

Collana CERGAS

Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria e Sociale della SDA Bocconi School of Management

Rapporto OASI 2018

Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano

Il rinnovamento dei sistemi sanitari è da tempo al centro del dibattito politico e scientifico nazionale e internazionale. Con l'istituzione di OASI (Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano), il CERGAS ha voluto confermarsi quale punto di riferimento per l'analisi dei cambiamenti in corso nel sistema sanitario italiano, adottando un approccio economico-aziendale. Ha inoltre creato un tavolo al quale mondo accademico e operatori del SSN possono interagire ed essere nel contempo promotori e fruitori di nuova conoscenza.

A partire dal 2000, l'attività di ricerca di OASI è stata sistematicamente raccolta in una serie di Rapporti Annuali. Il Rapporto 2018:

- presenta l'assetto complessivo del SSN (profili istituzionali, struttura, attività, spesa, esiti) e del settore sanitario italiano, inquadrandolo anche in ottica comparativa internazionale. Sono inclusi approfondimenti sui consumi privati di salute, sugli erogatori privati accreditati e sul sistema sociosanitario e sociale;
- approfondisce questioni di policy rilevanti per il sistema sanitario e le sue aziende, quali l'evoluzione dei profili professionali (*skill mix*) del personale SSN; la centralizzazione degli acquisti, con un approfondimento sulle politiche di acquisto nel comparto farmaceutico; l'introduzione di prezzi di riferimento per i dispositivi medici; i modelli per la segmentazione dei pazienti e il *Population Health Management*;
- a livello aziendale, si focalizza sui processi attuativi di certificabilità dei bilanci, sull'evoluzione dei sistemi di programmazione e controllo alla luce delle accresciute dimensioni aziendali, sugli strumenti per la gestione del sapere professionale, sulla diffusione di una funzione strutturata di gestione operativa.

Il CERGAS (Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria e Sociale) dell'Università Bocconi, oggi parte della SDA Bocconi School of Management, è stato istituito nel 1978 con lo scopo di sviluppare studi e ricerche sul sistema sanitario. Le principali aree di studio e ricerca sono: confronto tra sistemi sanitari e di Welfare e analisi delle politiche pubbliche in tali ambiti; valutazioni economiche in sanità; logiche manageriali nelle organizzazioni sanitarie; modelli organizzativi e sistemi gestionali per aziende sanitarie pubbliche e private; impatto sui settori industriali e di servizi collegati (farmaceutico e tecnologie biomediche) e sul settore socio-assistenziale. Quest'anno, inoltre, il CERGAS celebra il suo 40° anniversario, di pari passo con il SSN.

Questo volume è stato realizzato grazie al contributo incondizionato di



ISBN 978-88-238-5156-6



9 788823 851566

www.egeaeditore.it

Rapporto OASI 2018



CERGAS & SSN
40 ANNI INSIEME

CERGAS - Bocconi



CERGAS & SSN
40 ANNI INSIEME

Rapporto OASI 2018

Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano

a cura di
CERGAS - Bocconi



Università
Bocconi

CERGAS
Centro di ricerche sulla Gestione
dell'Assistenza Sanitaria e Sociale

SDA Bocconi
School of Management



Collana CERGAS

Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria e Sociale della SDA Bocconi School of Management



**CER GAS & SSN
40 ANNI INSIEME**

Rapporto OASI 2018

Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano

a cura di
CER GAS - Bocconi



**Università
Bocconi**

CER GAS
Centro di ricerche sulla Gestione
dell'Assistenza Sanitaria e Sociale

SDA Bocconi
School of Management



Tutti i contributi del Rapporto OASI sono stati sottoposti al processo di doppio referaggio prima della pubblicazione.

Impaginazione: Corpo4 Team, Milano

Copyright © 2018 EGEA S.p.A.
Via Salasco, 5 – 20136 Milano
Tel. 02/5836.5751 – Fax 02/5836.5753
egea.edizioni@unibocconi.it – www.egeaeditore.it

Tutti i diritti sono riservati, compresi la traduzione, l'adattamento totale o parziale, la riproduzione, la comunicazione al pubblico e la messa a disposizione con qualsiasi mezzo e/o su qualunque supporto (ivi compresi i microfilm, i film, le fotocopie, i supporti elettronici o digitali), nonché la memorizzazione elettronica e qualsiasi sistema di immagazzinamento e recupero di informazioni.

Date le caratteristiche di Internet, l'Editore non è responsabile per eventuali variazioni di indirizzi e contenuti dei siti Internet menzionati.

Prima edizione: novembre 2018

ISBN 978-88-238-5156-6

Stampa: Geca Industrie Grafiche, San Giuliano Milanese (Mi)



Questo volume è stampato su carta FSC® proveniente da foreste gestite in maniera responsabile secondo rigorosi standard ambientali, economici e sociali definiti dal Forest Stewardship Council®

13 Mappatura e valutazione delle competenze cliniche dei professionisti nelle aziende sanitarie: sistemi e strumenti a confronto

di Mario Del Vecchio, Federico Lega, Anna Prenestini, Marco Sartirana¹

13.1 Premessa ed obiettivi di ricerca: perché e come governare le competenze cliniche nelle aziende?

L'elemento di novità più dirompente rispetto agli schemi culturali tradizionali del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) è stata l'attenzione crescente al tema degli esiti – più in generale quella sui risultati e sulle loro diseguaglianze nella geografia italiana – e, quindi, alle condizioni necessarie per sostenere la sfida di un loro miglioramento sostanziale.

Tra queste condizioni, oltre ai pur importanti aspetti di tecnologia e processo, assume di certo centralità assoluta la qualità delle competenze cliniche. Si tratta di definire e gestire 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 distintive.

Come conseguenza delle pressioni sulla misurazione di esiti e processi clinici e delle collegate trasformazioni e innovazioni organizzative, le aziende sanitarie sono quindi chiamate a stabilire modelli e strumenti di riferimento per l'analisi, la mappatura e la valutazione delle capacità e dei saperi dei professionisti medici e sanitari. Questa necessità delle aziende sanitarie di conoscere e

¹ Sebbene la ricerca sia frutto di un lavoro di ricerca comune e di riflessioni congiunte degli autori, il § 13.5 è attribuito a Mario Del Vecchio, il § 13.1 a Federico Lega, i §§ 13.2, 13.4.1 e 13.4.2 ad Anna Prenestini e i §§ 13.3, 13.4.3 e 13.4.4 a Marco Sartirana, il § 13.4.5 è attribuito congiuntamente ad Anna Prenestini e Marco Sartirana. Si ringraziano per le interviste e per il prezioso contributo nel reperimento delle informazioni necessarie: i dott. Andrea Capponi, Paolo De Vecchi, Pietro Occhipinti, Stefano De Cillà e Paolo Aluffi Valetti dell'Azienda Ospedaliero Universitaria "Maggiore della Carità" di Novara; i dott. Silvia Pedrolli, Alberto Brolese, Walter Spagnoli e il Direttore Generale Paolo Bordon dell'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari di Trento; i dott. Claudia Nardulli, Maurizio Cecconi, Raffaello Furlan e Roberta Monzani dell'Istituto Clinico Humanitas; i dott. Massimo Monturano e Cristiano Crosta dell'Istituto Europeo di Oncologia; il dott. Massimo Pietracaprina.

governare meglio i processi di acquisizione, consolidamento e dispiegamento del potenziale delle competenze possedute dai clinici, assume poi ancora più valenza se si considera come essa sia funzionale a una molteplicità di obiettivi di massima rilevanza organizzativa e istituzionale, tra i principali dei quali si possono ricordare:

1. la già citata attenzione agli esiti, perché come ricordato c'è pressione istituzionale, ma anche e soprattutto perché la competizione attuale e i processi decisionali del paziente sempre di più sono e saranno orientati – di fronte a problemi di salute seri – da una valutazione delle performance del singolo medico e dell'azienda e struttura a cui appartiene;
2. l'accompagnamento delle profonde trasformazioni e innovazioni organizzative, quali la creazione di team multidisciplinari, di équipes itineranti, di aree di cura graduate per intensità e complessità, di nuovi schemi di micro-organizzazione delle strutture complesse e semplici in relazione agli “*shift*” nei regimi di attività (sempre più ambulatoriale e meno ricovero) e alla carenza e/o dotazioni in decremento di personale;
3. la “messa in sicurezza” dell'attività aziendale, specificatamente con riferimento all'inversione nell'onere della prova nella “*malpractice*”, dove sono azienda e professionista a dover dimostrare di essere all'altezza della prestazione che è stata resa;
4. la spinta a introdurre valutazioni delle performance cliniche a livello individuale, accanto a quelle organizzative, quali elementi cui collegare carriera, retribuzioni di risultato, responsabilità organizzative;
5. il conseguimento di accreditamenti di livello internazionale che sono forti segnali di qualità, nonché la *conformance* ad attese, 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;
6. la possibilità di segnalare e comunicare in modo più chiaro e netto all'esterno le capacità (“i prodotti”) dell'azienda, in coerenza con gli sviluppi strategici attesi;
7. 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;
8. nelle aziende ospedaliere universitarie, 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 sostanziale e in profondità delle aziende sulla gestione “intenzionale” 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.

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 colleghi tecnici di valutazione di fine incarico e di suo rinnovo, a patto che tali colleghi possano avvalersi di elementi concreti e di metodi di analisi che permettano effettivamente di apprezzare le competenze cliniche del 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 *équipe* 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 micro-organizzazione 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 so-

glie – 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 altri termini, se da un lato soglie e volumi sono strumento indispensabile per analizzare e regolare un sistema professionale complesso quale quello sanitario, dall’altro lato occorre riflettere attentamente sui rischi di una modellizzazione “meccanicistica”. I capi devono poter fare i capi. Valutando con la loro *expertise* come applicare gli schemi di analisi e costruzione delle competenze cliniche. Non tutti impariamo allo stesso modo, gli individui possono avere curve di apprendimento diverse. Una certa soggettività deve poter essere esercitata, per riconoscere le diversità, per motivare, per trovare le migliori soluzioni organizzative. Anche perché occorre sottolineare come le scelte di micro-organizzazione debbano contemperare la ricerca della migliore efficacia ed efficienza organizzativa con le necessità di generare adeguate condizioni di sviluppo dei saperi e delle competenze. In questa prospettiva, la micro-organizzazione non è solo un tema di divisione del lavoro, ma anche il terreno su cui il capo opera le scelte per lo sviluppo delle persone, il riconoscimento delle loro competenze attuali e l’investimento per quelle future, contesto di esplicitazione e trasferimento delle conoscenze, driver di motivazione.

Come si stanno quindi attrezzando oggi le Aziende Sanitarie per affrontare la sfida del governo delle competenze cliniche? Quali sono gli strumenti di governo del sapere professionale dei singoli clinici che stanno emergendo dentro le aziende sanitarie? Quale ruolo hanno in questo processo le agenzie di accreditamento, le società scientifiche, le istituzioni regionali, altri attori? Quali implicazioni emergono dall’analisi di aziende che da tempo hanno introdotto sistemi di gestione attiva delle competenze cliniche dei propri professionisti? Quali spunti ne emergono per il management aziendale (dalle direzioni generali e sanitarie, agli staff aziendali, in particolare quelli proposti alla qualità e accreditamento, all’organizzazione, alle direzioni del personale e della formazione, ai direttori di struttura complessa), per i *policy maker*, nonché per le società scientifiche chiamate a definire gli standard professionali e organizzativi in una medicina in costante evoluzione e accelerazione?

A questo scopo sono stati analizzati quattro casi “esemplari”, strutture sanitarie pubbliche e private con una storia significativa per maturità e ampiezza di sperimentazione di strumenti di governo delle pratiche cliniche.

Casi che aiutano a comprendere la *mis en place* del tema oggetto di analisi, e che delineano traiettorie di sviluppo interessanti per tutto il sistema SSN e per il settore ospedaliero in generale.

Il resto del capitolo presenta la metodologia della ricerca, la descrizione dei quattro casi, le riflessioni conclusive e le implicazioni manageriali e di *policy* scaturenti dalla loro analisi comparativa.

13.2 Metodologia della ricerca

La ricerca si è posta l'obiettivo principale di analizzare e confrontare i sistemi e gli strumenti utilizzati attualmente dalle aziende sanitarie per il monitoraggio, l'accertamento e lo sviluppo delle competenze cliniche dei professionisti.

Il metodo di ricerca ha previsto:

- ▶ una ricognizione della letteratura internazionale accademica e istituzionale/politica sul tema dei modelli di governo clinico legati alla valorizzazione e misurazione dei saperi e delle competenze professionali;
- ▶ un'analisi di quattro casi, con la selezione di aziende sanitarie pubbliche e private pioniere in termini di introduzione di logiche e strumenti di valutazione delle competenze cliniche.

Lo studio dei casi ha previsto, da un lato, un'approfondita analisi della documentazione aziendale relativa ai sistemi di gestione delle competenze cliniche, dall'altro una serie di interviste sul campo che hanno coinvolto diversi attori delle quattro aziende sanitarie. Il principale interlocutore delle interviste, in ciascuna delle aziende, è stato il/la responsabile (o referente principale) del sistema di monitoraggio e valutazione delle competenze. Sono stati intervistati anche Direttori di Struttura Complessa o professionisti coinvolti a vario titolo nel sistema (ad es. con ruolo di valutatori, di tutor per l'accompagnamento allo sviluppo delle competenze o – semplicemente – in qualità di valutati); in questo caso, dove possibile, si è optato verso una differenziazione del campione di intervistati tra professionisti di estrazione chirurgica o medica, per confrontare il possibile diverso impatto dei modelli delle *clinical competence* nel caso di UU.OO. chirurgiche e di UU.OO. mediche. Sulla base delle indicazioni dei ricercatori, i professionisti da intervistare sono stati individuati dal responsabile del sistema di valutazione delle *clinical competence*. Inoltre, in alcuni casi, è stata coinvolta la direzione strategica aziendale per analizzare la visione complessiva e i potenziali scenari futuri del sistema.

Le aziende analizzate sono:

1. Azienda Ospedaliero Universitaria “Maggiore della Carità” di Novara, pubblica, selezionata per aver definito – già a partire dai primi anni 2000 – un sistema di *clinical governance* volto a controllare e analizzare le principali procedure chirurgiche e interventistiche in termini di numero di casi trattati dai singoli professionisti e di qualità degli esiti clinici;

2. Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari di Trento, tra le prime aziende pubbliche ad aver introdotto il sistema *Joint Commission International* (JCI) per la valutazione delle competenze cliniche dei professionisti con l'accREDITAMENTO del Presidio Ospedaliero Santa Chiara di Trento;
3. Istituto Clinico Humanitas di Rozzano (Milano), IRCCS privato polispecialistico, prima struttura italiana ad essere accREDITATA JCI e ad aver introdotto il sistema di gestione delle *clinical competence* dei professionisti;
4. Istituto Europeo di Oncologia di Milano, IRCCS privato dedicato alla diagnosi e alla cura delle patologie oncologiche, primo *cancer hospital* fuori dagli Stati Uniti ad ottenere l'accREDITAMENTO JCI con l'introduzione dei sistemi di gestione dei saperi professionali.

Le tracce di interviste semi-strutturate sono state elaborate diversamente a seconda del destinatario dell'intervista, in relazione a specifici fabbisogni conoscitivi. Nel caso dei direttori o referenti della struttura operativa responsabile del sistema di *clinical competence*, la traccia ha approfondito in particolare: i) le ragioni alla base dell'introduzione del sistema di valutazione delle competenze cliniche; ii) la struttura e le caratteristiche costitutive del sistema in termini di strumenti utilizzati (modello di riferimento, indicatori, ecc.) e di processo di valutazione (attori coinvolti, tempistiche, ciclicità, ecc.); iii) risultati ottenuti in termini di implementazione del modello e di *outcome* raggiunti in azienda; iv) fattori critici di successo o fattori ostativi al cambiamento. Nel caso dei direttori di struttura complessa o dei professionisti coinvolti, la traccia d'intervista si è concentrata sull'analisi delle percezioni relative a: i) l'impatto dell'implementazione del modello di valutazione nella propria UO (anche in termini di modificazione/definizione della micro-organizzazione), ii) il ruolo che il professionista riveste rispetto a tale modello (valutatore, tutor di competenze, ecc.), iii) il grado di utilizzo e di utilità di tali strumenti.

Per le analisi sul campo e le interviste i ricercatori hanno dedicato, per ciascuna azienda, un tempo variabile tra le 4 e le 7 ore.

Lo studio si è concentrato, per ora, sui modelli relativi a competenze e capacità dei medici; tuttavia, tutte le esperienze analizzate hanno già progettato e avviato dei modelli di mappatura e di analisi delle competenze di professionisti sanitari di varie estrazioni. Di questi ultimi si tratterà in modo complementare nei paragrafi relativi alla descrizione dei casi.

13.3 Il governo dell'attività clinica dei professionisti

Il report "Crossing the quality chasm" del 2001 dell'Institute of Medicine statunitense, 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:

- ▶ 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;
- ▶ l'utilizzo approfondito delle potenzialità dell'*information technology* per analizzare le informazioni cliniche a supporto della valutazione della qualità;
- ▶ l'allineamento dei sistemi di incentivazione delle aziende e dei professionisti sanitari agli obiettivi e alle strategie di promozione della qualità;
- ▶ una adeguata preparazione dei professionisti, grazie a sistemi chiari di attribuzione delle responsabilità e percorsi formativi che valorizzino la cultura dell'*Evidence Based Medicine* (EBM) e le politiche della qualità.

Si tratta di uno tra i tanti esempi che confermano come le istanze di verifica e governo dell'attività clinica per garantire i livelli di qualità adeguati a quanto richiesto dai pazienti e dalla società si sono ampiamente diffuse a livello globale negli ultimi due decenni, trovando il consenso di larga parte della comunità professionale. Allo stesso tempo, affinché tali istanze abbiano impatto sui comportamenti e la cultura delle organizzazioni, è necessario che siano tradotte in strumenti operativi e in politiche aziendali efficaci e agite.

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. Analogamente, 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).

Seppur di grande interesse, è stato messo in luce (Crimp *et al.*, 2007) 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* (Matzka, 2017).

Il presente contributo intende concentrarsi sulla terza forma di governo dell’attività professionale sopra presentata – il governo degli input e dei livelli di competenza clinica dei professionisti – al crocevia di diversi strumenti operativi aziendali, quali le politiche per la qualità e le politiche del personale, e terra di confine tra diverse responsabilità organizzative, sia di *line* (di dipartimento e di unità operativa, in quanto primi titolari del governo e dell’orientamento dell’attività clinica), che di *staff* (direzioni del personale e sviluppo organizzativo, uffici qualità/accreditamento e rischio clinico, uffici di gestione operativa, direzioni sanitarie e di presidio).

In tale prospettiva gli obiettivi di qualità clinica vengono perseguiti in manie-

ra sinergica rispetto ai sistemi operativi aziendali di assegnazione degli obiettivi e gestione del personale, e sfruttando le potenzialità dei sistemi informativi aziendali. 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 – tra cui diverse di quelle selezionate per questo studio – hanno trovato negli enti accreditatori dei facilitatori importanti di questi processi di cambiamento. Questa prospettiva è poi pienamente in linea con quanto suggerito dal report dell’*Institute of Medicine* e con quanto suggerito sia dalla letteratura di matrice medica che da quella organizzativa. Scally and Donaldson (1998) ad esempio, nel loro contributo fondativo sul tema del governo clinico sottolineavano l’importanza della formazione e valutazione delle competenze dei professionisti, del coinvolgimento nella formulazione delle azioni di miglioramento della qualità, dell’utilizzo tempestivo ed effettivo dei dati di esito resi disponibili dai sistemi informativi. Mentre Townsend *et al.* (2013) hanno mostrato come le caratteristiche degli strumenti di gestione dei professionisti influiscono nella relazione tra le politiche per la qualità e la qualità effettivamente percepita dai pazienti.

Come anticipato, questo contributo non si sofferma specificamente sui sistemi di valutazione dei professionisti, orientati all’attribuzione di ricompense/sanzioni o allo sviluppo professionale, tema sempre attuale ma già sviluppato in precedenti Rapporti OASI (si vedano ad esempio De Pietro *et al.*, 2010, o Barbieri *et al.*, 2012). Piuttosto intende approfondire come alcune aziende sanitarie abbiano disegnato strumenti di governo clinico e di gestione del sapere tecnico dei singoli professionisti – in alcuni casi facendo uso anche di strumenti di valutazione – che garantiscono che ciascuno contribuisca al raggiungimento degli obiettivi strategici e di qualità definiti dall’organizzazione.

13.4 I quattro casi studio aziendali

13.4.1 Azienda Ospedaliero Universitaria “Maggiore della Carità” di Novara

L’azienda e gli intervistati

L’Azienda Ospedaliero Universitaria “Maggiore della Carità” di Novara (di seguito, AOU di Novara) è un’azienda pubblica di alta specializzazione a rilievo nazionale, sede di insegnamento della facoltà di Medicina e Chirurgia dell’Università del Piemonte Orientale “Amedeo Avogadro”. L’AOU di Novara – con circa 730 PL, 108 ambulatori che erogano oltre 2 milioni di prestazioni l’anno e 28 sale operatorie – garantisce tutte le discipline specialistiche, è sede di DEA di II livello e ospedale di riferimento del quadrante nord orientale della Regio-

ne Piemonte. Su un totale di 2635 dipendenti, il personale medico è composto da 521 unità, di cui 43 di estrazione universitaria, e il personale infermieristico ne conta 1072.

Per la presente ricerca, sono stati intervistati: il Direttore Medico dei Presidi Ospedalieri (DMPO), già direttore della struttura organizzativa che per prima ha definito il sistema di misurazione delle *clinical competence* in AOU, il Direttore della UOC Gastroenterologia, della UOC di Oculistica, della Clinica Otorinolaringoiatrica e un dirigente medico della Cardiologia con funzioni di tutor per l'accreditamento delle competenze.

Il sistema di mappatura e misurazione delle competenze professionali

Il modello di mappatura e valutazione delle competenze dei clinici utilizzato dall'AOU di Novara ha origine nel '99 allo scopo di creare uno strumento di misurazione e controllo dell'attività clinica da parte della Struttura Organizzativa Complessa "Verifica e Revisione Qualità". Il responsabile della UOC citata, che possiede un background medico-organizzativo e una focalizzazione sui temi di controllo dei processi clinici, è partito inizialmente dalla definizione di una routine trimestrale di discussione dei dati di produzione e di governo clinico con i primari. Se nei primi anni duemila questa esperienza si connotava per la necessità di istruire i clinici sull'importanza della misurazione e della corretta interpretazione delle informazioni dei report relativi alla produzione, a partire dal 2006 il responsabile della UOC definisce un sistema per la valutazione delle *clinical competence* dei professionisti che si fonda, in particolare, su uno strumento: la c.d. "Scheda di Addestramento" (SdA).

Il sistema, quindi, 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 UO 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: i) le "competenze di base" che deve possedere un clinico per l'effettuazione dell'attività (laurea, specializzazione, eventuali corsi post-specializzazione, ecc.); ii) le attività di "formazione e addestramento" che servono al professionista per svolgere l'attività (conoscenze teoriche e pratiche); iii) la numerosità di esami o procedure necessarie per poter mantenere le competenze; iv) 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 UO. In generale, tale strumento si compone di tre sezioni per ciascuna delle procedure prodotte dall'UO: 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'équipe 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 UO 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 (si veda infra Box 13.1).

Nel 2017 l'AOU ha iniziato a lavorare sull'area medica, a partire da una procedura standardizzabile e monitorabile, ossia l'ecocardiotoracico (ETT). Lo scopo è stato quello di "accreditare" le competenze di due medici internisti (non specializzati in cardiologia) che effettuavano ETT di I livello per *outpatient*. In questo caso è stata elaborata esclusivamente la parte qualitativa della SdA ed è stata firmata da tutti i clinici coinvolti nel percorso formativo. Tale percorso si è svolto in varie fasi:

- ▶ i due internisti hanno conseguito un certificato SIECVI (Società Italiana Ecocardiografia e *CardioVascular Imaging*) per un corso di formazione sull'ETT;
- ▶ le modalità di effettuazione degli esami e della refertazione degli ETT sono state standardizzate e formalizzate nella SdA da parte dei cardiologi;
- ▶ a due cardiologi è stato affidato il ruolo di tutor aziendale, con il compito di seguire gli internisti nella fase di addestramento pratico (che corrisponde ad un recepimento locale del certificato ottenuto dalla SIECVI) con l'effettua-

zione e la refertazione di 10 prestazioni sotto il diretto controllo e 10 *off line* con verifica dei referti;

- ▶ l'accreditamento delle competenze sull'ETT, certificato da un attestato firmato dal direttore del dipartimento e dal cardiologo tutor, potrà essere mantenuto con l'effettuazione di almeno 200 ETT nei 365 giorni precedenti la redazione del report trimestrale; tale accreditamento corrisponde all'abilitazione all'esercizio della prestazione ETT da parte dell'internista e all'assunzione di responsabilità da parte del direttore del dipartimento e del tutor.

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 DMPO), un suo collaboratore incaricato di seguire il dipartimento di cui fa parte l'UO monitorata, il direttore di UOC, 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 competence*, sono la presenza di uno staff aziendale (successivamente DMPO) 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 perché 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 *outcome* clinici delle UU.OO., diminuendo la probabilità di incorrere in errori, peggiorare i dati di produzione e di qualità.

Box 13.1 **Impatti sulla micro-organizzazione delle UU.OO. cliniche e sviluppi su area infermieristica**

Impatti sulle scelte di micro-organizzazione delle UU.OO.

Per quanto riguarda l'area chirurgica, le interviste ai Direttori di Struttura Complessa hanno condotto a comprendere l'impatto del modello per ciascuna delle UU.OO.

Nel caso della Gastroenterologia, il direttore di struttura complessa ha contribuito alla definizione degli indirizzi per l'addestramento delle competenze e gli standard clinici, a partire dalle indicazioni delle società scientifiche americane. Nella percezione del direttore di UO, diversi sono stati gli impatti sulla microstruttura organizzativa dell'applicazione di questi strumenti:

- innanzitutto, essi hanno il merito di trasmettere in modo formalizzato gli standard della qualità clinica nell'effettuazione delle procedure e rendere nel tempo la cultura organizzativa più pronta a recepire le istanze di miglioramento dell'efficacia e degli esiti;
- per alcune procedure (es. varici esofagee) è stabilito uno standard minimo di attività per garantire che tutti si distribuiscano la casistica e abbiano le competenze base per poter affrontare urgenze in tale ambito, mentre per altre procedure è richiesta maggiore specializzazione; perciò diventa indispensabile trovare un equilibrio tra la turnistica (che richiede di essere generalisti) e il dedicarsi alla maggiore specializzazione;
- la definizione dei percorsi di sviluppo professionale e di specializzazione delle competenze si basa su un progetto ben definito e vicino ai fabbisogni dell'azienda (ad es. sviluppo delle attività bilio-pancreatiche), che deve essere governato dal Direttore di Unità Operativa; i percorsi di sviluppo prevedono non solo le decisioni relative alla formazione esterna e ai convegni ai quali partecipare, ma anche – nell'attività pratica – l'utilizzo di tutor (anche esterni) e l'*assessment* tra pari;
- infine si sta creando un percorso di certificazione/accreditamento delle competenze professionali sulla Ecocardiografia Transesofagea, con il coinvolgimento dei cardiologi con ruolo di tutor.

Il Direttore dell'UO di Oculistica, di recente nomina, ha indicato che l'utilizzo della SdA sta aiutando a riorientare completamente le attività svolte dalla stessa UO secondo due linee strategiche:

- la distribuzione della casistica di medio-bassa complessità tra tutti gli oculisti, anche quelli iperspecializzati. In particolare, in precedenza la prestazione di rimozione della cataratta (1.200 casi/anno) prevedeva 2 chirurghi esclusivamente dedicati; la scelta è stata quella di definire un numero minimo di interventi di cataratta per ciascun oculista (38 cataratte/anno) pur mantenendo la maggior parte della casistica solo su alcuni oculisti. Ciò ha garantito un incremento del numero di casi/anno di cataratta fino a circa 1.600, a risorse umane invariate.
- la specializzazione delle competenze sui servizi di II livello, ad es. il glaucoma o la chirurgia retinica. In questo caso il direttore di struttura complessa esercita un ruolo di tutor e di certificatore delle competenze dei propri collaboratori su tali interventi.

Questa nuova modalità organizzativa ha richiesto anche l'implementazione di turni di lavoro dei chirurghi organizzati per know how, in relazione alla programmazione delle sedute operatorie specialistiche.

Infine, le SdA e i sistemi di monitoraggio hanno orientato anche l'azione di una delle UU.OO. di Otorinolaringoiatria:

- gli interventi sulla tiroide, ad esempio, che hanno volumi molto alti e richiedono una dotazione tecnologica basilare vengono distribuiti tra tutti gli otorinolaringoiatri dell'UO, sino alla creazione di team multidisciplinari con i chirurghi generali cui vengono trasmesse tali competenze;
- le prestazioni che richiedono maggiore specializzazione vengono concentrate in piccoli team che favoriscono la formazione e il ricambio generazionale;
- le équipes di sala operatorie vengono costituite in modo tale da garantire sempre, insieme al medico in formazione, la presenza di almeno un medico senior con il ruolo di tutor.

Una delle considerazioni critiche emerse dai professionisti attiene alla possibile problematica della responsabilità legale del singolo clinico, a seguito della mappatura delle competenze.

Sviluppo su area delle professioni sanitarie

Infine, nel 2011 è stata sviluppata un'esperienza sul mondo ostetrico, in particolare su tre percorsi di sviluppo delle competenze: i) l'addestramento sulle manovre di rivoluzione del bambino che si presenta di spalle; ii) un corso di formazione per la lettura del tracciato cardiocografico, che ha condotto ad un interessante dibattito scientifico cui hanno partecipato anche medici ginecologi; iii) un corso per la lettura del partogramma. Tale addestramento ha coinvolto tutto il personale ostetrico, allo scopo di diffondere le competenze, e il monitoraggio continuo degli esiti clinici ha permesso di evidenziare i miglioramenti nel corso degli anni.

13.4.2 Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari (APSS) di Trento

L'azienda e gli intervistati

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. Nel territorio sono presenti due ospedali *hub* (Trento e Rovereto) e cinque ospedali *spoke*, che costituiscono una rete ospedaliera di oltre 1800 PL. I dipendenti dell'Azienda sono oltre 8.000, di cui più della metà di area clinico-sanitaria; tra questi ultimi, i medici assommano a circa 1115 unità e il personale assistenziale (infermieri e ostetriche) a 3000. All'interno della rete, l'ospedale S. Chiara di Trento ha ottenuto l'accreditamento JCI.

Le interviste sono state rivolte a: la referente del sistema di gestione delle competenze cliniche che riveste un incarico relativo allo "Sviluppo Organizzativo" aziendale, già *project manager* su tali temi presso il Servizio "Pianificazione e Gestione del Cambiamento"; il Direttore Generale; il direttore di UOC di Medicina Interna e dell'Area Medica Provinciale e il direttore della UOC Chirurgia 2 dell'Ospedale S. Chiara di Trento.

Il sistema di mappatura e misurazione delle competenze professionali

L'impulso alla costruzione di un sistema per la mappatura delle *clinical competence* 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.

La prima area aziendale in cui si è sviluppato il sistema di mappatura delle competenze è rappresentata dal Dipartimento Medico². Successivamente sono stati coinvolti il Dipartimento di Emergenza e quello di Radiologia.

A partire dal 2012, quindi, il Servizio Pianificazione e Gestione del Cambiamento è stato incaricato di accompagnare i direttori di dipartimento e delle UO verso la definizione dei cataloghi delle prestazioni, ossia delle attività e delle procedure cliniche che sono svolte all'interno di una UO. 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:

² Il Dipartimento Medico aveva già maturato una sensibilizzazione in merito a tali temi, a partire da un'esperienza esterna condotta in seno alla Società Scientifica di Medicina Interna (FADOI, Federazione delle Associazioni dei Dirigenti Ospedalieri Internisti).

- ▶ 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 Unità Operativa che compila la “Scheda di Assegnazione Individuale” per ciascun clinico della propria équipe. Tale scheda viene discussa tra Direttore UO 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 competence*; quest’ultima effettua le analisi di confronto ed elabora possibili scenari relativamente ai livelli di autonomia e specializzazione per UO omogenee, evidenziando eventuali aree di criticità.

La prima sperimentazione – tra gli anni 2013 e 2014 – ha condotto alla predisposizione dei primi 10 cataloghi delle prestazioni da parte di 26 Direttori di UO, validati dai dipartimenti di appartenenza. Nella sperimentazione si è utilizzato il meccanismo dell’autovalutazione da parte di 66 clinici coinvolti e i risultati sono stati presentati in plenaria, comunicando l’estensione del sistema a tutti i 167 professionisti dei dipartimenti di area medica.

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 UO 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).

A partire dal 2015, l’adesione dell’APSS al sistema di accreditamento JCI per l’Ospedale S. Chiara di Trento, ha reso necessario una mappatura e una valutazione diffusa delle competenze dei clinici impiegati nell’ospedale *hub* della rete. In questo processo sono stati elaborati ulteriori 15 cataloghi delle competenze e sono state compilate le schede relative a 441 clinici (99% del target).

Ad oggi, la valutazione delle *clinical competence* è stata eseguita almeno 1 volta su tutti i medici ospedalieri (per un totale di 845 unità), tranne quelli incaricati nelle UO di Protonterapia, Chirurgia Odontoiatrica, PMA dell'ospedale di Arco, Genetica Medica. La nuova Direzione strategica ha deciso di inserire tra gli obiettivi di budget 2018 la rivalutazione delle competenze dei clinici da parte dei Direttori di UO, in modo da effettuare delle analisi di scenari aggiornate sulle competenze presenti e valutare eventuali gap o percorsi di trasmissione dai medici esperti ai più giovani.

Dal 2016, inoltre, i servizi responsabili del sistema hanno iniziato una sperimentazione sul dipartimento di radiologia volta a rispondere al secondo obiettivo del sistema: la correlazione dello sviluppo professionale dei singoli alla pianificazione organizzativa, in modo da individuare le aree di competenze scoperte o critiche (Tabella 13.1).

Tabella 13.1 **Scheda *clinical competences* UO chirurgica APSS Trento (estratto)**

| Chirurgia dell'addome e retroperitoneo | | | | |
|---------------------------------------------|---------------------------|-----------------------------|-----------------|-------------------------------|
| Dipendente | Resezioni epatiche minori | Resezioni epatiche maggiori | Colecistectomia | Duodenocefalo-pancreasectomia |
| A | 5. Super | 5. Super | 5. Super | 5. Super |
| B | Osserva | Osserva | 4. Avanzato | Osserva |
| C | Osserva | Osserva | 4. Avanzato | Osserva |
| D | Osserva | Osserva | 4. Avanzato | Osserva |
| E | Osserva | Osserva | 2. Affiancato | Osserva |
| F | 3. Autonomia | 2. Affiancato | 4. Avanzato | 2. Affiancato |
| G | 3. Autonomia | Osserva | 4. Avanzato | 3. Autonomia |
| H | Osserva | Osserva | 4. Avanzato | Osserva |
| I | Osserva | Osserva | 5. Super | Osserva |
| Totale dipendenti per livello di competenza | N.A. | 0 | 0 | 0 |
| | Osserva | 6 | 7 | 6 |
| | 2. Affiancato | 0 | 1 | 1 |
| | 3. Autonomia | 2 | 0 | 1 |
| | 4. Avanzato | 0 | 0 | 6 |
| 5. Super | 1 | 1 | 2 | 1 |

Fonte: APSS di Trento, 2018

Il processo si svolge come segue. In primo luogo, 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 UO, 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'UO (Tabella 13.2); in particolare attraverso indicatori demografici quali:

- ▶ N° e % medici con anzianità superiore ai 5 anni, per continuare con il consolidamento delle competenze;
- ▶ N° e % medici under 45/50, su cui è necessario investire con una crescita delle competenze, anche di eccellenza;
- ▶ N° e % medici in prossimità del pensionamento, che devono trasmettere le competenze ai più giovani;
- ▶ N° e % donne medico under 45, per garantire la sostituzione delle loro competenze per i periodi necessari alla gestione delle gravidanze;
- ▶ 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.

Tabella 13.2 **Analisi demografiche del personale APPS Trento (esempio)**

| | N. totale medici N. Direttori | | Consolidare le competenze | | | Far crescere le competenze | | | Trasmettere le competenze (anno 2022) | | | Mantenere le competenze | | Trattenere le competenze | | |
|-----------------|----------------------------------|---|--------------------------------|--------------------|-----|------------------------------|---------------------------------|-----|---------------------------------------|-----|----------------------------------------------|-------------------------------|---------------------------------|--------------------------|--|--|
| | | | n. medici <5 anni di anzianità | n. medici under 50 | % | n. medici 66 anni entro 2022 | n. direttori 66 anni entro 2022 | % | n. donne under 45 | % | n. medici under 46 residenti fuori provincia | n. domande di mobilità da hub | n. domande di mobilità da spoke | | | |
| Radiologia | 47 | 5 | 12 | 33 | 70% | 4 | 4 | 15% | 19 | 40% | 4 | 0 | 1 | | | |
| Med Nucleare | 6 | 1 | 0 | 4 | 67% | 0 | 0 | 0% | 1 | 17% | 0 | 0 | 0 | | | |
| Senologia | 6 | 1 | 1 | 4 | 67% | 1 | - | 14% | 1 | 17% | 0 | 0 | 0 | | | |

Fonte: APPS di Trento, 2018

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 Competence*, mirano a:

- ▶ 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).

- ▶ aggiornare la mappatura delle competenze cliniche ai fini del nuovo accreditamento JCI per il S. Chiara di Trento;
- ▶ estendere e utilizzare la mappatura delle competenze assistenziali nei contesti già sperimentati e avviare la mappatura delle competenze assistenziali in quelli prioritari (cfr. infra).

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

- ▶ la diffusione e il consolidamento del modello e del processo di rivalutazione delle *clinical competence* su tutte le UU.OO. dell'azienda;
- ▶ 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;
- ▶ 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;
- ▶ 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;
- ▶ 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; 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 competence* e del direttore generale dell'APSS, uno dei maggiori vantaggi ottenuti dall'applicazione del modello è stata la sensibilizzazione dei Direttori di UO 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 UO tra professionisti.

Tra i fattori che hanno favorito l'implementazione a questo stadio del modello di *clinical competence* vi sono, in particolare: a) una base nutrita di professionisti che credono in questo sistema e ne chiedono l'implementazione, in

Box 13.2 **Impatti sulla micro-organizzazione delle UU.OO. e sviluppi su area infermieristica**

Gli impatti sulle scelte di micro-organizzazione delle UU.OO.

L'intervista al Direttore di Medicina Interna dell'Ospedale S. Chiara di Trento e dell'Area Medica Provinciale (dipartimento gestionale che riunisce tutte le medicine interne dell'APSS) ha fatto emergere diversi spunti di riflessione.

In un primo momento, la richiesta della Direzione Strategica di effettuare una mappatura delle competenze è stata accolta con freddezza per due motivi fondamentali: da un lato, l'aver conseguito il diploma di specialità era ritenuto già la certificazione delle competenze relative alla medicina interna; dall'altro, la difficoltà – soprattutto nel campo della medicina interna – di identificare le effettive funzioni e valutare le capacità pratiche dei professionisti.

Una volta comprese meglio le finalità della Direzione Strategica Aziendale, si è partiti con la definizione del catalogo delle prestazioni/attività mediche per il dipartimento. Tutte le UO afferenti sono state coinvolte con gli specialisti d'area, in modo da produrre le griglie di identificazione delle competenze che, in generale, riguardano: i) la capacità di fare guardia attiva; ii) le attività di medicina interna; iii) le prestazioni tecniche strumentali; iv) le attività di medicina specialistica; v) le attività da svolgere negli *spoke*. Il lavoro è stato particolarmente impegnativo e ha richiesto 7/8 mesi di discussione.

I tre maggiori vantaggi ottenuti dal Dipartimento e dalla UO con il sistema di valutazione delle competenze sono: i) l'aver effettuato una fotografia delle attività e prestazioni prodotte dalle medicine, così come delle competenze presenti; ii) la possibilità di impostare percorsi di sviluppo professionale coerenti; iii) l'analisi anticipata e la previsione di strategie per la sostituzione dei professionisti vicini al pensionamento oppure in *turn over* fisiologico.

L'applicazione di questi modelli, tuttavia, non è immune da criticità. Prima fra tutti la responsabilità medico-legale nell'effettuazione delle procedure previste dai cataloghi: ipoteticamente, un professionista potrebbe essere chiamato – per motivi di urgenza – ad effettuare determinate procedure pur non avendo l'autonomia necessaria.

La rivalutazione delle competenze è stata effettuata entro il 30 giugno 2018 solo per il S. Chiara di Trento. Nel futuro sarebbe opportuno da un lato effettuare una revisione critica delle competenze e una rivalutazione delle competenze per tutti i professionisti medici dell'azienda, dall'altro lavorare di più sulle reti tra *hub & spoke* in termini di rotazione delle competenze e di definizione delle attività che è possibile svolgere negli *spoke* di riferimento.

Il Direttore di Struttura Complessa della seconda chirurgia del S. Chiara di Trento ritiene particolarmente rilevante il collegamento di questi strumenti con gli indicatori quantitativi relativi alle soglie minime di interventi chirurgici e agli esiti ottenuti (calcolati per UO e per singolo chirurgo). A livello di UO, alcune tipologie di interventi sono distribuiti tra tutti i professionisti (ad es. occlusioni, perforazioni, tumore al colon, colecisti, ecc.) mentre altri (es. tumore al pancreas, ecc.) devono essere necessariamente concentrati per garantire la specializzazione delle competenze. Le informazioni che derivano da questi strumenti sono, quindi, utili per la definizione di turni dei chirurghi in sala operatoria; tuttavia – al momento attuale – una non piena copertura dell'organico della UO sta sovraccaricando il lavoro del Primario che sovente segue in prima persona gli interventi con la partecipazione di chirurghi con livello 1 o 2 (non autonomi o osservatori).

Inoltre, è auspicabile sviluppare un quadro chiaro della distribuzione degli stessi casi tra diverse UO chirurgiche anche su diversi ospedali della rete: i dati prodotti possono essere utili al dipartimento chirurgico e all'azienda per impostare soluzioni organizzative che prevedano concentrazione della casistica con *équipe* inter-UO, la definizione di *équipe* itineranti e di strategie di rete *hub & spoke*.

Sviluppo su area infermieristica

Nel 2015 l'APSS è partita con una sperimentazione sulla valutazione e mappatura delle *care competence* delle professioni sanitarie, in particolare infermieri di selezionati contesti territoriali e ospedalieri e ostetriche ospedaliere. I cataloghi sono stati costruiti dagli infermieri esperti di ciascuna UO, supportati

dalla referente del sistema di valutazione per la parte metodologica e dalla direzione infermieristica aziendale per i contenuti delle attività. La valutazione delle competenze dei singoli infermieri è effettuata sia in modalità di autovalutazione, sia con la valutazione del proprio coordinatore infermieristico/ostetrico. Questo strumento è utilizzato dai coordinatori infermieristici anche per assegnare gli obiettivi individuali annuali a ciascuno dei propri collaboratori. A seguito della mappatura delle *care competence* è stabilito un piano di sviluppo e formazione dei professionisti sanitari per ciascuna équipe infermieristica.

Le équipes di professionisti sanitari su cui, si è sperimentato il modello in prima battuta sono:

- l'équipe infermieristica dedicata alle cure domiciliari, che ha preso come base per la costruzione delle *care competence* la il modello della complessità dei pazienti domiciliari (MAP);
- le ostetriche della sala parto e della degenza, le quali hanno richiesto uno strumento che fungesse da punto di riferimento per le competenze esperte in un contesto ad alto *turnover*;
- le équipes infermieristiche ospedaliere, di Chirurgia generale 2 di Trento, Chirurgia di Rovereto, Cardiocirurgia e Chirurgia vascolare di Trento, prendendo come riferimento i principi del *primary nursing*;
- gli infermieri del Pronto Soccorso e dell'Osservazione Breve di Trento.

Attualmente, il sistema è in fase di estensione sulle altre équipes infermieristiche e ostetriche degli ambiti sperimentati (tutti i PS, tutte le ostetriche ospedaliere, tutte le chirurgie, per un totale di 300 persone coinvolte in autunno nella fase di auto/etero valutazione). Altre équipes infermieristiche aziendali hanno richiesto di poter iniziare il processo di costruzione dei cataloghi di attività e della mappatura delle competenze (ad esempio, l'Anestesia e Rianimazione, le ostetriche territoriali che si occupano di percorso nascita, le cardiologie, le pediatrie). Infatti, a differenza delle *clinical competence*, la cui implementazione è partita da una richiesta della direzione strategica, nel caso delle *care competence* la richiesta è partita dal basso, ossia dai professionisti infermieri e dai loro coordinatori che ritengono il sistema molto utile per mirare una formazione e un sistema di valutazione del personale disegnati sulle reali competenze.

particolare enorme successo è stato riscontrato nell'area infermieristica (cfr. box 13.2); b) 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.

13.4.3 Istituto Clinico Humanitas

L'azienda e gli intervistati

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*.

Le interviste hanno visto come destinatari la responsabile dello Sviluppo Progetti HR, i direttori di Dipartimento Anestesia e Rianimazione, della UO Anestesia e D Chirurgico e della UO Clinica Medica.

Il sistema di mappatura e misurazione delle competenze professionali

Il primo impulso per la definizione di un sistema di mappatura e valutazione delle *clinical competence* 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 UO 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:

- ▶ Livello 1: non autonomo
- ▶ Livello 2: necessita di supervisione
- ▶ Livello 3: autonomo
- ▶ Livello 4: completamente autonomo e in grado di affiancare altri professionisti
- ▶ 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 N.V. (si vedano, ad esempio, la tabella 13.3 e 13.4).

Il Direttore di UO 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 UO 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, ecc., leggibili a livello macro per UO, e a livello micro, sul singolo

Tabella 13.3 Scheda *clinical privileges* UO radiologia Humanitas

| Descrizione attività | Medico 1 | Medico 2 | Medico 3 | Medico 4 | Medico 5 | Medico 6 | Medico 7 | Medico 8 |
|---------------------------------------------------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| Rx tradizionale (app. scheletrico e toracico) | 4 | 2 | 3 | 3 | 4 | 4 | 4 | 2 |
| Rx tradizionale con contrasto (telecomandato) | 3 | n.v. | 3 | 3 | 3 | 4 | 3 | n.v. |
| TAC cuore | 3 | n.v. | n.v. | n.v. | 3 | n.v. | n.v. | 3 |
| TAC body | 4 | n.v. | 3 | 4 | 3 | 4 | 3 | n.v. |
| TAC neuro | 2 | 4 | 2 | 2 | 3 | 3 | 2 | n.v. |
| RM body | 1 | n.v. | n.v. | 3 | 3 | 4 | n.v. | n.v. |
| RM neuro | n.v. | 4 | n.v. | 2 | 2 | 3 | n.v. | n.v. |
| RM mammella | n.v. | n.v. | n.v. | n.v. | n.v. | 4 | 4 | n.v. |
| RM cuore | n.v. | n.v. | n.v. | n.v. | 1 | n.v. | n.v. | 4 |
| Mammografia | n.v. | n.v. | 4 | n.v. | n.v. | 2 | 4 | n.v. |
| Agoaspirati, biopsie, drenaggi (tac o rx guidati) | 4 | n.v. | 3 | 4 | 4 | n.v. | 4 | n.v. |
| Radiologia interventistica | | | | | | | | |
| Angiografia diagnostica | 2 | 4 | n.v. | 4 | 4 | n.v. | n.v. | n.v. |
| Interventistica vascolare | n.v. | n.v. | n.v. | 4 | 4 | n.v. | n.v. | n.v. |
| Interventistica biliare | 3 | n.v. | n.v. | 4 | 4 | n.v. | n.v. | n.v. |
| Accessi vascolari (cvc, groshong, port) | 3 | n.v. | n.v. | 4 | 4 | n.v. | n.v. | n.v. |
| Neuroradiologia interventistica | n.v. | 2 | n.v. | 2 | 2 | n.v. | n.v. | n.v. |
| Terapia loco-reg.le – alcoolizzazione | n.v. | n.v. | n.v. | 4 | 4 | n.v. | n.v. | n.v. |
| Terapia loco-reg.le – radio-frequenze | n.v. | n.v. | n.v. | 4 | 4 | n.v. | n.v. | n.v. |
| Sedazione moderata | | | | | | | | |
| Gestione e monitoraggio | 3 | 3 | n.v. | 3 | 3 | n.v. | n.v. | n.v. |
| Gestione e monitoraggio reversal agents | 3 | 3 | n.v. | 3 | 3 | n.v. | n.v. | n.v. |
| Capacità gestione emergenza | 3 | 3 | n.v. | 3 | 3 | n.v. | n.v. | n.v. |

Fonte: Istituto Clinico Humanitas, 2018

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 competence* 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 richie-

Tabella 13.4 **Scheda *clinical privileges* Dipartimento Medico Humanitas (estratto)**

| Descrizione attività | Medico | Medico | Medico | Medico | Medico | Medico |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Sistema respiratorio | 4 | 4 | 3 | 4 | 4 | 3 |
| Sistema epatobiliare e pancreatico | 4 | 4 | 4 | 3 | 3 | 3 |
| Rene e tratto urinario | 4 | 4 | 3 | 3 | 3 | 4 |
| Sistema circolatorio | 4 | 4 | 3 | 4 | 4 | 3 |
| Apparato digerente | 4 | 4 | 3 | 3 | 3 | 3 |
| Infezioni | 4 | 4 | 4 | 3 | 3 | 4 |
| Arteriovenostomia per dialisi renale | n.v. | n.v. | 3 | n.v. | n.v. | n.v. |
| Cateterismo venoso per dialisi renale | n.v. | n.v. | 3 | n.v. | n.v. | n.v. |
| Dialisi peritoneale | n.v. | n.v. | 2 | n.v. | n.v. | n.v. |
| Emodialisi | n.v. | n.v. | 2 | n.v. | n.v. | n.v. |
| Valutazione polmone per sindrome interstiziale omogenea/ disomogenea, addensamento polmonare, PNX | 2 | 2 | 2 | n.v. | n.v. | 2 |
| Valutazione collassabilità vena cava | 4 | 4 | 4 | n.v. | n.v. | 2 |
| Valutazione cus (compressive ultasounds) | 3 | 4 | 4 | n.v. | n.v. | 2 |
| Distensione vescicale/idronefrosi | 3 | 3 | 3 | n.v. | n.v. | 2 |
| Colecistite/dilatazione vie biliari | n.v. | n.v. | 3 | n.v. | n.v. | n.v. |
| Aneurisma aorta addominale | n.v. | n.v. | 4 | n.v. | n.v. | n.v. |
| Ricerca accessi venosi periferici | n.v. | n.v. | 4 | n.v. | n.v. | n.v. |
| Ricerca accessi venosi centrali | n.v. | n.v. | 4 | n.v. | n.v. | n.v. |
| CPAP (Continuous Positive Airway Pressure) | 4 | 2 | 1 | n.v. | n.v. | 1 |
| BPAP (Bilevel Positive Airway Pressure) | 4 | 2 | 1 | n.v. | n.v. | 1 |
| Valutazione tolleranza ortostatica | 2 | 3 | 2 | 4 | 4 | 2 |
| Valutazione manovra di Valsalva | 1 | 3 | 1 | 4 | 4 | 2 |
| Valutazione di Sinus Arrhythmia | 1 | 3 | 1 | 4 | 4 | 1 |

Fonte: Istituto Clinico Humanitas, 2018

dono 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 colle-

gate 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

Box 13.3 **Gli impatti sulla micro-organizzazione delle UU.OO. e sviluppi su area infermieristica**

Gli impatti sulle scelte di micro-organizzazione delle UU.OO.

L'intervista al direttore del Dipartimento di Anestesia e Terapie Intensive e al responsabile dell'Unità Operativa Anestesia e Day Hospital chirurgico ha messo in luce come il sistema sia particolarmente efficace per i medici in formazione, mentre per i medici più senior richiede un'evoluzione culturale più sfidante. In particolare, non è semplice far comprendere ai professionisti che non tutti, nonostante gli anni di attività professionale alle spalle, hanno un livello di competenza tale da poter raggiungere il livello 4 di autonomia professionale, e che è naturale che vi siano professionisti specializzati solo in alcuni campi e non in altri. Inoltre, come segnalato, è fisiologico che dopo un certo numero di anni di attività un professionista raggiunga il livello 3 o 4 di autonomia: per motivare i clinici nella propria crescita professionale, l'azienda ha pertanto deciso di consentire – a partire dal prossimo anno – di allocare fino al 20% degli obiettivi di budget individuale a obiettivi di crescita individuale di eccellenza in ambito clinico o scientifico collegati alla realizzazione di progetti speciali e di innovazione.

L'intervista al responsabile dell'Unità Operativa Clinica Medica ha confermato l'efficacia dello strumento soprattutto per i medici più junior. Ha tuttavia segnalato come nello specifico contesto della medicina interna, dove prevale un approccio generalista e gli ambiti di specializzazione sono più ridotti, si raggiungono in tempi relativamente brevi i massimi livelli di autonomia. Inoltre, a differenza dell'ambito chirurgico, gli *outcome* clinici sono più difficilmente riconducibili a un singolo professionista ma sono spesso il risultato di un lavoro di équipe. Pertanto, al fine di motivare i professionisti e di identificare percorsi di formazione e sviluppo, in questa unità operativa ci si è in diverse occasioni concentrati su obiettivi nell'ambito delle competenze relazionali o gestionali, o della ricerca clinica.

Naturalmente i responsabili delle diverse aree sono attenti a programmare i turni di lavoro per garantire sempre livelli di autonomia adeguati tra i professionisti in servizio; ad esempio nella composizione delle guardie interdivisionali notturne o festive, i professionisti in turno devono essere autonomi sulle macro-categorie di attività che potrebbero essere chiamati a svolgere e/o deve essere previsto un reperibile senior che è completamente autonomo nell'eseguire delle attività specialistiche che sono NV per i professionisti in turno. Di fatto, sia in ambito anestesiológico che nella medicina interna, è stato segnalato come tutti i professionisti in turno hanno un livello essenziale di autonomia (seppur minimo, ad esempio livello 2) su tutte le principali aree di attività, così da poter sempre intervenire in caso di urgenza.

Sviluppo su area infermieristica

Lo sviluppo del sistema vedrà anche il coinvolgimento dell'area assistenziale, con la definizione dei *privileges* a partire dall'introduzione del sistema del *Primary Nursing*. In particolare, l'azienda intende far dialogare maggiormente il neonato sistema dei *privileges* infermieristici con i piani assistenziali dei pazienti, che sono lo scheletro su cui oggi si strutturano i percorsi formativi del personale infermieristico.

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 competence* 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.

13.4.4 Istituto Europeo di Oncologia

L'azienda e gli intervistati

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.

Le interviste hanno coinvolto il responsabile Patient Safety & Clinical Risk Management e il Direttore della divisione Endoscopia.

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:

- ▶ Livello 0: non autorizzato ad effettuare la prestazione
- ▶ Livello 1: autorizzato a svolgere compiti semplici (con supervisione di collega autonomo)
- ▶ Livello 2: autorizzato a svolgere tutti i compiti (con supervisione di collega autonomo)

- ▶ Livello 3: autorizzato in totale autonomia
- ▶ 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)
- ▶ 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, ecc.

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:

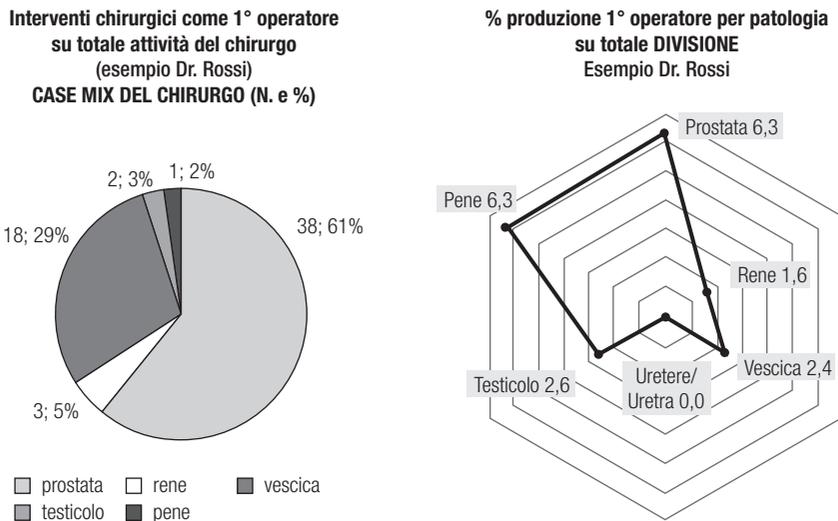
- ▶ N° interventi (in alcuni casi con distinzione SSN e Solventi)
- ▶ Tempo chirurgico (media e mediana)
- ▶ Degenza (media e mediana)
- ▶ N° Reinterventi (durante il ricovero principale)
- ▶ N° Decessi (durante il ricovero principale)

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 *privileges* ≥ 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. In Tabella 13.5 è riportato un esempio di scheda individuale in un reparto di urologia, in cui, per tutte le prestazioni principali, sono presenti gli indicatori di reparto e individuali, e sono indicati i *clinical privileges*. La Figura 13.1 mostra invece una sintesi grafica di alcuni indicatori più significativi.

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.

Figura 13.1 **Indicatori di sintesi UO urologia (anno 2017)**



Fonte: Istituto Europeo di Oncologia, 2018

Tabella 13.5 Scheda indicatori e *clinical privileges* UO urologia IEO

| Indicatori di attività chirurgica 2017 – Programma di urologia | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|-------------------|------------------------------|------------------------|---------------|------------------------------------------|------------------------------|------------------------|-----------------|------------|-------------------|--------------|-------------------|--------------|
| Indicatori a supporto del processo di valutazione per attribuzione “privileges” e definizione piano di sviluppo | | | | | | | | | | | | | | |
| Intervento | Livello | UO Urologia | | | | Dr. Rossi | | | | Privileges | | | | |
| | | Numero interventi | Tempo chirurgico (min) media | Degenza media (giorni) | N. interventi | N. interventi come 2 o 3 op. senza tutor | Tempo chirurgico (min) media | Degenza media (giorni) | N. reinterventi | Mortalità | Media gruppo 2016 | Singolo 2016 | Media gruppo 2017 | Singolo 2017 |
| 1 Prostatectomia radicale robotica +/- linfoadenectomia | Avanzato | 517 | 237 | 2 | 37 | 42 | 229 | 2 | 0 | 0 | 3 | 4 | 3 | 4 |
| 2 Resezione laser della prostata | Intermedio | 30 | | | | | | | | | 2 | 2 | 2 | 3 |
| 3 Biopsia prostata ecoguidata | Base | 17 | | | | | | | | | 3 | 4 | 3 | 4 |
| 4 Infiltrazione di macroplastica per incontinenza urinaria | Intermedio | 16 | | | | | | | | | | | | |
| 5 Resezione endoscopica di prostata | Intermedio | 13 | | | 1 | | | | | | 3 | 3 | 3 | 3 |
| Altri interventi prostata (2 tipologie) | | 9 | | | | | | | | | | | | |
| PROSTATA | | 602 | | | 38 | 42 | | | | | | | | |
| 1 Enucleo resezione tumore renale robotica | Avanzato | 103 | 164 | 4 | | 17 | | | | | 2 | 3 | 2 | 3 |
| 2 Nefrectomia radicale | Avanzato | 24 | 227 | 7 | | 2 | | | | | 2 | 3 | 2 | 3 |
| 3 Nefrectomia radicale robotica | Avanzato | 46 | 186 | 4 | 3 | 6 | 213 | 4 | 0 | 0 | 2 | 3 | 2 | 3 |
| 4 Surrenectomia robotica | Avanzato | 10 | | | | | | | | | 1 | 0 | 1 | 1 |
| RENE | | 183 | | | 3 | 25 | | | | | | | | |
| 1 Resezione endoscopica per neoplasia verticale | Intermedio | 450 | 34 | 2 | 10 | 7 | 38 | 3 | 0 | 0 | 4 | 4 | 4 | 4 |
| 2 Cistoscopia con o senza posizionamento stent ureterale/pielografia ascens. | Base | 208 | 31 | 2 | 3 | 8 | 43 | 2 | 0 | 0 | 4 | 4 | 4 | 4 |
| 3 Cistectomia radicale + uretero/ileo cutaneosotomia | Avanzato | 48 | 355 | 15 | 5 | 5 | 383 | 13 | 0 | 0 | 2 | 4 | 2 | 4 |
| 4 Cistectomia radicale + neovescica | Avanzato | 41 | 471 | 17 | | 4 | | | | | 2 | 4 | 2 | 4 |
| VESCICA | | 747 | | | 18 | 24 | | | | | | | | |
| 1 Uretroscopia | Base | 33 | 61 | 3 | | | | | | | 3 | 4 | 3 | 4 |
| 2 Nefroureterectomia robotica | Avanzato | 20 | 272 | 7 | | | | | | | 2 | 3 | 2 | 3 |
| 3 Uretrotomia | Base | 17 | 30 | 2 | | | | | | | 3 | 3 | 3 | 3 |
| 4 Nefroureterectomia | Avanzato | 8 | 253 | 8 | | | | | | | 2 | 3 | 2 | 3 |
| Altri interventi uretere/uretra (5 tipol.) | | 10 | | | | | | | | | | | | |
| URETERE/URETRA | | 88 | | | | | | | | | | | | |
| 1 Orchifunicolectomia | Intermedio | 61 | 66 | 1 | 2 | 0 | 71 | 1 | 0 | 0 | 3 | 4 | 3 | 4 |
| 2 Linfoadenectomia retroperineale | Avanzato | 9 | 235 | 4 | | | | | | | 1 | 0 | 2 | 1 |
| Altri interventi testicolo (2 tipologie) | | 6 | | | | | | | | | | | | |
| TESTICOLO | | 76 | | | 2 | | | | | | | | | |
| 1 Amputazione pene totale o parziale | Intermedio | 8 | 120 | 4 | | | | | | | 3 | 3 | 3 | 3 |
| 2 Linfoadenectomia inguinale | Avanzato | 5 | 147 | 4 | | | | | | | | | | |
| Altri interventi pene (2 tipologie) | | 3 | | | | | | | | | | | | |
| PENE | | 16 | | | | | | | | | | | | |
| ALTRO (11 tipologie di interventi) | | 102 | | | 5 | | | | | | | | | |
| TOTALE | | 1814 | | | 67 | | | | | | | | | |

Fonte: Istituto Europeo di Oncologia, 2018

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 competence* 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.

Box 13.4 **Gli impatti sulla micro-organizzazione delle UO**

L'Unità Operativa di Endoscopia, di cui è stato intervistato il direttore, è una di quelle strutture già accreditate da enti esterni che da diversi anni monitorano i livelli di esito clinico. In particolare, la società scientifica di riferimento propone batterie di indicatori su cui articolare i percorsi di verifica della qualità e della formazione. Inoltre l'UO è dotata da tempo di un applicativo ad hoc in grado di valutare indicatori di efficienza ed efficacia della pratica clinica dei singoli professionisti (ad esempio i tempi di esecuzione delle colonscopie, il numero di colonscopie che raggiungono il cieco, ecc). Tali dati, analizzabili anche in tempo reale, alimentano delle schede individuali che una volta all'anno vengono discusse con il direttore della struttura.

13.4.5 Il confronto tra i casi studio

Nella Tabella 13.4 si riporta una tavola sinottica di confronto tra i quattro casi studio.

Tabella 13.4 **Confronto tra i casi studio**

| | AOU Novara | APSS Trento | Humanitas | IEO |
|----------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Origini | Sistema di controllo della qualità e della sicurezza delle prestazioni cliniche | Sistema di sviluppo professionale clinici e accreditamento JCI | Accreditamento JCI | Sistema di controllo della qualità e della sicurezza e accreditamento JCI |
| Focus del sistema | Prestazioni chirurgiche e interventistiche, specifiche procedure ostetriche, avvio sperimentazione per diagnostica medica | Attività e prestazioni area medica e chirurgica (<i>work in progress</i> per l'ambito infermieristico) | Attività e prestazioni di area medica e chirurgica (<i>work in progress</i> per l'ambito infermieristico) | Attività e prestazioni di area chirurgica |
| Obiettivi | Qualità e sicurezza delle prestazioni | Sviluppo/ <i>knowledge management</i> e pianificazione organizzativa | Qualità, pianificazione strategica | Qualità, pianificazione strategica |
| Presenza di <i>clinical privileges</i> | No | No | Sì | Sì |
| Elementi distintivi | Collegamento con strumenti di monitoraggio della distribuzione della casistica tra i diversi professionisti che fanno parte di una UO e con indicatori di <i>outcome</i> ed efficacia dei processi clinici | Collegamento con analisi demografiche su professionisti per valutare eventuali gap o percorsi di trasmissione competenze dai medici esperti ai più giovani | Collegamento con sistema di monitoraggio <i>outcome</i> , visibilità dei <i>privileges</i> in tutta l'azienda | Collegamento con sistema di monitoraggio <i>outcome</i> |
| Governance modello | Modello centralizzato (regia e gestione dati da parte della DMPO) | Regia centrale e valutazione decentrata | Regia centrale e valutazione decentrata | Regia centrale e valutazione decentrata |
| Fattori di successo | Sistema qualità (professionisti dedicati alla gestione degli strumenti e sistema informativo), focus su indicatori di monitoraggio quantitativi, strumento consolidato e sviluppato in oltre un decennio | JCI, integrazione con HR | JCI, supporto della direzione aziendale, integrazione con HR, sistema informativo qualità | Sistema qualità (professionisti dedicati alla gestione degli strumenti e sistema informativo), focus su indicatori strategici |
| Limiti e criticità | Resistenze professionali iniziali, difficoltà di estensione all'ambito medico | Attuale mancanza di un collegamento con sistemi di monitoraggio della qualità | Maggiori difficoltà in ambito medico e con professionisti non junior | Resistenze professionali, difficoltà di estensione all'ambito medico |

Anzitutto sono posti in evidenza gli stimoli che hanno spinto inizialmente l'azienda a introdurre un sistema misurazione delle competenze cliniche. Se in alcuni casi (AOU di Novara e IEO) hanno svolto un ruolo principale gli uffici qualità dell'azienda, negli altri due casi (APSS di Trento e Humanitas) è stato molto rilevante l'impulso dell'accREDITAMENTO esterno, oltre alle spinte delle direzioni strategiche e all'impegno organizzativo degli staff aziendali.

Per quanto riguarda l'oggetto del sistema, l'APSS di Trento e l'Humanitas mappano singole prestazioni, interventi e procedure, che corrispondono al-

le attività svolte dalle unità operative specialistiche, garantendo la valutazione dell'autonomia dei professionisti su ognuno di questi item; nel caso dello IEO, invece, il sistema si sofferma sulle attività principali e strategiche. Il caso dell'AOU di Novara è differente dagli altri poiché il sistema si fonda su una Scheda di Addestramento che riporta gli indirizzi per la formazione e il mantenimento delle competenze su specifiche prestazioni chirurgiche e interventistiche a rischio o complesse, che si avvale di indicatori quantitativi di monitoraggio della casistica e degli esiti.

Con riferimento agli obiettivi al momento dell'introduzione del sistema, nel caso dell'APSS di Trento le finalità erano prevalentemente collegate allo sviluppo delle competenze dei clinici, cui oggi si aggiunge la pianificazione organizzativa per individuare aree di competenze scoperte, mentre presso l'AOU di Novara l'obiettivo principale è stato quello di migliorare i livelli di qualità delle cure e la sicurezza clinica; a Humanitas e IEO è prevalso anche l'obiettivo di utilizzare questo strumento come leva di governo strategico delle linee di attività.

Provando ad identificare gli elementi che contraddistinguono maggiormente ciascun modello, appare anzitutto opportuno segnalare la presenza, in tutte le strutture ad eccezione dell'APSS Trento, di un evoluto sistema informativo di monitoraggio della qualità, su cui sono ancorati direttamente o indirettamente gli strumenti di misurazione della *clinical competence*. Presso l'AOU di Novara è interessante notare l'importanza del controllo del numero minimo di prestazioni (previsti da letteratura o concordati con i professionisti) e della distribuzione della casistica tra i professionisti, mentre allo IEO e a Humanitas si è scelto di non prevedere standard minimi di casistica. Inoltre, a differenza dello IEO dove la presenza o meno del *privilege* è conosciuta solo dai diretti collaboratori del professionista, a Humanitas il dato è pubblico per tutti i professionisti che operano presso l'ospedale. L'APSS Trento si contraddistingue invece per lasciare la valutazione dei livelli di autonomia in capo al direttore della struttura complessa senza, al momento attuale, un sistema strutturato di misurazione degli *outcome* clinici come negli altri casi aziendali studiati.

Le prerogative di governo del sistema nelle quattro aziende distinguono il caso dell'AOU di Novara dalle altre aziende: nel primo caso l'articolato sistema informativo di monitoraggio dei dati di produzione e verifica della qualità è gestito centralmente dalla DMPO, che detiene anche la leadership sul processo di definizione delle SdA coinvolgendo – di volta in volta – i clinici di riferimento; negli altri casi, la regia è centrale (con un ruolo pivotale giocato dall'HR e direzione sanitaria nel caso dello IEO, dalla direzione risorse umane/direzione operativa nel caso dell'Humanitas e dello Sviluppo Organizzativo all'APSS di Trento), seppure la valutazione del livello di autonomia del professionista sia sempre demandata al direttore di struttura.

Inoltre le quattro esperienze aziendali si differenziano anche in ragione delle aree aziendali interessate dal sistema di misurazione e valutazione della *clinical*

competence. Presso la AOU Novara e lo IEO il sistema è adottato prevalentemente nelle discipline chirurgiche o interventistiche, ad eccezione – nel caso dell’AOU di Novara – di alcune prestazioni ostetriche e di una prima esperienza su procedure diagnostiche mediche (ETT). A Humanitas e APSS di Trento, come già indicato, si estende anche alle discipline mediche. Inoltre all’APSS di Trento il sistema è già stato introdotto anche per alcune équipe in ambito infermieristico, mentre all’Humanitas la sua piena estensione ai professionisti infermieri è avviata ma non ancora pienamente integrata con gli altri strumenti di governo professionale.

Da ultimo, appare utile riproporre una sintesi dei fattori di successo e delle criticità affrontate da queste esperienze di innovazione nelle quattro aziende. Alla AOU di Novara gli elementi che hanno favorito lo sviluppo del sistema fino ad oggi sono stati il sistema informativo e i professionisti che lo hanno costruito e gestito nel tempo, nonché il focus su indicatori quantitativi per monitorare il rischio clinico e la sicurezza delle prestazioni, che successivamente si è esteso anche ad indicatori di *outcome* e qualità per alcune aree. All’APSS Trento un fattore facilitante è la spinta al cambiamento organizzativo, agevolata anche dall’accreditamento JCI, di cui è stata portatrice la Direzione Strategica precedente e che continua a permanere con il nuovo DG, oltre che il ruolo pivotale dell’unità dedicata allo Sviluppo Organizzativo. A Humanitas tra i fattori di successo ritroviamo, accanto allo stimolo dell’accreditamento JCI e all’integrazione con la direzione risorse umane, la presenza del sistema di monitoraggio degli *outcome* e il forte supporto della direzione aziendale, che nella gestione strategica utilizza gli strumenti di misurazione della *clinical competence* legittimandoli agli occhi dei professionisti. Allo IEO, infine, si evidenziano il sistema di gestione della qualità e il focus su indicatori collegati con le aree strategiche di attività clinica, fortemente rilevanti sia per la direzione aziendale che per i direttori di struttura. Un ulteriore elemento da sottolineare, che accomuna tutte le aziende analizzate, è il fatto che lo strumento di misurazione della *clinical competence* non sia collegato ai sistemi incentivanti di natura economica. Ciò infatti ha reso possibile ridurre le deformazioni nell’utilizzo dello strumento e, almeno in parte, le resistenze organizzative.

Tra i limiti e le criticità dei diversi modelli si segnalano alla AOU di Novara la resistenza al cambiamento da parte di alcuni dei professionisti e le difficoltà di estensione all’area medica di un modello finora fortemente centrato sulla rilevazione di *outcome* clinici misurabili e riconducibili al singolo professionista. Alla APSS Trento inizialmente vi è stata una resistenza da parte dei sindacati, poi superata, mentre si rileva la mancanza di collegamento con un sistema avanzato di monitoraggio della sicurezza e della numerosità delle prestazioni e attività cliniche che possa garantire maggiore efficacia alle strategie di sviluppo organizzativo proposte dalla Direzione Strategica (ad es. nel caso della costruzione di reti hub & spoke). A Humanitas le maggiori criticità sono state eviden-

ziate con riferimento ai medici con maggiore seniority che hanno già raggiunto elevati livelli di autonomia (per i quali il modello dei *privileges* appare meno efficace) e ai professionisti di discipline mediche, soprattutto se a vocazione generalista. Anche allo IEO infine si segnalano, accanto alle resistenze professionali, le già citate difficoltà di estensione all'ambito medico.

13.5 Discussione e conclusioni

Se il tema delle conoscenze e della loro gestione è sempre più al centro di riflessioni e pratiche riferibili tutte le tipologie aziende, il ruolo e la rilevanza che esso assume per le aziende sanitarie è del tutto particolare. Nel caso delle aziende sanitarie i saperi sono attentamente presidiati dal sistema delle professioni e delle discipline, mentre le conoscenze sono un patrimonio che i professionisti tendono a considerare come proprio e a difendere in quanto tale. Al tempo stesso il sapere e le conoscenze, essendo componenti particolarmente critiche nei processi produttivi sanitari, hanno sempre più la necessità di essere gestiti o, almeno coordinati, dall'azienda, nella misura in cui l'azienda stessa intenda governare i risultati finali e non ridursi a una semplice "piattaforma operativa" per l'autonomo operare di professionisti e professioni.

In questo contesto, guardando soprattutto all'esperienza del nostro paese, l'attore debole sono tradizionalmente state le aziende, le quali hanno, per lungo tempo, lasciato al sistema delle professioni e ai singoli professionisti il tema delle conoscenze e, in particolare, quello della valutazione e sviluppo del patrimonio di conoscenze e competenze associate a ciascun individuo. Un insieme di dinamiche sta rapidamente modificando lo scenario e genera nelle aziende esigenze diverse, talvolta divaricate, che convergono però nella necessità di conoscere meglio ciò che i singoli professionisti effettivamente fanno e sono in grado di fare.

I casi analizzati, oltre a mostrare come le aziende stiano operativamente affrontando il problema, ci aiutano a cogliere alcune di queste esigenze, confermando quanto detto nell'introduzione.

La crescente pressione sulla qualità e la diffusione di meccanismi formalizzati volti a tutelarla sono dinamiche che intervengono direttamente nella questione, imponendo una diretta ed esplicita assunzione di responsabilità da parte dell'azienda sulle competenze degli individui e il loro concreto utilizzo. Nella prospettiva della qualità è sempre meno accettabile che l'insieme delle questioni legate al sapere possa essere delegato, come accade nel modello tradizionale, a meccanismi e sistemi di carattere generale, affidati ad attori esterni e lontani dagli specifici contesti di erogazione dei servizi.

In tempi più recenti, alla spinta impressa dalla qualità si è aggiunta quella prodotta dal perseguimento dell'efficienza operativa (si veda cap. 10 del presen-

te Rapporto). Il passaggio da una prospettiva di lettura dei processi produttivi di natura strettamente professionale o artigianale a una di natura “industriale” comporta una tendenza alla standardizzazione che deve necessariamente confrontarsi con la variabilità delle conoscenze e delle competenze individuali. Gli individui immessi in sequenze produttive ora intenzionalmente diseguate e governate devono assicurare comportamenti e performance relativamente omogenei, anche al fine di garantire un grado sufficiente di fungibilità degli individui stessi rispetto ai medesimi processi. Sempre nella stessa logica e in via complementare, possono essere i processi a dover essere adattati alle caratteristiche degli individui. In entrambi i casi le competenze degli individui sono variabili fondamentali che l’azienda è chiamata a conoscere e gestire.

Se la garanzia di sicurezza e qualità delle prestazioni, da una parte, e l’efficientamento operativo, dall’altra, spingono le aziende a guardare alle competenze individuali in una ottica tendenzialmente orientata alla ricerca di una maggiore omogeneità e standardizzazione, le aziende stesse vivono sempre più anche della promozione e dello sfruttamento delle differenze. Molti dei vantaggi competitivi e delle competenze distintive nelle aziende sanitarie poggiano su ciò che i professionisti individualmente e/o collettivamente sanno fare e sui loro gradi di specializzazione. Anche in questa prospettiva la valutazione e la gestione delle competenze degli individui è fondamentale se l’azienda vuole governare i propri percorsi di sviluppo mantenendo una necessaria coerenza tra obiettivi e condizioni necessarie per perseguirli.

Le spinte a intervenire sulla gestione delle competenze non vengono solo dall’ambiente esterno come nel caso qualità, efficienza e competitività, ma sono anche il frutto di trasformazioni strutturali dell’ambiente interno, ossia del cambiamento occorso in alcuni elementi critici per il funzionamento delle aziende sanitarie. È sufficiente qui citarne almeno due.

La prima trasformazione è relativa all’aumento delle interdipendenze che caratterizzano i processi di cura e assistenza sia in termini operativi che di saperi e competenze coinvolti (multiprofessionalità e multidisciplinarietà). L’aumento della complessità è tale che non può trovare risposta solo nel rafforzamento dei meccanismi di coordinamento e integrazione di matrice strettamente organizzativa (strutture, ruoli, meccanismi di integrazione *ad hoc*, ecc.), ma necessita di interventi deliberati volti alla gestione delle competenze individuali e alla condivisione formale e informale delle conoscenze (Bhatt, 2002).

La seconda è l’indebolimento dei confini tra le diverse professioni, ma soprattutto di quelli disciplinari all’interno della professione medica. Tanto più netti sono i confini tra le diverse professioni e specialità, soprattutto in termini di singole prestazioni, tanto maggiore è il ruolo che le stesse possono svolgere nel garantire all’azienda che i livelli di competenze individuali siano coerenti con le attività effettivamente svolte e le prestazioni effettivamente erogate. Quando – come sta, per molte ragioni, visibilmente accadendo – prestazioni, at-

tività, bisogni sono sempre meno riconducibili a specifiche partizioni del sapere, presidiate da appositi sistemi e istituzioni professionali, il ruolo delle aziende sul fronte delle competenze diventa centrale non solo per assicurare l'utilizzo di competenze adeguate, ma anche per agevolare la convivenza di discipline diverse su terreni condivisi.

A fronte di ragioni ed esigenze diversificate le aziende analizzate hanno articolato i propri specifici sistemi di valutazione e gestione delle competenze degli individui. Tali sistemi, pur rispondendo nella loro varietà alle caratteristiche e contingenze locali, aiutano a cogliere alcuni nodi critici comuni.

Il primo in ordine logico è quello delle implicazioni operative che discendono da una valutazione delle competenze individuali ovvero di quale rapporto debba essere instaurato tra *clinical competences* e *clinical privileges*. In parte ciò dipende, come diremo appena più avanti, dall'ampiezza o meno dell'area di competenze valutata, ma è chiaro che un rapporto troppo stretto e cogente tra valutazione e implicazioni operative potrebbe non essere sopportabile sul piano della concreta organizzazione del lavoro o, peggio, in contesti non sufficientemente governati, generare effetti controproducenti sul piano della motivazione. Da questo punto di vista è importante quanto l'impianto generale adottato dalla singola azienda sia orientato e sia in grado di trasmettere un orientamento allo sviluppo delle persone piuttosto che focalizzarsi sulla mera funzione autorizzativa.

Il nodo probabilmente più evidente è, però, la necessità di trovare un ragionevole confine tra valutazione e verifica di competenze di carattere più generale, collegate a "oggetti" ampi, e competenze specializzate, riferibili a specifiche procedure o condizioni. Le organizzazioni sanitarie si trovano, infatti, di fronte a due problemi diversi. Il primo è quello di valutare se e in che misura le competenze che è normale attendersi da un professionista siano possedute ed evolvano nel caso di ciascun singolo individuo considerato. Si tratta, in termini semplificati e largamente evocativi, di perseguire una estesa fungibilità dei professionisti, da garantirsi attraverso dinamiche guidate di trasferimento di conoscenze e di crescita professionale. Il secondo è quello di assicurarsi che procedure e problemi che necessitano di competenze specializzate (al di là delle normali attese) siano gestiti da professionisti caratterizzati da competenze adeguate. Si tratta, in questo caso, di accompagnare e rendere sicuri percorsi di innovazione e specializzazione, formalizzandoli.

Se, da una parte, è logico immaginare che i sistemi di gestione delle conoscenze debbano conservare una loro unitarietà, dall'altra, le due esigenze imporrebbero una certa differenziazione non solo degli strumenti, ma anche degli approcci. La non semplice coesistenza di problemi diversi appare di tutta evidenza considerando l'estrema eterogeneità degli *item* presenti nella medesima scheda, dove si passa da descrittori molto larghi alla menzione di prestazioni molto specifiche e puntuali. Il tema è ampiamente conosciuto, come dimostra-

no le critiche ad alcuni approcci al *privileging*. Nel discutere l'approccio *laundry list*, basato su una quanto più esaustiva possibile lista di singole attività e prestazioni, Crimp *et al.* (2007) sottolineano la necessità di tenere separato il processo di assegnazione dei *core privileges*, relativi a “*clinical activities within a specialty or subspecialty that any appropriately trained, actively practicing practitioner with good references would be competent to perform*” (*idem*, pag. 22), da quello dei *non core* relativi a: “*new advances in technology; high-risk/problem-prone, volume-sensitive diagnoses or procedures that would not be automatically incorporated within the core; issues that occasionally cross specialty lines*” (*ibidem*). Sicuramente, appare importante integrare l'elenco degli item con indicatori di attività e di *outcome*, da confrontare con i valori estratti da (solidi) sistemi informativi della qualità capaci di ricondurre gli *outcome* clinici a livello del singolo professionista.

Posto che sistemi come quelli qui analizzati coinvolgono inevitabilmente una pluralità di attori e di livelli, un terzo nodo da sciogliere è quello di dove collocare il baricentro dell'intero processo: se assegnare la responsabilità prevalente ai livelli decentrati (unità operative o dipartimenti) oppure metterla in capo ai livelli centrali (di *line* o di *staff* che siano). Nel primo caso una conoscenza più diretta del professionista e una maggiore responsabilizzazione sulle conseguenze di chi ha un ruolo prevalente nel processo sono considerati vantaggi sufficienti a giustificare i rischi di una probabile minore rigosità e competenza nell'applicare le metodologie scelte e di una minore omogeneità di giudizio rispetto all'insieme dei professionisti presenti in azienda. Nel secondo caso l'oggettività e la coerenza complessiva giustificano il trasferimento al centro di responsabilità tradizionalmente, ma in modo implicito, in mano ai “capi”. In questo contesto il costante rafforzamento dei sistemi informativi aziendali, nella loro capacità di offrire sempre più solide basi per il giudizio, gioca un ruolo importante, ma ambivalente. Infatti potrebbe, da un lato, consentire una maggiore centralizzazione, aumentando le informazioni disponibili senza la necessità di una diretta osservazione e, dall'altro, garantire una diminuzione dei quei rischi di “distorsioni soggettive” tipicamente associati ai sistemi decentrati.

L'ultima questione problematica che si vuole qui sottolineare è quella dell'incrocio dei sistemi di gestione delle competenze con i principali strumenti di gestione del personale, quali inquadramenti, carriere e retribuzione. In linea di principio il collegamento dovrebbe esserci ed essere “robusto”, soprattutto se si considera la progressiva espansione nelle aziende sanitarie di logiche *dual ladder* che puntano a separare decisamente la dimensione gestionale da quella professionale, ancorando a quest'ultima una parte dei sistemi di carriera e ricompensa. In realtà i casi mostrano una certa tendenza delle aziende a isolare i sistemi di gestione delle competenze dagli altri meccanismi, piuttosto che enfatizzare i collegamenti. Tale scelta appare comprensibile alla luce del peso che carriere e ricompense hanno per le persone, peso che potrebbe facilmente

condizionare il funzionamento del sistema impedendo il conseguimento degli obiettivi ad esso specificamente assegnati. In generale il problema di eventuali conseguenze negative come ad esempio maggiori rigidità e vincoli nell'organizzazione del lavoro o l'emergere di rivendicazioni sindacali porta ad affrontare il tema con una certa prudenza, anche in vista di un progressivo affinamento di strumenti e meccanismi ad oggi non completamente consolidati.

Bibliografia

- Barbieri M., Girosante G., Valotti G. (2012), La valutazione dei medici – Stato dell'arte e proposte, in Cantù E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2012*, Milano, Egea.
- Bhatt G.D. (2002), Management strategies for individual knowledge and organizational knowledge. *Journal of Knowledge Management*, Volume 6. Number 1 pp. 31-39.
- Braithwaite J., Travaglia J.F. (2008), An overview of clinical governance policies, practices and initiatives. *Australian Health Review* Vol 32 No 1.
- 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.
- De Pietro C., Francesconi A., Lega F., Sartirana M. (2010), La valutazione dei medici del SSN: proposte in campo e pratiche aziendali, in *Rapporto OASI 2010*, Milano, Egea.
- Institute of Medicine (2001), *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. Washington, DC: The National Academies Press.
- Joint Commission International (2017), *Standard 6th edition*.
- Lega F., De Pietro C. (2005), Converging Patterns in Hospital Organisation: Beyond the Professional Bureaucracy. *Health Policy*, 74(3), 261-281.
- Matzka K. (2017), *The Clinicians Quick Guide to Credentialing and Privileging*, Middleton: HCPro, Inc.
- Mintzberg H. (1983), *Structure in fives: Designing effective organizations*. London: Prentice/Hall International.
- Scally G., Donaldson L.J. (1998), Clinical governance and the drive for quality improvement in the new NHS in England. *British Medical Journal*; 317: 61-5.
- Townsend K., Lawrence S.A., Wilkinson A. (2013), The role of hospitals' HRM in shaping clinical performance: a holistic approach, *The International Journal of Human Resource Management*, 24:16, 3062-3085.