Valutazione dell'attività didattica  
Il 70% dei 24 collaboratori che hanno compilato il questionario ha risposto Sì.
15. Valutazione dell'attività scientifica  
Il 75% dei 24 collaboratori che hanno compilato il questionario ha risposto Sì.
16. Ritiene che le Non Technical Skills (capacità relazionale, capacità di lavoro in gruppo, comunicazione, decision making, leadership, problem solving, gestione dell'errore, gestione dello stress, gestione della fatica) interfacciandosi con le Competenze Cliniche siano anch'esse meritevoli di valutazione e di un percorso di miglioramento?  
Il 79% dei 24 collaboratori che hanno compilato il questionario ha risposto Sì.
17. Si auspica a questo punto che il percorso di miglioramento delle Competenze Cliniche e dell'acquisizione dei Privilegi venga inserito nella sua scheda aziendale di valutazione professionale individuale?  
L'83% dei 24 collaboratori che hanno compilato il questionario ha risposto Sì.

## 7. Applicazione del progetto nell'U.O.C. di Chirurgia Generale, Ospedale San Leopoldo Mandic, Merate, ASST Lecco

Prima di presentare il progetto all'Ufficio Valutazione dell'U.O. Gestione Risorse Umane dell'ASST Lecco che si è reso disponibile a considerare l'ipotesi di una sperimentazione aziendale, abbiamo ritenuto utile analizzare i rispettivi contesti di appartenenza e mapparne le *clinical competence*.

L'U.O.C. di Chirurgia Generale dell'Ospedale San Leopoldo Mandic di Merate (310 posti letto, sede di D.E.A. di 1° livello) è costituita da un Direttore, 1 Dirigente Medico responsabile di Unità Operativa Semplice Funzionale di "Gestione dell'attività laparoscopica e delle nuove tecnologie" e da 10 Dirigenti Medici di 1° livello (di cui uno attualmente in malattia). Inoltre afferiscono alla U.O.C. i Medici Specializzandi della Scuola di Specializzazione in Chirurgia Generale dell'Università di Milano (alla cui rete formativa appartiene la U.O.C.), allo stato attuale nel numero di due.

L'U.O.C. in epoca pre-Covid-19 aveva un numero di ricoveri annuale superiore alle 1.100 unità con una valorizzazione DRG pari a circa 4.000.000 €. L'attività di sala operatoria era calcolabile in 900 interventi annui tra elezione ed urgenza. Il reparto di degenza, attualmente ridotto ad un reparto polichirurgico, consta abitualmente di 28 posti letto di degenza ordinaria e 12 posti letto di Week Surgery in condivisione polispecialistica.

Mission dell'U.O.C. di Chirurgia Generale dell'Ospedale San Leopoldo Mandic di Merate

L'U.O.C. di Chirurgia Generale dell'Ospedale San Leopoldo Mandic di Merate si propone di affrontare con ugual competenza in elezione e in urgenza tutta la patologia dell'apparato digerente (esofago, stomaco, intestino tenue, colon-retto, milza, pancreas esocrino, fegato), dell'apparato endocrino (obesità, tiroide, paratiroidi, surrene, pancreas endocrino) e della parete addominale. Le prestazioni di cura vengono fornite al massimo livello di professionalità in un'ottica *patient-centered* utilizzando, secondo linee guida aggiornate, i più adeguati strumenti terapeutici, tecnologici e organizzativi disponibili al fine di fornire risposte tempestive in base alle priorità della patologia, rendere più efficiente l'attività e ridurre la degenza media.

Un interesse particolare è rivolto al trattamento dei tumori dell'apparato digerente, la cui gestione viene espletata in modo interdisciplinare con il reparto di Oncologia con il quale sono condivisi protocolli di cura adiuvante e neo-adiuvante nei confronti delle più frequenti neoplasie digestive e follow-up ambulatoriali.

Organizzazione

L'U.O.C. di Chirurgia Generale è costituita da 12 medici specialisti in Chirurgia Generale, d'Urgenza e dell'Apparato Digerente che collaborano su base interdisciplinare con: Anestesista-Rianimatore, Oncologo, Gastroenterologo Endoscopista, Fisiatra e Terapista della riabilitazione, Pneumologo, Dietologo, Terapista del Dolore.

Dall'U.O.C. di Chirurgia Generale dell'Ospedale di Merate dipende l'Unità Operativa Semplice di Gestione dell'attività chirurgica laparoscopica e delle nuove tecnologie che fornisce percorsi diagnostici terapeutici appropriati, sia in elezione che in urgenza, ai pazienti affetti da patologie

funzionali e organiche di competenza chirurgica. La tipologia delle prestazioni con tecniche mini-invasive copre l'intero ambito della chirurgia generale di competenza oncologica, funzionale, dei difetti di parete addominale e d'urgenza con l'utilizzo delle nuove tecnologie, dei nuovi materiali e il loro sviluppo in ambito terapeutico. Gestisce lo studio, la stadiazione e la preparazione dei pazienti dal pre-ricovero al ricovero ordinario o in regime di day/week-surgery.

### Attività clinica

Il reparto di Chirurgia Generale Polispecialistico sito al 2° piano dell'Ospedale di Merate ha 38 letti attivi, attualmente condivisi con le altre specialità chirurgiche, dedicati sia all'attività elettiva che ai ricoveri urgenti da Pronto Soccorso o da altri reparti e ambulatori.

Particolare sviluppo hanno gli interventi di chirurgia video-laparoscopica che consente di associare il minor trauma chirurgico per il paziente grazie alla mini-invasività, un rapido recupero post-operatorio ed una più breve degenza ospedaliera per le seguenti patologie:

COLON-RETTO: patologia benigna (infiammatoria e diverticolare) e maligna del colon-retto.

PARETE ADDOMINALE: ernie inguino-crurali, laparoceli

COLECISTI E VIE BILIARI: colecistectomia, trattamento combinato laparo-endoscopico della calcolosi colecisto-coledocica

PATOLOGIA DEL GIUNTO GASTRO-ESOFAGEO: plastica anti-reflusso laparoscopica, miotomia esofagea

MILZA:(splenectomia laparoscopica per patologie ematologiche o infettive

SURRENE: (surrenalectomia laparoscopica per affezioni benigne o maligne

STOMACO: patologia benigna e maligna (Tumori Stromali, Early Gastric Cancer) dello stomaco.

OBESITA': chirurgia bariatrica dell'obesità patologica (Sleeve Gastrectomy, By-Pass e Mini-Bypass gastrico)

URGENZA: laparoscopia esplorativa, appendicectomia e colecistectomia laparoscopica, trattamento laparoscopico dell'occlusione intestinale, dell'ulcera peptica perforata, delle peritoniti e delle urgenze chirurgiche maggiori del piccolo e grosso intestino e della milza.

Tutti gli interventi in elezione (programmati) vengono eseguiti dopo una preparazione del paziente che precede il ricovero ospedaliero e che prevede l'esecuzione dei necessari esami strumentali e di laboratorio, incluso lo screening per il Covid-19 ed una valutazione anestesiológica in Pre-ricovero. Secondo la gravità e l'impegno della prestazione programmata, essa viene eseguita con ricovero ordinario o in regime di chirurgia di giorno (Day-Surgery).

### Attività Ambulatoriale

Presso il Poliambulatorio dell'Ospedale di Merate sono attivi i seguenti ambulatori gestiti dall'Unità Operativa Complessa di Chirurgia Generale:

- Prime visite chirurgiche, controlli e medicazioni dei post-operati
- Chirurgia dei difetti di parete addominale (ernie complesse e laparoceli)
- Chirurgia Colo-Rettale dedicato a patologia benigna e maligna del colon-retto
- Chirurgia Epto-Bilio-Pancreatica dedicato alla patologia benigna e maligna di Colecisti, Vie Biliari, Fegato e Pancreas
- Chirurgia Bariatrica per la cura chirurgica dell'Obesità patologica e il suo follow-up
- Proctologia visite e controlli per la cura della patologia benigna del canale anale

- Piccoli interventi chirurgici ambulatoriali (lesioni cutanee e sottocutanee, cura dell'oncogrifosi).

Presso l'ambulatorio di reparto è presente un'attività di Stomaterapia per pazienti stomizzati gestito dal personale infermieristico e un ambulatorio di Terapie a pressione Negativa (VAC Therapy) per le ferite complesse. E' inoltre attivo un ambulatorio multidisciplinare di chirurgia e oncologia per la valutazione pre e post-operatoria dei pazienti oncologici e il loro follow up.

#### Impiego del personale nelle attività cliniche

Il personale medico della U.O.C. di Chirurgia Generale è composto attualmente da 10 Dirigenti Medici di 1° Livello che sono stati divisi in due categorie fittizie (5 aiuti o senior e 5 assistenti o junior) sulla base dell'anzianità di servizio e delle competenze acquisite sul campo, in particolare in merito all'attività di chirurgia d'urgenza. In affiancamento a 3 Dirigenti Medici ultrasessantenni sono recentemente subentrati 2 Dirigenti Medici quarantenni con autonomia ancora in corso di graduale acquisizione.

L'attività lavorativa diurna feriale richiede la presenza di 1/2 Dirigenti Medici e un Medico Specializzando in formazione per l'attività clinica di reparto (giro visita) e di consulenza al pronto Soccorso e agli reparti dell'Ospedale che lo richiedono, 2 Dirigenti Medici e un Medico Specializzando in formazione per l'attività di sala operatoria elettiva, un Dirigente Medico per l'attività ambulatoriale e di Pre-Ricovero. I turni di guardia pomeridiana e notturna prevedono la presenza H24 di un assistente o di un aiuto all'interno dell'Ospedale e di una figura complementare in reperibilità.

Il Direttore sovrintende a tutte le attività diurne e di guardia, partecipa all'attività clinica di reparto con un giro visita dei pazienti eseguito sia al mattino che al pomeriggio, si rende disponibile in sala operatoria sia in prima persona che come tutor per i casi clinici complessi da sottoporre a intervento chirurgico. E' responsabile ultimo dei compiti assegnati a ciascun Dirigente Medico incluso il tutoraggio dei Medici Specializzandi in formazione. Rimane reperibile H24, 365 giorni l'anno, per consulenze a distanza in merito all'indicazione ad intervento chirurgico per i pazienti urgenti, reinterventi per complicanze e la gestione di qualunque emergenza che richieda una competenza superiore a quella disponibile all'interno dell'Ospedale.

Per standardizzare la mappatura della *clinical competence* allo stato attuale è stato utilizzato un codice sintetico attribuito a ciascun componente dello staff medico secondo il livello di competenza.

Descrizione Clinical Competence	Codice attribuito
Tutor	T
Autonomo	AU
Da potenziare	DP
Parzialmente autonomo (coadiuvato da collega esperto, non necessariamente in presenza in sala operatoria)	PA
In Formazione (richiede la presenza di un collega esperto)	IF
Da inserire nel Piano di Sviluppo	PS
Non Settore di Attività	NS
Non Autonomo	NA

Tab 1. Descrizione delle Clinical Competence e Codice attribuito per livello di competenza

Clinical Competence e Privilegi in area chirurgica

	Tipologia di attività	Dr Sr1	Dr Sr2	Dr Sr3	Dr Sr4	Dr Sr5	Dr J1	Dr J2	Dr J3	Dr J4	Dr J5	Dr Sp1	Dr Sp2
Attività ambulatoriale	Ambulatorio Medicazioni	T	T	T	T	T	AU	AU	AU	AU	AU	PA	PA
	Ambulatorio di Chirurgia Gen	T	T	T	T	T	AU	AU	AU	AU	AU	IF	IF
	Ambulatorio di Proctologia	T	T	T	T	T	AU	AU	AU	AU	AU	IF	IF
	Ambulatorio difetti di parete	T	T	T	T	T	AU	AU	AU	AU	AU	IF	IF
	Ambulatorio Chirurgia Colo-Rettale	T	T	T	T	T	AU	AU	AU	AU	AU	IF	IF
	Ambulatorio di Chirurgia Epato-BP	T	T	T	T	T	AU	AU	AU	AU	AU	IF	IF
	Ambulatorio Chirurgia Bariatrica	T	T	T	T	T	AU	AU	AU	AU	AU	IF	IF
	Interventi chirurgici ambulatoriali	T	T	T	T	T	AU	AU	AU	AU	AU	PA	PA
Ambulatorio oncologico	T	T	T	T	T	AU	AU	AU	AU	AU	IF	IF	
Attività di reparto	Interventi ernia in Anestesia Locale	T	T	T	T	T	AU	AU	AU	AU	AU	IF	IF
	Chirurgia Proctologica	T	T	T	T	T	AU	AU	AU	AU	AU	IF	IF
	Pre-ricovero	T	T	T	T	T	AU	AU	AU	AU	AU	IF	IF
	Accettazione pazienti	T	T	T	T	T	AU	AU	AU	AU	AU	PA	PA
	Visita medica	T	T	T	T	T	AU	AU	AU	AU	AU	IF	IF
	Medicazioni semplici	T	T	T	T	T	AU	AU	AU	AU	AU	PA	PA
	Medicazioni complesse	T	T	T	T	T	AU	AU	AU	AU	AU	PA	PA
	Dimissioni	AU	AU	AU	AU	AU	AU	AU	AU	AU	AU	PA	PA
	Compilazione SDO	AU	AU	AU	AU	AU	AU	AU	AU	AU	AU	IF	IF
	Guardia interdivisionale	AU	AU	AU	AU	AU	AU	AU	AU	AU	AU	IF	IF
	Guardia P.S.	AU	AU	AU	AU	AU	AU	AU	AU	AU	AU	IF	IF
	Reperibilità Capoturno	AU	AU	AU	AU	AU	AU	AU	AU	AU	AU	IF	IF
	Consulenze altri reparti	AU	AU	AU	AU	AU	AU	AU	AU	AU	AU	IF	IF
Attività Chirurgica	<b>CHIRURGIA "OPEN"</b>												
	Ernioplastiche semplici	T	T	T	T	T	T	T	T	T	AU	IF	IF
	Appendicectomia	T	T	T	T	T	T	T	AU	AU	AU	IF	IF
	Emorroidi patologia ano-rettale	AU	AU	AU	AU	AU	AU	PA	PA	PA	PA	IF	IF
	Biopsie linfonodali	AU	AU	AU	AU	AU	AU	AU	NA	NA	NA	IF	IF
	Colecistectomia	AU	AU	AU	AU	AU	AU	AU	NA	NA	NA	IF	IF
	Laparoaloplastica	AU	AU	AU	AU	AU	AU	AU	NA	NA	NA	IF	IF
	Ernioplastiche complesse	AU	AU	AU	AU	AU	AU	AU	NA	NA	NA	IF	IF
	Interventi su piccolo intestino	AU	AU	AU	AU	AU	AU	AU	NA	NA	NA	IF	IF
	Interventi su colon	AU	AU	AU	AU	AU	AU	NA	NA	NA	NA	IF	IF
	Interventi su retto	AU	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NS	NS
	Interventi su stomaco	AU	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NS	NS
	Interventi su fegato- VB	PA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NS	NS
	Splenectomia in urgenza	AU	AU	AU	AU	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NS	NS
Emi/Tiroidectomia	NS	NS	NS	AU	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	
Attività chirurgica mini-invasiva	<b>CHIRURGIA LAPAROSCOPICA</b>												
	Appendicectomia	T	T	T	T	T	T	AU	AU	PA	PA	NA	IF
	Colecistectomia	T	T	T	T	T	T	AU	AU	NA	NA	PA	IF
	Ernioplastica inguino-crutale	NA	NA	NA	NA	AU	NA	NA	NA	NA	NA	IF	IF
	Laparoaloplastica	PA	PA	AU	PA	AU	PA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
	Viscerolisi/Urgenza	AU	AU	AU	AU	AU	AU	NA	NA	NA	NA	NA	IF
	Interventi su piccolo intestino	AU	AU	AU	AU	PA	AU	NA	NA	NA	NA	NA	NA
	Colectomie	AU	NA	NA	NA	PA	PA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
	Interventi sul retto	PA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
	Ernia iatale, acalasia	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
	Interventi su stomaco	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NS	NS
	Surrenalectomie	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
	Interventi su Fegato-Vie Biliari	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
	Interventi su Pancreas- Milza	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
Didattica e ricerca	Tutoraggio di specializzandi e studenti	T	T	T	T	T	T	AU	AU	PA	PA	NS	NS
	Relatore congressi nazionali	PA	PA	PA	AU	AU	AU	PA	NA	PA	PA		
	Relatore a congressi internazionali	NA	NA	NA	NA	NA	AU	NA	NA	NA	NA	NA	NA
	Ideazione realizzazione studi clinici	NA	NA	NA	NA	NA	AU	NA	NA	NA	NA	NA	NA
	Stesura articoli scientifici	NA	NA	NA	NA	PA	AU	NA	NA	NA	NA	NA	NA
	Partecipazione società scientifiche	AU	AU	AU	AU	AU	AU	AU	AU	PA	PA	NA	NA

## **7. Applicazione nell'U.O.C. di Ortopedia e Traumatologia 1 e 2 degli Spedali Civili di Brescia, ASST Spedali Civili di Brescia.**

Prima di presentare il progetto alla Direzione Sanitaria Aziendale che si è resa disponibile a considerare l'ipotesi di una sperimentazione aziendale finalizzata all'inserimento nella scheda di budget, abbiamo ritenuto utile analizzare il contesto di appartenenza e mapparne le *clinical competence*.

Gli Spedali Civili di Brescia (N°1294 posti letto, sede di 1 dei 6 CTS della regione Lombardia) hanno 2 UOC di Ortopedia e Traumatologia, la 1 ospedaliera e la 2 sede di clinica Universitaria dell'Università e sede della scuola di Specializzazione in Ortopedia e Traumatologia di Brescia. La UOC ortopedia Traumatologia 1 è costituita da un Direttore, 3 Dirigenti Medici con qualifica di C1, di cui 1 con Alta Specialità in chirurgia vertebrale e bacino (in attesa di pensionamento a partire da gennaio 2022) e da 6 Dirigenti Medici di 1° livello. La UOC di Ortopedia e Traumatologia 2 è costituita da un Direttore Professore Universitario, 1 Dirigente Medico di primo livello ricercatore Universitario e 4 Dirigenti Medici di 1 livello; al momento 4 per dirigente medico di primo livello sono vacanti e 2 unità operative semplici non assegnate (1 di Chirurgia della Mano e 1 di Traumatologia dello Sport). Inoltre afferiscono alla U.O.C. di Ortopedia e Traumatologia 1 i Medici Specializzandi della Scuola di Specializzazione in Ortopedia e Traumatologia dell'Università di Brescia (alla cui rete formativa appartiene la U.O.C.).

Entrambe le U.O.C. sono in attesa di concorso per completamento dell'impianto organico.

Mission delle U.O.C. Ortopedia e Traumatologia degli Spedali Civili di Brescia

Le due U.O.C. di Ortopedia e Traumatologia degli Spedali Civili di Brescia fanno della complessità la loro mission; ossia trattano patologie ad alta complessità, tentando di centralizzarle all'interno del territorio di competenza, o pazienti ad alta complessità.

L'U.O.C. di Ortopedia e Traumatologia 1 degli Spedali Civili di Brescia ha una vocazione prevalentemente traumatologica, in particolare traumatologia complessa quale quella della pelvi, acetabolo e paziente politraumatizzato/polifratturato; inoltre si occupa del trattamento delle fratture patologiche, delle infezioni e della patologia dell'anca. La U.O.C. Ortopedia e Traumatologia 2 degli Spedali Civili di Brescia ha una vocazione prevalentemente elettiva e si occupa della patologia ortopedica programmata sostanzialmente di tutti i distretti. Tutti i medici delle due U.O.C. condividono la programmazione dei turni indipendentemente dall'appartenenze all'una o all'altra unità operativa, anche i direttori, e seguono il paziente nel suo percorso in funzione si tratti di Ortopedia (chirurgia programmata) oppure di Traumatologia (emergenza-urgenza).

Le prestazioni di cura vengono fornite al massimo livello di professionalità in un'ottica *patient-centered* utilizzando, secondo linee guida aggiornate, i più adeguati strumenti terapeutici, tecnologici e organizzativi disponibili al fine di fornire risposte tempestive in base alle priorità della patologia, rendere più efficiente l'attività e ridurre la degenza media.

### Organizzazione

Le 2 U.O.C. di Ortopedia e Traumatologia al momento dispongono di 16 medici specialisti (in attesa di ulteriori 5 unità per completare l'organico) in Ortopedia e Traumatologia che collaborano su base interdisciplinare con: Anestesista-Rianimatore, Radiologo, Oncologo, Infettivologo, Reumatologo, Fisiatra e Terapista della Riabilitazione, Terapista del Dolore, Urologo e Chirurgo Urgenza; inoltre in emergenza/urgenza fanno parte del Trauma Team (team multidisciplinare).

Per fare un esempio pratico, che possa aiutare a meglio comprendere l'organizzazione delle due U.O.C., se un paziente è affetto da una frattura (evento acuto) dell'anca viene ricoverato presso il centro di costo della U.O.C. di Ortopedia e Traumatologia 1 e viene operato presso il blocco operatorio della stessa dallo specialista più competente in chirurgia dell'anca; se un paziente è affetto da artrosi dell'anca (patologia cronica e soggetta ad attività programmata) viene ricoverato presso il centro di costo della U.O.C. di Ortopedia e Traumatologia 2 e viene operato dallo stesso specialista sopradetto presso il blocco operatorio della stessa.

### Attività clinica

Normalmente i 2 reparti siti presso la Scala 3 al 2° piano (Ortopedia e Traumatologia 1) e al 3° piano (Ortopedia e Traumatologia 2) hanno 36 letti accreditati di cui attivi 32; attualmente vista l'emergenza Covid-19 i 2 reparti sono accorpati su 32 posti letto presso il reparto di Ortopedia e Traumatologia 1 e sono dedicati ai ricoveri sia elettivi che in regime di emergenza/urgenza provenienti da PS o da altre U.O.C.

Presso la 1 hanno particolare sviluppo gli interventi di chirurgia traumatologica sul trauma maggiore facendo della complessità ed in particolare della chirurgia traumatica della Pelvi e dell'Acetabolo il proprio elemento caratterizzante; presso la 2 ha sviluppo la chirurgia protesica di anca e ginocchio, la sport medicine, chirurgia ortopedica oncologia e la chirurgia della mano, sempre con un indirizzo "prioritario" verso quelle patologie ad alta complessità o verso pazienti complessi.

In entrambe le unità vengono utilizzate le tecniche classiche open che le più moderne percutanee/mini invasive e artroscopiche al fine di ottimizzare gli outcome, ridurre le complicanze, implementare la mobilizzazione precoce del paziente con un più rapido ritorno alla quotidianità.

Chirurgia open	
Ginocchio programmata	Protesica ginocchio, revisione ginocchio settiche e asettiche, conservativa di ginocchio, ricostruzioni multilegamentose, trapianti osteocondrali
Ginocchio trauma	Fratture articolari semplici e complesse, fratture lussazioni, lesioni tendinee, fratture esposte, protesi su frattura.
Spalla trauma	Fratture omero prossimale, frattura glena, frattura scapola, frattura clavicola, fratture lussazioni di tutto il cingolo. Protesica su frattura.
Spalla programmata	Sostituzioni protesiche primi impianti e revisioni (settiche e non), OT
Colonna trauma	Stabilizzazione fratture mieliche ed amieliche, decompressioni midollari
Colonna programmata	Scoliosi idiopatiche e degenerative, artrodesi vertebrali, ernieomie, stabilizzazioni vertebrali ant e post
Anca programmata	Protesica primi impianti e revisioni (settiche e non), conservativa anca, rigidità articolare, chirurgia compensativa
Anca trauma	Protesica parziale e totale, osteosintesi
Pelvi urgenza/emergenza	FEA, viti SI
Pelvi trauma	ORIF, stabilizzazioni spino-pelviche

## Clinical Competence e Privilegi in area chirurgica

Acetabolo trauma	ORIF, ricostruzione osteocondrali, protesi anca totale
Pelvi/acetabolo programmata	OT in esiti frattura, chirurgia conservativa, rigidità articolare, neurolisi sciatico, pseudoartrosi
Malunion/nonunion	OT correttive difetti assiali, revisione osteosintesi, innesti ossei, trattamento infezioni
Oncologia trauma	ORIF fratture patologiche, impeding fracture, sostituzioni protesiche
Oncologia programmata	Sotituzione protesica, tumori benigni e maligni tessuti molli, tumori benigni e maligni osso, trattamento secondarismi ossei
Mano trauma	ORIF fratture e fratture lussazioni mano polso, lesioni tendinee, lesioni legamentose, lesioni V/N, microchirurgia
Mano programmata	Sostituzioni protesiche mano polso, artrodesi, ricostruzioni legamentose, ricostruzioni tendinee inveterate, chirurgia compensativa, patologia reumatica, microchirurgia, nervoso periferico
Gomito programmato	Instabilità cronica, rigidità post traumatica e non, OT correttive, sostituzioni protesiche parziali o totali, lesioni tendinee,
Gomito trauma	ORIF fratture e fratture lussazioni, instabilità acuta, sostituzione protesica
Piede/Caviglia programmata	Sostituzione protesica, instabilità capsulo/legamentose post traumatica e non, artrodesi, impgmt articolare, patologie degenerative piede, OT correttive
Fissazione Esterna Circolare trauma	Trattamento di fratture esposte, trattamento di fratture con perdita di sostanza ossea, trattamento fratture complesse meta-diafisarie
Fissazione Esterna Circolare programmata	Trattamento osteomieliti/infezioni, Correzione deformità acquisite e congenite, trattamento pseudoartrosi con bone loss
Piede/Caviglia tra	Fratture lussazioni piede, fratture malleolari, fratture pilone tibiale, lesioni capsulolegamentose acute
microchirurgia	Lembi in chirurgia post traumatica e non
DCO	Stabilizzazione temporanea con FEA di fratture in paziente politraumatizzato, polifratturato instabile, fratture lussazioni articolari o fratture articolari instabili
Interventi trauma urgenza	Fratture diafisarie ossa lunghe, paziente politraumatizzato o polifratturato stabile
Chirurgia artroscopica/mini-invasiva	
Artroscopia ginocchio	Ricostruzione legamentose, multi legamentose, revisioni, lesioni osteocondrali, rigidità articolare, meniscectomie, suture meniscali, trapianti meniscali, fratture articolari
Artroscopia spalla	Instabilità, lesioni tendinee, fratture, fratture lussazioni omero e glena
Artroscopia anca	Impgmt, liberazione articolare, corpi mobili, ricostruzioni labrum
Percutanea pelvi/acetabolo	ORIF sotto controllo scopico 3D, spino pelvica percutanea PTA mini-invasive
MIPO	Fratture diafisarie, metadifisarie
Percutanea/colonna	Cifoplastiche, vertebroplastiche, stabilizzazioni percutanee, tecniche mini invasive
Day Surgery	
Chirurgia oncologica	Biopsie in locale, asportazione benigni tessuti molli in locale, elettrochemioterapia
Chirurgia mano	STC, S. nervo ulnare, dupuytren, dequerven, dita scatto e qualsiasi procedura in locale
Chirurgia piede	Alluce valgo, dita griffe, unghie incarnite, qualsiasi procedura in anestesia locale

Tutti gli interventi in elezione (programmati) vengono eseguiti dopo una preparazione del paziente che prevede un'intervista con stadiazione del rischio Covid-19, pre-ricovero che prevede l'esecuzione dei necessari esami strumentali e di laboratorio, incluso lo screening per il Covid-19, una valutazione anestesilogica ed eventuali visite specialistiche. Secondo la gravità e l'impegno della prestazione programmata, essa viene eseguita con ricovero ordinario o in regime di chirurgia di giorno (Day-Surgery).

### Attività Ambulatoriale

Presso l'Area Stauffer (Ambulatorio di zona degli Spedali civili di Brescia) e l'Area Ambulatori Esterni (poliambulatorio) sono attivi i seguenti ambulatori gestiti dalle 2 UOC di Ortopedia e Traumatologia:

## Clinical Competence e Privilegi in area chirurgica

	Frequenza	Patologia
Ambulatorio esiti	Quotidiano ( da LUN a VEN)	controlli e medicazioni dei post-operati. controlli post PS con e senza rx
Ambulatorio anca	GIO	Patologia anca Controlli fratture anca-pelvi-acetabolo
Ambulatorio spalla/gin/sport medicine	LUN-MER	Patologia spalla Patologia ginocchio Patologia sportivo traumatica e non Controlli fratture spalla e ginocchio
Ambulatorio spalla/gomito/sport medicine	VEN	Patologia spalla Patologia gomito Patologia sportivo traumatica e non Controlli fratture spalla e gomito
Ambulatorio polso/mano	MAR-GIO	Patologia polso mano degenerativa Patologia polso mano post traumatica Patologia polso mano reumatica Controlli fratture polso mano Controlli lembi microchirurgici e medicazioni avanzate
Ambulatorio piede/caviglia	LUN	Patologia piede e caviglia degenerativa Patologia piede e caviglia post traumatica Patologia piede e caviglia sportivo Controlli fratture piede e caviglia
Ambulatorio oncologia	GIO	Patologia oncologica primitivi e secondarismi, osso e tessuti molli Controlli post operatori
Ambulatorio metabolismo osseo	VEN	OP Paget Algodistrofie Patologie metabolismo osseo
Ambulatorio telemedicina	Quotidiano ( da LUN a VEN)	Prime visite generiche Programmi terapeutici OP Prescrizioni
Ambulatorio colonna	MER	Patologia vertebrale degenerativa Scoliosi Patologia vertebrale post traumatica Controlli post operatori patologia vertebrale

### Impiego del personale nelle attività cliniche

Il personale medico delle 2 U.O.C. di ortopedia e traumatologia è composto attualmente da 2 direttori e 14 Dirigenti Medici di 1° Livello che sono stati divisi in due categorie fittizie ( aiuti o senior e assistenti o junior) sulla base dell'anzianità di servizio e delle competenze acquisite sul campo, in particolare in merito all'attività di chirurgiche.

L'attività lavorativa diurna feriali richiede la presenza di 1 Dirigenti Medici e 2 Medico Specializzando in formazione per l'attività clinica di reparto (giro visita) e 1 dir e 1 spec di consulenza al pronto Soccorso, consulenze nei reparti/gestione appoggi e agli reparti dell'Ospedale che lo richiedono, 3 Dirigenti Medici e 3 Medici Specializzando in formazione per l'attività di sala operatoria elettiva, 1 un Dirigente Medico + 1 spec per l'attività ambulatoriale esiti e 2 + 1 spec amb specialistici e di Pre-Ricovero. I 1 dir + 1 spec guardia pomeridiana e 1 dir e 1 spec guardia notturna; 1 reperibile notturno.

1 medico gestione cartelle e telemedicina.

Il Direttore sovrintende a tutte le attività diurne e di guardia, partecipa all'attività clinica di reparto con un giro visita dei pazienti eseguito sia al mattino che al pomeriggio, si rende disponibile in sala operatoria sia in prima persona che come tutor per i casi clinici complessi da sottoporre a intervento chirurgico. E' responsabile ultimo dei compiti assegnati a ciascun Dirigente Medico incluso il tutoraggio dei Medici Specializzandi in formazione. Rimane reperibile H24, 365 giorni l'anno, per consulenze a distanza in merito all'indicazione ad intervento chirurgico per i pazienti urgenti, reinterventi per complicanze e la gestione di qualunque emergenza che richieda una competenza superiore a quella disponibile all'interno dell'Ospedale.

I livelli di clinical competence del personale medico non sono mai stati valutati. Si è ritenuto opportuno pertanto procedere ad una mappatura della clinical competence allo stato attuale. Il corrente progetto prevede l'utilizzo di un codice sintetico attribuito a ciascun componente dello staff medico secondo il livello di clinical competence.

Mappatura della clinical competence allo stato attuale

Il corrente progetto prevede la mappatura delle clinical competence allo stato attuale all'interno del reparto secondo la tassonomia della tabella 1 già inserita all'interno del Capitolo 6.

Descrizione Clinical Competence	Codice attribuito
Tutor	T
Autonomo	AU
Da potenziare	DP
Parzialmente autonomo (coadiuvato da collega esperto, non necessariamente in presenza in sala operatoria)	PA
In Formazione (richiede la presenza di un collega esperto)	IF
Da inserire nel Piano di Sviluppo	PS
Non Settore di Attività	NS
Non Autonomo	NA

Tab 1. Descrizione delle Clinical Competence e Codice attribuito per livello di competenza

Tipologia di attività	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	J1	J2	J3	J4	J5	J6	J7
Ambulatorio esiti	T	T	T	T	T	T	T	PA	AU	DP	AU	AU	AU	PA
Ambulatorio anca	PA	T	T	NS	PS	NS	PA	NA	PA	PS	PA	PA	NS	NS
Ambulatorio spalla/gin/sport medicine	T	T	NS	NS	NS	NS	NS	NA	NS	NS	PS	NS	NS	NS
Amb spalla/gomito/sport medicine	T	T	NS	DP	NS	NS	NS	NA	NS	NS	IF	NS	NS	NS
Amb polso/mano	NS	NS	NS	T	NS	NS	NS	NA	NS	PA	NS	NS	NS	NS
Amb piede/caviglia	NS	NS	NS	NS	NS	T	NS	NA	NS	IF	NS	PS	NS	NS
Amb onco	NS	NS	NS	NS	T	NS	NS	NA	NS	NS	NS	NS	NS	NS
Amb metab osseo	NS	NA	NS	NS	NS	NS	NS	T						
Amb telemedicina	NS	NA	NS	NS	NS	NS	NS	T						
Amb colonna	NS	NS	NS	NS	NS	NS	T	NA	NS	NS	NS	NS	NS	NS

Clinical Competence e Privilegi in area chirurgica

Attività	Chir mano	NS	DP	NS	T	PA	PS	NS	NA	IF	IF	PS	NS	NS	NS
	Chir piede	NS	NS	NS	NS	NS	T	NS	NA	NS	IF	NS	PS	NS	NS
	Chir onco	NS	NS	NS	NS	T	NS	NS	NA	NS	NS	NS	NS	NS	NS
Attività di Reparto	Visita medica	T	T	T	AU	T	AU	T	NS	DP	DP	AU	AU	AU	NS
	Redazione cartella clinica	T	T	T	AU	T	T	T	NA	AU	DP	AU	AU	AU	AU
	medicazioni	T	T	T	T	T	T	T	NA	DP	DP	AU	AU	DP	DP
	Compilazione sdo	AU	AU	AU	AU	AU	AU	AU	NA	AU	AU	AU	AU	AU	T
	Compilazione lettera dimissione	T	T	T	AU	T	T	T	NA	DP	DP	AU	AU	AU	T
	Cons spec altri reparti	T	T	T	<u>AU</u>	T	T	T	PA	DP	PA	DP	AU	DP	PA
	Turni guardia PS giorno	AU	T	T	T	T	T	T	PA	AU	AU	AU	AU	AU	AU
	Turni guardia notte	AU	T	T	T	T	T	T	NS	AU	AU	AU	AU	AU	NS
	Reperib notturna	AU	T	T	T	T	T	T	NS	AU	DP	AU	AU	AU	NS
	Prericovero	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS
Attività chirurgica	<b>Chirurgia open</b>														
	Ginocchio prog	T	DP	NS	NS	IF	NS	NS	NA	NS	NS	NS	NS	NS	NS
	Ginocchio trauma	AU	T	AU	PA	PA	DP	IF	NA	DP	PA	IF	PA	IF	NS
	Spalla tra	T	T	AU	PA	PA	DP	NS	NA	PA	PA	IF	PA	IF	NS
	Spalla prog	T	T	NS	PA	NS	NS	NS	NA	NS	NS	NS		NS	NS
	Colonna tra	NS	NS	NS	NS	NS	NS	T	NA	NS	NS	NS	NS	NS	NS
	Colonna prog	NS	NS	NS	NS	NS	NS	T	NA	NS	NS	NS	NS	NS	NS
	Anca prog	DP	AU	AU	NS	IF	NS	DP	NA	DP	IF	NS	NS	NS	NS
	Anca tra	PA	T	T	PA	PA	PA	DP	NA	AU	DP	IF	PA	PA	NS
	Pelvi urg	PA	T	T	PA	AU	AU	DP	NA	DP	DP	PA	PA	IF	NS
	Pelvi tra	NS	AU	AU	NS	PA	NS	NS	NA	IF	IF	IF	PS	IF	NS
	Acetabolo urg	NS	DP	DP	NS	IF	NS	NS	NA	PS	PS	PS	PS	PS	NS
	Pelvi acetab prog	NS	IF	IF	NS	NS	NS	NS	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NS
	Malunion/nonunion	DP	AU	AU	DP	PA	IF	NS	NA	IF	PS	NA	DP	DP	NS
	Oncolog tra	ne	DP	DP	NS	T	IF	PS	NA	PS	PS	PS	PS	PS	NS
	Oncologia prog	NS	NS	NS	NS	T	NS	NS	NA	NS	NS	NS	NS	NS	NS
	Mano tra	NS	DP	PA	T	DP	PA	IF	NA	PA	PA	IF	IF	PA	NS
	Mano prog	NS	NS	NS	T	NS	NS	NS	NA	NS	IF	NS	NS	NS	NS
	Gomito prog	DP	AU	NS	AU	NS	NS	NS	NA	NS	NS	IF	NS	NS	NS
	Gomito tra	DP	AU	PA	AU	PA	PA	NS	NA	PA	IF	DP	IF	PS	NS
	Piede cav pro	NS	NS	NS	NS	NS	T	NS	NA	NS	IF	NS	NS	NS	NS
	Fec tra	NS	NS	NS	NS	NS	IF	NS	NA	NS	NS	NS	AU	AU	NS
	FEC prog	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NA	NS	NS	NS	AU	AU	NS
	Piede cav tra	PA	AU	AU	PA	DP	T	PA	NA	PA	DP	IF	PA	IF	NS
	microchir	NS	NS	NS	T	NS	NS	PA	NA	NS	NS	NS	NS	NS	NS
	DCO	AU	T	T	T	T	T	AU	NA	AU	AU	AU	AU	AU	NS
	Int trauma urg	DP	T	T	T	T	T	AU	NA	DP	DP	DP	DP	DP	NS
	<b>Chirurgia artroscopica/mini-invasiva</b>														
	Artroscopia gin	T	DP	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS
	Artro spalla	T	T	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS
Artro anca	PS	IF	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	
Percutanea pelvi acetab mipo	NS	DP	DP	NS	IF	IF	IF	NS	NS	NS	PS	PS	NS	NS	
Percutanea colonna	NS	T	AU	DP	PA	DP	PA	NS	IF	IF	IF	PA	IF	NS	
	NS	NS	PS	NS	NS	NS	T	NS							
Attività didattica	Insegnamenti scuola specializzazione	T	AU	AU	AU	AU	AU	AU	NS	NS	NS	NS	DP	NS	DP
	Insegnamenti altri corsi di laurea	T	NS	NS	AU	AU	NS								
	Insegnamenti corso di laurea medicina	T	DP	DP	DP	NS									
	Tutoraggio spec e stud	T	AU	AU	AU	AU	AU	AU	NS	NS	NS	NS	DP	NS	DP

## Clinical Competence e Privilegi in area chirurgica

	Relatore a congressi nazionali	T	AU	DP	DP	DP	IF	PS	NS	NS	NS	NS	DP	NS	NS
	Relatore a congressi int	T	AU	IF	IF	IF	PS	PS	NS	NS	NS	NS	IF	NS	NS
Attività scientifica	Ideazione studi clinici	T	IF	IF	IF	IF	NA	PS	NS	NS	NS	PS	AU	IF	NS
	Realizzazione studi clinici	T	IF	IF	IF	IF	NA	PS	NS	NS	NS	PS	DP	IF	NS
	Realizzazione abstract congressi int	T	DP	DP	DP	PS	NA	PS	NS	NS	NS	PS	AU	IF	NS
	Realizzazione lavori per riviste scientifiche	T	DP	DP	DP	IF	NA	PS	NS	NS	NS	PS	AU	IF	NS
	Partecipazione attiva a società scientifiche	T	AU	PS	DP	DP	NA	PS	NS	NS	NS	PS	AU	DP	NS

## 9. Ipotesi di sviluppo del progetto: il *professional portfolio*

La mappatura delle *clinical competence* e la sua presentazione agli uffici interessati a sviluppare un progetto pilota sperimentale all'interno dell'azienda prevede la costruzione di un profilo individuale per ciascun collaboratore delle due UU.OO. che potrebbe essere inserito all'interno della scheda personalizzata di budget. Ma un lavoro capillare che punti all'attribuzione di un indice di performance del Dirigente Medico non può limitarsi alla definizione attualmente riduttiva che si può raggiungere con gli strumenti aziendali.

In ambito clinico diversi sono i metodi e gli strumenti proposti per la valutazione della competenza professionale che, nella maggior parte dei casi, misurano le prestazioni in base alle modalità di lavoro, ovvero in riferimento al "processo" ma non tengono conto di tutti i fattori costitutivi della professionalità come sono i *Key Performance Indicator* in altri ambiti.

Uno strumento utilizzato in altri contesti lavorativi che rappresenta il punto di raccolta di dichiarazioni che dimostrano la continua acquisizione di abilità, conoscenze, attitudini, la comprensione degli obiettivi e i risultati ottenuti può essere il *professional portfolio*. In esso sono raccolte le evidenze, solitamente scritte, riguardanti il processo di apprendimento, attestanti il raggiungimento degli obiettivi di sviluppo personale e professionale. Comprende non solamente il curriculum vitae, ma anche una griglia di autovalutazione ed un piano di auto-apprendimento per il perseguimento e/o mantenimento delle competenze professionali.

Il "portfolio valutativo" (*summative portfolio*) è usato per i *summative assessment*, cioè per le valutazioni ai fini della validazione della propria esperienza professionale.

La formazione per essere efficace deve svilupparsi secondo percorsi programmati e finalizzati al raggiungimento di obiettivi formativi coerenti con lo sviluppo professionale individuale e con le priorità, le innovazioni e le strategie del sistema aziendale.

Il *professional portfolio*, quindi, non può configurarsi come una semplice raccolta statistica di informazioni, ma deve costituirsi come uno strumento di accompagnamento del professionista in grado di:

Il *professional portfolio* rappresenta un'occasione in cui il professionista può:

1. monitorare il percorso formativo in relazione agli obiettivi raggiunti,
2. esercitare la propria professionalità in modo più appropriato, identificando e coniugando i propri bisogni formativi in modo coerente con quelli del contesto di lavoro,
3. trovare nel proprio Dipartimento/Unità Organizzativa il setting privilegiato del proprio sviluppo formativo e professionale.

I metodi di costruzione del *professional portfolio* prevedono di:

1. partire dal concetto di ciclo formativo rilevante per migliorare le performance frutto di competenze professionali individuali,
2. valutare la rilevanza del fabbisogno individuato, ovvero la presenza di un processo sistematico di rilevazione, il rilevante impatto sulla riduzione dei gap professionali del medico,
3. stabilire come valutare gli effetti del ciclo mediante:
  - il raggiungimento di standard identificati (linee-guida o target fissati a livello normativo),
  - gli outcome che devono essere misurabili o descrivibili,

- idonee conclusioni a supporto del percorso formativo (per esempio di audit),
- 4. evidenziare gli aspetti nodali di costruzione del sistema di misurazione e rendicontazione come l'affidabilità e la validità del processo e delle informazioni contenute nel documento valido anche a fini di accreditamento del professionista,
- 5. sottolineare le caratteristiche delle evidenze cliniche e formative a cui si riferisce il contenuto dello strumento, precisamente:
  - i domini di riferimento: assistenza al paziente; sviluppo individuale, gestione del contesto che mettono in luce una valutazione costante della performance clinica del professionista e delle aree di miglioramento con le relative azioni da intraprendere,
  - l'affidabilità del processo di produzione dei dati che devono essere globali, sufficienti, validi, autentici e attuali.

La costruzione del *professional portfolio* in contesti ad alto valore professionale, come la sanità, "obbliga" ogni medico a costruire la propria strategia di apprendimento e di sviluppo di carriera, riconosce ed incoraggia l'apprendimento autonomo basato sulla riflessione, propone un modello di sviluppo continuo in linea con le aspettative aziendali, documenta la competenza specialistica acquisita, rileva quanto prodotto dall'esperienza personale e costituisce una memoria della storia professionale.

Un *professional portfolio* può prevedere ipoteticamente sette sezioni:

1. il profilo anagrafico con indicazione del profilo professionale, della collocazione lavorativa (posizione organizzativa), e del curriculum dell'operatore;
2. il fabbisogno formativo individuale definito in rapporto alle competenze dell'operatore necessarie per ancorare le conseguenti e coerenti attività formative;
3. le evidenze relative all'attività di formazione effettuata, con l'eventuale segnalazione competenze distintive maturate nel tempo;
4. la valutazione periodica della formazione da parte del singolo professionista, dell'Azienda, ecc.,
5. la rilevazione e la misurazione delle performance individuali raggiunte nell'U.O. di appartenenza identificate, in parte mediante gli strumenti operativi previsti a livello aziendale, in parte mediante strumenti di Dipartimento/U.O., in parte non rilevate perché di difficile quantificazione;
6. la rilevazione delle capacità previste per l'esercizio del ruolo e valutate dal Direttore di riferimento;
7. particolari encomi ricevuti da colleghi, pazienti durante il percorso professionale.

Nei percorsi di valutazione delle competenze professionali a fini aziendali, strumenti come questo possono archiviare nel tempo quelle informazioni utili all'assegnazione di nuovi incarichi e di nuovi livelli di responsabilità, fornendo informazioni qualificanti nel settore in cui il professional portfolio del singolo esprime una specificità, come:

1. il numero di interventi fatti dallo specialista,
2. il decorso ospedaliero o post operatorio dei pazienti,
3. il numero e/o il grado di complicanze sopraggiunte,
4. il numero di discordanze tra la diagnosi e la realtà clinica,
5. la complessità dei casi trattati in rapporto alle complicanze avute e riferite ad uno standard,
6. il numero dei follow up dei pazienti seguiti dal medico.

Questa impostazione consente che la formazione non sia pensata solo come “manutenzione tecnica”, ma come supporto allo sviluppo di “sistemi di competenze” che devono comprendere tutta la gamma delle attività richieste in contesti continuamente mutevoli.

La rappresentazione della molteplicità degli aspetti delle competenze dei medici professional permette di dare evidenza dei saperi peculiari anche in relazione a ciò che viene chiesto dal contesto nel quale sono esercitate; costituisce punto di incontro tra individuo e organizzazione, garantisce la continuità tra lavoro e formazione non separandola dall'applicazione lavorativa.

Un professional portfolio dovrebbe attestare le seguenti evidenze:

Lo strumento prevede la figura di un mentor, che può avere la caratteristica di *supervisore clinico* responsabile del monitoraggio, del supporto e della valutazione del lavoro clinico svolto, dei progressi realizzati dal professionista in un determinato arco temporale, oppure un *supervisore formativo* responsabile del monitoraggio, del supporto e della valutazione del programma educativo del medico e dei progressi ottenuti.

## 10. Conclusioni

Nonostante sia venuto meno l'input da parte della Direzione Generale della Sanità in Lombardia che aveva fatto presagire nella seconda metà degli anni 2010 l'inclusione di un modello valutativo della *clinical competence* all'interno del processo di budget aziendale per singole UU.OO., oggi sono pochi i casi di sperimentazione attiva del modello di *clinical competence* e attribuzione di privilegi, specialmente in area chirurgica.

Intento del nostro progetto è stato quello di approfondire la conoscenza dei modelli esistenti di *clinical competence* e di mapparne l'attuale distribuzione per ciascun professionista medico al servizio delle nostre UU.OO. (9 Dirigenti Medici in Chirurgia Generale, Ospedale di Merate e 15 in Ortopedia e Traumatologia 1, Spedali Civili di Brescia) per eseguire un *baseline assessment* dello stato attuale da presentare all'interno delle UU.OO. e dei servizi di competenza delle nostre ASST (Gestione Risorse Umane, nucleo valutazione, Qualità e Rischio Clinico, Controllo di Gestione, Programmazione Bilanci). In assenza di standard predefiniti, la presentazione del nostro progetto potrebbe favorire la costruzione di un percorso virtuoso sperimentale successivamente applicabile ad altre UU.OO..

Uno sviluppo indipendente dalla volontà delle Direzioni Strategiche potrebbe portare invece nella direzione della creazione di indicatori di performance individuali o comunque di un *professional portfolio* spendibile a livello nazionale e internazionale sia per la documentazione del lavoro svolto in tutti gli ambiti che costituiscono la professionalità sia per la crescita di carriera.

In merito all'introduzione di Privilegi Clinici come conseguenza delle *clinical competence* occorre invece considerare nell'ambito chirurgico attuale tutte le difficoltà che deriverebbero dall'imporre dei vincoli che attribuiscono solo ad alcuni professionisti la possibilità di eseguire determinati trattamenti o procedure, propendendo per un modello flessibile che consenta la crescita professionale individuale ma garantisca l'adeguata copertura delle attività nell'U.O.. Soltanto un'analisi adeguata del contesto e delle situazioni che si potrebbero generare consentirà in un secondo momento di applicare anche solo sperimentalmente il modello anglosassone *in toto* alla nostra realtà ospedaliera.

## 11. Bibliografia

- 1) Bezzi C. (2007). *Cos'è la valutazione. Un'introduzione ai concetti, le parole chiave e i problemi metodologici*, Franco Angeli, Milano
- 2) Cocco G. (2018) « *Governare con il capitale umano* », Franco Angeli, Milano
- 3) Cheese Peter, Thomas Robert J., Craig Elizabeth (2008) “*L’impresa dei talenti*”, Il Sole 24 Ore
- 4) Duffy DF (2000), *Continuing Competence: Evidence of Continuing Competence in Practice. Proceedings of the conference “Credentialing Physician Specialists: A World Perspective* », Chicago
- 5) Gabrielli Gabriele (2005) “*Remunerazione e gestione delle persone*”, Franco Angeli, Milano
- 6) *Joint Commission International Accreditation Standards for Hospitals, 7th Edition, effective 1 January 2021*
- 7) Newble D, Jolly B, Wakeford R (1994) *The certification and recertification of doctors: issues in the assessment of Clinical Competence*. Cambridge: Cambridge University Press .
- 8) Profili Silvia (2004) “*Il Knowledge management. Approcci teorici e strumenti gestionali*”, Franco Angeli, Milano.
- 9) Protasoni Roberto (2007) “*People Strategy. La nuova sfida per il management di successo*”, Guerini e Associati, Milano
- 10) Smith R (2000):*Vision of the Future: The Role of Credentialing Physician Specialists. Proceedings of the conference “Credentialing Physician Specialists: A World Perspective”*. Chicago
- 11) Solari Luca (2004) “*La gestione delle risorse umane*”, Carocci Editore, Firenze
- 12) Franco Angeli (1993). « *La gestione e valutazione delle competenze* ». Spencer and Spencer, Milano
- 13) E. Borgonovi, S. Tasselli, D. Salvatore, S. Mele, F. Longo, G. Monchiero: *Risultati dal laboratorio FIASO Governo del Territorio. IL processo di budget e il suo impatto sul comportamento dei dirigenti territoriali*. CERGAS
- 14) AA. VV. *Startegia e performance management nelle Aziende Sanitarie Pubbliche*, Egea SDA Bocconi.
- 15) *Mario Del Vecchio, Federico Lega, Anna Prenestini, Marco Sartirana*. *Mappatura e valutazione delle competenze cliniche dei professionisti nelle aziende sanitarie: sistemi e strumenti a confronto*. Rapporto OASI 2018, Osservatorio sulle aziende e Sistema Sanitario Italiano, a cura di Cergas-Bocconi, [www.egeadeditore.it](http://www.egeadeditore.it)
- 16) Epstein RM, Hundert EM *Defining and assessing professional competence*. JAMA : the journal of the American Medical Association 2002 Jan 9;287(2):226-35
- 17) Leach DC *Competence is a habit*. JAMA : the journal of the American Medical Association 2002 Jan 9;287(2):243-4
- 18) Cohen JJ, Glassock RJ, Benson JA Jr et al. *Evaluation of clinical competence in nephrologists*. Kidney international 1988 Feb;33(2):608-9
- 19) Holmboe ES, Hawkins RE *Methods for evaluating the clinical competence of residents in internal medicine: a review*. Annals of internal medicine 1998 Jul 1;129(1):42-8

- 20) Carr SJ Assessing clinical competency in medical senior house officers: how and why should we do it? Postgraduate medical journal 2004 Feb;80(940):63-6 (full text)
- 21) Wass V, Van der Vleuten C, Shatzer J et al. Assessment of clinical competence. Lancet 2001 Mar 24;357(9260):945-9
- 22) Falk RJ, Rosenberg ME, Yee J et al. Helping nephrologists become lifelong learners. Clinical journal of the American Society of Nephrology : CJASN 2008 Sep;3(5):1238-41 (full text)
- 23) The New Nephrologist. American journal of kidney diseases : the official journal of the National Kidney Foundation 2000 May;35(5):978-979
- 24) Azienda ULSS22 Regione Veneto: LINEE DI PIANIFICAZIONE STRATEGICA ANNO 2008 – 2009. documento-di-indirizzo-2008-2009\_rev00
- 25) 19/04/2012 - Conferenza Permanente per i Rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano. Il sistema di formazione continua in medicina - Linee guida per i Manuali di accreditamento del Provider - Albo Nazionale dei Provider - Crediti formativi triennio 2011/2013 - Ordini, Collegi e Associazioni professionali, Federazioni - Sistemi di verifiche, controlli e monitoraggio della qualità - Liberi professionisti
- 26) Bacchielli MP, Pedicone F: Un modello per la realizzazione del dossier formativo. Il progetto pilota della Regione Marche. QA 2009; 19, 91-96
- 27) Evangelista L (2009): La valutazione e la certificazione delle competenze nel Sistema Toscano delle Competenze.
- 28) Commissione regionale per la formazione sanitaria (Servizio Sanitario della Toscana): Le competenze delle professioni sanitarie
- 29) Commissione di organizzazione dei servizi di nefrologia, dialisi e trapianto: La rete nefrologica italiana: rilevazioni ed indicazioni SIN
- 30) Bonaldi A: Come migliorare la qualità professionale. G It Nefrol 2002;19 (S-21) S14-S20
- 31) SINCERT: Prescrizioni per l'accreditamento degli Organismi operanti la valutazione e certificazione dei sistemi di gestione per la qualità nel settore EA 38 "Sanità e altri servizi sociali" SINCERT RT-04, Rev.03, 2004
- 32) Regione Emilia-Romagna, Agenzia sanitaria e sociale regionale. Requisiti specifici per l'accreditamento delle strutture di nefrologia e dialisi. DGR 327/2004; Allegato-3
- 33) Crossing the Quality Chasm. A New Health System for the 21st Century. Committee on Quality of Health Care in America. INSTITUTE OF MEDICINE NATIONAL ACADEMY PRESS. Washington, D.C., 2001
- 34) Crimp W., Pelletier S.J., Searcy V.L., Smith M. (2007), Core Privileges for Physicians (Fourth Edition): A Practical Approach to Developing and Implementing Criteria-based Privileges, HCPro Inc.

## 12. Sitografia

1. <https://portale.fnomceo.it/wp-content/uploads/2020/04/CODICE-DEONTOLOGIA-MEDICA-2014-e-aggiornamenti.pdf>
2. [https://odontoiatria.cdl.unimi.it/sites/ld54/files/2019-05/Carta\\_professio\\_medica.pdf](https://odontoiatria.cdl.unimi.it/sites/ld54/files/2019-05/Carta_professio_medica.pdf)
3. <https://ape.agenas.it/>
4. <https://www.miur.gov.it/>

## Ringraziamenti

Rivolgiamo un ringraziamento doveroso al Dr. Eugenio Cocozza che nel corso della sua pluriennale esperienza di Direttore dell'U.O. di Chirurgia Generale e Mininvasiva dell'ASST Settelaghi (Varese e Cittiglio) ha realmente implementato un progetto di mappatura delle *clinical competence* istituendo dei Privilegi corrispondenti e flessibile e sta proseguendo nel suo lavoro di ricerca di un indicatore di performance individualizzato in grado di valutare oggettamente ognuno dei suoi collaboratori.