

La Clinical Competence

00052

Autori

Giuseppe Quintaliani

Gianni Cappelli (redattore)

Gina Meneghel (redattore)

Contenuti

1. Abstract
2. Perché
3. Cos'è
 - Premessa
 - Clinical Competence Individuale e di Equipe
 - Clinical Competence Nefrologica
 - Clinical Competence: Valutazione
4. Conclusioni

Abstract

release 1 pubblicata il 25 settembre 2012 15:39 da Giuseppe Quintaliani

Mai come ora, la nefrologia, per poter svolgere nella pratica clinica la sua *mission*, deve definire, prima che lo facciano altri, qual è e quale deve essere la “*clinical competence*”, cioè la competenza professionale dell’equipe medica nei nostri reparti a partire dall’utilizzo dei metodi di gestione, e dell’utilizzo dei sistemi di valutazione della qualità professionale, fino ad arrivare al lavoro in team che spesso è poco praticato ed ancor meno conosciuto.

I modelli gestionali appaiono sempre più autoreferenziali, e le competenze professionali tecniche disperse in sedi e professionisti sempre diversi e spesso non collaboranti tra loro.

La nefrologia è una branca internistica a tutto campo che necessita di conoscenze diversificate ed articolate seppur esplicando la propria azione in momenti e luoghi diversi su aspetti molto particolari.

Tutto ciò è stato tenuto in debito conto dalla SIN che ha voluto rilasciare un primo documento sulla “*clinical competence*”, che definisce proprio le competenze tecniche, cliniche, organizzative e relazionali da ritenersi minime e necessarie, nonché, auspicabili per una equipe nefrologica degna di questo nome.

Perché

release 1 pubblicata il 24 settembre 2012 16:46 da Gina Meneghel

Mai come ora, la nefrologia, per poter svolgere nella pratica clinica la sua *mission*, deve definire, prima che lo facciano altri, qual è e quale deve essere la *clinical competence*, cioè la competenza professionale dell’equipe medica nei nostri servizi a partire dall’utilizzo dei metodi di gestione, in particolare del rischio clinico, dovrebbero costituire la pietra d’angolo dell’organizzazione del lavoro in team.

La sanità Italiana sta attraversando un periodo di trasformazione epocale. La crisi economica ha già imposto tagli, non sempre razionali, delle risorse per il Sistema Sanitario ed altri tagli dobbiamo attenderci nel prossimo futuro (chiusura degli ospedali, riduzioni della spesa corrente e, in particolare, di personale, posti letto, etc)

Ci si muove, di questi tempi, nell’affannosa ricerca di nuovi e più economici modelli organizzativi per l’offerta dei servizi: si parla dunque, di questi tempi, di reti cliniche, di ospedali per intensità di cura, partnership pubblico/privato, *focused factory* e così via.

Modelli gestionali che appaiono, tuttavia, sempre più autoreferenziali, fino a far dimenticare la ragione stessa che dovrebbe motivare la loro esistenza: cioè a dire, un’adeguata (efficace ed efficiente) cura del paziente, in termini di tempestività, specificità e continuità dei trattamenti, e l’acquisizione di professionalità sempre più competenti in campo medico (e nefrologico nel nostro caso).

A differenza di quanto avviene per altre specialità, lo studio e la conoscenza delle malattie renali, lungi dal cristallizzarsi in ambiti circoscritti, penetrati magari con crescente precisione ma

prescindendo da ogni altro ramo medico, costringe, al contrario, ad ampliare vieppiù le nostre conoscenze, oltre i confini nefrologici “stricto sensu”, proprio per qualificare la nostra capacità di assistenza in campo nefrologico.

In particolare, ad esempio, chi si occupa di dialisi non può non conoscere le condizioni predittive della malattia renale (che investono, naturalmente, anche altri organi) o quelle che indirizzano al trapianto; né chi si occupa di terapia sostitutiva cronica può ignorare come si affronta una terapia continua, ad es. rianimazione (visto anche il numero sempre più scarso e contingentato di nefrologi). La nefrologia è una branca internistica a tutto campo che necessita di conoscenze articolate seppur esplicitando la propria azione in momenti diversi su aspetti molto particolari.

Tutto ciò è stato tenuto in debito conto dalla SIN e si concretizza in un primo documento sulla “clinical competence”, che definisce proprio le competenze tecniche, cliniche, organizzative e relazionali da ritenersi minime e necessarie, nonché, distintamente, quelle auspicabili per una equipe nefrologica.

Prendiamo in considerazione la equipe e non solo il singolo nefrologo perché l’attività specialistica nefrologica risulta, forse più di ogni altra specialità medica, condizionata nella propria performance dalle modalità con cui si presenta come sistema integrato di rete. Non conta tanto, dunque, l’aspetto della garanzia della qualità del singolo professionista, quanto soprattutto dell’interazione con l’intera equipe.

Ed è proprio sulla sommatoria delle competenze dei singoli e sull’organizzazione del team che si fonda la clinical competence d’equipe.

Attualmente, in ambito nefrologico non esistono riferimenti consolidati, fatta eccezione per il circoscritto perimetro della formazione universitaria. Ed è facilmente intuibile quanto sia difficile passare dalla definizione dei criteri per l’acquisizione della competence a quelli per il suo mantenimento, monitoraggio e crescita. Sarà, peraltro, il campo sul quale ci dovremo impegnare a lavorare sin d’ora, nella persuasione che, proprio per quanto dicevo all’inizio, si tratta del caposaldo sul quale dobbiamo attestarci, la nostra “linea del Piave”, a tutela del paziente e della nostra professione.

Chiediamo dunque a tutti i soci ed ai gruppi di studio di lavorare con impegno attorno a questo primo documento, rilevarne le eventuali criticità e svilupparne gli obiettivi, partecipando a definire gli standard di riferimento.

Si tratterà, in particolare, di sviluppare sempre più l’integrazione dei diversi sistemi di miglioramento della qualità delle cure: formazione e progresso professionale, governo clinico, gestione delle performance cliniche inopportune, analisi delle lamentele, gestione delle risorse umane, sviluppo del servizio e gestione del rischio clinico. L’intento è quello di proseguire sulla strada già segnata dai precedenti documenti SIN: il “manuale di accreditamento professionale” e “la rete nefrologica italiana”, il percorso di certificazione della IRC e di diventare il principale interlocutore tecnico delle Istituzioni per le cure nefrologiche..

E’ sul “metodo” che vogliamo continuare a lavorare, in quanto banco di prova della tenuta del Sistema Sanitario in uno scenario di risorse scarse.

Cos'è

release 1 pubblicata il 24 settembre 2012 16:47 da Gianni Cappelli

Premessa

La Competenza Professionale medica rappresenta un patrimonio di conoscenze, abilità e comportamenti che origina dall'acquisizione della specialità accademica ed è integrato dall'esperienza lavorativa e dalla formazione continua.

Nella definizione di Epstein ([Epstein RM - 2002 \[1\]](#)) è descritta come “l'uso abituale e prudente della comunicazione, delle conoscenze, delle abilità tecniche, del ragionamento clinico, delle emozioni, dei valori e delle riflessioni critiche sulla pratica di tutti i giorni per generare il benessere dell'individuo e nella comunità”.

Ne deriva quindi che la Competence non è un risultato raggiunto ma un'abitudine ad apprendere per tutto il corso della vita professionale ([Leach DC - 2002 \[2\]](#)).

Il punto di partenza è la formazione specialistica in Nefrologia ma già nel 1988 ([Cohen JJ - 1988 \[3\]](#)) con riferimento alla certificazione volontaria dell'American Board of Internal Medicine (ABIM), Subspecialty Board on Nephrology, rilevava che per sostanziare il Certificato era opportuno valutare non solo le conoscenze mediche e le abilità tecniche (*skills*) ma la Clinical Competence nel suo significato più ampio. Il riferimento era alla valutazione delle qualità umanistiche (che includono l'applicazione di considerazioni etiche alla cura dei pazienti con patologie croniche), la capacità come medico consulente di comunicare ed educare, la dimostrazione di atteggiamenti e comportamenti professionali, la prestazione di cure mediche di elevata qualità (includendo la scelta appropriata delle indagini), la abilità in determinate procedure e l'impegno continuo nell'aggiornamento. Lo stesso Cohen rilevava però come la valutazione della Competence individuale attraverso un esame scritto non potesse prendere in considerazione questi aspetti che sono indagabili solo con osservazione diretta o da una appropriata documentazione. A tutt'oggi, anche in quei paesi dove ci si è posto da tempo il problema, la formazione del nefrologo e l'acquisizione/valutazione della Clinical Competence continuano ad essere un argomento “in progress” ([Holmeoe ES - 1988 \[4\]](#)), ([Carr SJ- 2004 \[5\]](#) ([full text](#))), ([Wass V - 2001 \[6\]](#)), ([Falk RJ - 2008 \[7\]](#) ([full text](#))).

In Italia il recente riordino delle Scuole di Specialità ha contribuito a meglio definire le caratteristiche professionali del nefrologo, individuando gli obiettivi formativi e le attività professionalizzanti (obbligatorie ed elettive) necessarie per il raggiungimento della finalità didattica della Scuola, in un'ottica di accreditamento delle strutture universitarie (v. [Tabella 1](#)) ([MIUR - 1997 \[8\]](#)) ([MIUR - 2006 \[9\]](#))

Il nefrologo così formato sembra ben corrispondere a quanto auspicato da O'Neil ([O'Neill WC - 2000 \[10\]](#)) che individuava la necessità di un “*new nephrologist*” con le caratteristiche di nefrologo anche interventista, capace di eseguire ecografie, biopsie, fistole artero-venose, accessi peritoneali, angioplastiche, indagini angiografiche.

La formazione universitaria rappresenta però solo la base di quella Clinical Competence che deve accompagnare il nefrologo per tutta la vita professionale.

Nel nostro paese gli aspetti della formazione e dell'aggiornamento post-universitario sono governati dal programma nazionale di Educazione Continua in Medicina (ECM) a gestione non del MIUR ma del Ministero della Salute attraverso [Agenas \[11\]](#). Il sistema ECM rappresenta un insieme organizzato e controllato di attività formative teoriche e pratiche, gestite da provider accreditati, che si prefigge lo scopo di fornire non solo nuove conoscenze ed abilità ma anche attitudini utili ad una pratica competente ed esperta.

L'acquisizione dei crediti ECM rappresenta quindi la documentazione di perseguire l'obbligo deontologico del proprio sviluppo professionale per mettere in pratica nuove conoscenze e competenze offrendo un'assistenza qualitativamente utile e rispondente ai bisogni dei pazienti ed alle esigenze organizzative e operative del Servizio sanitario.

Il programma ECM ha in se le potenzialità per avviare il percorso di un "*accreditamento individuale professionale*", volontario, come già auspicato in diversi documenti regionali ([Regione Lombardia - 2004 \[12\]](#)) o di singola USL ([UISS22 - Regione Veneto \[13\]](#)).

Nella recente ultima revisione della normativa ECM da parte della Conferenza Stato-Regioni sono elencati gli obiettivi formativi di interesse nazionale, il numero di crediti da acquisire annualmente e le indicazioni per la costruzione e sperimentazione di un "*dossier formativo regionale*" ([Conferenza Stato Regioni - 2012 \[14\]](#)) e *d'equipe* ([Bacchielli MP - 2009 \[15\]](#)).

In ambito istituzionale inoltre, accanto alla definizione dei profili professionali con le rispettive aree di azione, si stanno introducendo sistemi di riconoscimento dell'apprendimento professionale avvenuto anche in percorsi non formali per quantificare le competenze acquisite "sul campo". Si certificano così e quindi ne viene data evidenza legale, gli apprendimenti comunque sviluppati nelle diverse professioni, non solo in ambito sanitario. ([Evangelista L - 2009 \[16\]](#)) ([SS Toscana \[17\]](#))

Siamo ancora lontani dal sistema USA (MEDICARE-Joint Commission) di definizione della competenza individuale e della conseguente assegnazione certificata dei "privilegi", intendendo con questo termine gli atti medici "skills" che il singolo professionista è autorizzato a svolgere all'interno della organizzazione dove opera.

Clinical Competence Individuale e di Equipe

La attività specialistica nefrologica si caratterizza per una professionalità inserita in un contesto di rete di fornitura delle prestazioni, dove il singolo specialista difficilmente agisce in completa autonomia ed abitualmente collabora all'interno di un sistema integrato. In questa situazione la Clinical Competence nefrologica non ha solo un aspetto individuale collegato alla garanzia di qualità delle cure o delle prestazioni fornite dal singolo professionista, ma esprime quella dell'intera equipe e si integra in essa.

Si costituisce quindi una Clinical Competence di equipe che sarà in relazione alla "mission" delle diverse tipologie di Centro previste dalla rete nefrologica del territorio ([SIN - 2010 \[18\]](#)) e che costituisce, come Qualità Professionale, parte integrante del Sistema Qualità di ogni Unità Operativa afferente alle rete ([Bonaldi A - 2002 \[19\]](#))

Le strutture complesse, sia SCNT sia SCN, rappresentano la sede ove si concentrano tutte le potenzialità della competenza nefrologica. Per le strutture non del SSN con componente privata di assistenza nefrologica-dialitica le competenze delle SPND sono equiparabili a quelle delle SCN.

I Riferimenti Normativi per la Competence delle Strutture sono definiti dai diversi sistemi regionali di Accreditamento Istituzionale per le Strutture ed i Professionisti che però spesso si limitano a fornire solamente i requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi generali/specifici per le diverse specialità e restano su generiche affermazioni quanto a caratteristiche di Clinical Competence di struttura ed ancora di più di singolo professionista.

La Clinical Competence per un Ente certificatore ([SINCERT - 2004 \[20\] \[20\]](#)) di strutture che erogano servizi sanitari viene però interpretata come quell'entità che: *Definisce i requisiti minimi previsti e intesi come percorso formativo finalizzato ad acquisire la "capacità di fare" in sicurezza una specifica attività assistenziale. Può essere definita dalle istituzioni diventando requisito obbligatorio (alcune Regioni hanno definito i requisiti in relazione all'accREDITamento) e/o da società scientifiche. Devono comunque essere definiti (utilizzando riferimenti istituzionali, di società scientifiche e/o della propria esperienza) dal Direttore della struttura nella sua funzione di responsabile organizzativo. La loro definizione è il presupposto per definire i bisogni di formazione e un piano di addestramento.*

Su queste premesse trova quindi piena giustificazione l'introduzione di aspetti della Clinical Competence in alcuni documenti di Accreditamento Istituzionale regionale Emilia Romagna ([Emilia Romagna - 2004 21\] \[21\]](#)) ([Gilli P - 2002 \[22\]](#)) per le nefrologie italiane.

I criteri considerati dagli Amministratori in fase di definizione dell'Accreditamento sono necessariamente minimi e non specifici mentre è compito della Società Scientifica definire la figura professionale del nefrologo all'interno delle diverse realtà locali, in funzione degli standard organizzativi proposti e tenendo conto dei diversi assetti che emergono dal censimento SIN delle strutture nefrologiche ([SIN - 2010 \[18\]](#)).

Su quest'argomento le indicazioni SIN possono rappresentare un punto di riferimento per l'attività dei Responsabili di Struttura che, quali responsabili organizzativi, sono tenuti a definire per la Unità Operativa, e quindi per ogni equipe, la tipologia delle prestazioni erogate, le collaborazioni multi-professionali necessarie, i percorsi clinici utilizzati, le modalità di valutazione della soddisfazione dell'utente ed i bisogni formativi. I modelli sono presenti da qualche tempo in letteratura ([Irvine - 1997 \[23\]](#)) ([McKinley RK - 2001 \[24\]](#)) e sono il punto di partenza per un ampliamento del sistema di assicurazione della qualità, interno alla singola U.O., che deve obbligatoriamente considerare anche il problema di garantire la persistente professionalità dello specialista nefrologo e dell'equipe nel suo insieme.

Clinical Competence Nefrologica

Non esistono riferimenti consolidati in ambito nefrologico, se non per la definizione della Clinical Competence in ambito formativo universitario ([Moran-Barrios J -2007 \[25\] \(full text\)](#)). I criteri generali suggeriti per gli internisti, in accordo con l'European Board of Internal Medicine (EBIM) ([Palson R - 2007 \[26\]](#)) sono quelli di ([Rosener MK - 2010 \[27\] \(full text\)](#)) ma non è semplice passare dalla definizione dei criteri di acquisizione a quelli di mantenimento e soprattutto di valutazione della Competence.

Per passare dalla teoria alla pratica di tutti i giorni, occorre definire i criteri che caratterizzano la competenza nefrologica, includendo accanto al mantenimento della competenza universitaria di base anche il raggiungimento di livelli professionali più avanzati.

Se la Clinical Competence è patrimonio di conoscenze, esperienze e comportamenti, possiamo

individuare competenze di diverso tipo che possiamo suddividere in: a) competenze di tipo tecnico e di gestione clinica, b) competenze organizzative e manageriali ed infine c) competenze relazionali.

In rapporto alla formazione ed agli interessi individuali del singolo o della mission dell'equipe queste singole competenze possono essere ulteriormente distinte in necessarie, auspicabili ed aggiuntive.

Le singole competenze, suddividibili inoltre in due tipologie che raggruppano la conoscenza medica e l'esperienza clinica (professionale) o le abilità tecniche (skills), necessitano di un riferimento quantitativo numerico (standard minimo) che garantisca non solo il livello soglia di acquisizione, ma anche la capacità di mantenimento della specifica competenza nel tempo.

Occorre rilevare che mentre l'acquisizione di competenze professionali è insita nella formazione specialistica, il loro mantenimento certificato è legato alla formazione continua collegata, per il nostro sistema formativo con i crediti ECM.

Per le abilità tecniche la formazione specialistica universitaria fornisce un numero curricolare di skills mentre la definizione puntuale dei quantitativi di prestazioni necessarie per il mantenimento di queste abilità tecniche nel tempo o la loro acquisizione extra-universitaria in sede di formazione professionale post-specialistica richiede verosimilmente una discussione tra esperti dei diversi GdS SIN per la loro quantificazione.

L'acquisizione della Competence relativa alla gestione clinica è nuovamente collegata al percorso formativo universitario mentre il mantenimento è legato alla esperienza diretta, individuale o nell'ambito di un gruppo clinico, che risulti quantificabile e che rappresenti un ampio case-mix di gestione di patologie nefrologiche

Il livello minimo di casistica per il conseguimento della competenza è indicato nel curriculum della Specialità mentre la numerosità dei diversi case-mix necessari per mantenerla dovrebbe di nuovo essere indicata dai GdS della SIN utilizzando anche criteri quantitativi derivabili dalla pratica quotidiana evidenziata dai dati del Censimento SIN.

Le competenze di tipo organizzative e manageriali non costituiscono normalmente argomento di formazione della Scuola di Specialità e la loro acquisizione richiede quindi una formazione individuale o di gruppo, ottenibile o sul campo (da documentarsi) o con corsi specifici di gestione sanitaria all'interno della formazione ECM. E' comunque indubbio che tali conoscenze debbano essere possedute e dimostrate in quanto obbligo di legge almeno per i responsabili di Strutture Complesse.

Le competenze relazionali, come le precedenti, non sono documentabili dal curriculum universitario e necessitano di una definizione sulla loro modalità di acquisizione e di mantenimento con parametri quantitativi oggettivabili. Nell'ambito della formazione post-universitaria questi argomenti rientrano negli obiettivi nazionali del sistema ECM e come tali sono frequentemente sviluppati nell'ambito della formazione aziendale. Anche in questo caso la definizione numerica del valore minimo di crediti ECM specifici potrebbe risultare nella definizione dello standard per l'acquisizione ed il mantenimento. E' peraltro necessario ricordare come questo tema sia inserito nelle valutazioni annuali dei dirigenti del SSN con documentazione relativa presente in ogni U.O.

Clinical Competence: Valutazione

La definizione di standard implica, come in tutti i processi di qualità, una loro valutazione a posteriori

che documenti il grado di conformità con gli indicatori. La valutazione è già applicata alla Clinical Competence in diverse esperienze nazionali ([Rosner MK - 2010 \[27\]](#) ([full text](#))) ma anche in Italia i meccanismi di valutazione dei dirigenti all'interno delle singole aziende sanitarie utilizzano parametri che fanno riferimento a caratteristiche della Competence. ([Fondazione Istud - 2006 \[28\]](#)) , ([Scheggi M - 2009 \[29\]](#))

Peraltro i Sistemi Qualità aziendali quando richiedono al Dirigente di U.O. l'assegnazione delle responsabilità e la valutazione dei bisogni formativi, implicano un'analisi ed una valutazione delle Competence dei singoli in rapporto alla Competence d'Equipe ed alla mission della U.O.

Possiamo quindi pensare che dagli attuali Sistema Qualità con i relativi indicatori di struttura, processo ed esito si possano derivare criteri di gestione della Competenza Clinica. L'analisi degli esiti in particolare rappresenta in campo sanitario la valutazione di quel saper fare che si trova al vertice del triangolo di Miller di acquisizione delle competenze ([Miller GE - 1990 \[30\]](#)), modificato nella pratica di tutti i giorni dalle influenze individuali e dalle variabili di sistemache possono condizionare i risultati nella pratica operativa giornaliera. ([Rethans JJ - 2002 \[31\]](#))

Nella ottica del sistema USA di assegnazione dei privilegi in rapporto alla specifica competenza vi è un "criteria based privileging" derivato dalla soluzione della cosiddetta "Competency Equation" ([Pelletier SJ. - 2010 \[32\]](#))

Current competency =

Evidence you've done enough of it recently + Evidence that when you did it, did you do it well?

Se vogliamo quindi definire dei criteri di competenza (delle Strutture o dei Singoli) sulla base delle evidenze, non possiamo che farlo rispondendo ai 3 quesiti:

- quante prestazioni? (*enough of it?*)
- quanto recentemente? (*recently?*)
- con che risultati? (*did you do it well?*)

Condivise le definizioni delle aree di Clinical Competence e dei livelli/volumi minimi, sarà quindi necessario individuare criteri di valutazione (singola/d'equipe) che completino la valutazione della Competence e conseguentemente il percorso di qualità e di garanzia delle cure nelle diverse realtà nefrologiche.

Per l'applicazione della Competency equation occorre non solo analizzare i dati dei vari Registri SIN ma verosimilmente un aggiornamento del Censimento Nefrologico delle attività che includa anche una minima valutazione degli esiti sia per il singolo che per l'Equipe.

Un esempio di applicazione della valutazione della Competence alle Strutture ed al singolo può essere il sistema di valutazione della qualità della attività di trapianto gestita dal CNT e disponibile on-line. ([CNT \[33\]](#))

Per ogni centro italiano di trapianto vi è il volume di attività annuale, la definizione del case mix ed i relativi risultati di attività in accordo con criteri predefiniti di Competence. ([Conferenza Stato-Regioni - 2004 \[34\]](#)) ([Conferenza Stato-Regioni - 2002 \[35\]](#)). In questo modo la equazione della Competenza come rapporto tra volumi di attività ed esiti ottenuti sostanza la sua definizione.

Sempre in campo trapiantologico la attivazione della Certificazione Europea in Transplant Medicine, sostenuta dal CNT ed ESOT e rilasciata dalla UEMS-EBTM contiene i criteri che definiscono una Clinical Competence trapiantologica non più di equipe ma individuale includendo i volumi certificati di attività del singolo operatore che devono essere descritti come eseguiti in un ruolo di supporto o di esecuzione diretta. ([European Board of Transplant Medicine - 2012 \[36\]](#))

Nell'ambito degli indicatori necessari od aggiuntivi che abbiamo individuato e suddiviso nelle diverse tipologie di competenze (clinico-professionale/tecnica, organizzativa, relazionale) ve ne sono alcuni certamente meno facilmente quantificabili (di tipo organizzativo-gestionale-relazionale) e difficilmente esprimibili in termini di risultato. Per alcuni il collocamento all'interno del sistema ECM potrebbe essere sufficiente per definirne la relativa percentuale annuale; per altri, una definizione "evidence based" necessita probabilmente di supplementi di informazione derivabili dall'utilizzo del Manuale di Accreditamento on-line.

Comunque si decida di procedere occorre però avere questi criteri in tempi rapidi per evitare, come nella riportata definizione delle competenze trapiantologiche, l'esclusione della SIN da giudizi di merito sulla Clinical Competence dei nefrologi nei campi di attività loro pertinenti.

Bibliografia

- [1] [Epstein RM, Hundert EM Defining and assessing professional competence. JAMA : the journal of the American Medical Association 2002 Jan 9;287\(2\):226-35](#)
- [2] [Leach DC Competence is a habit. JAMA : the journal of the American Medical Association 2002 Jan 9;287\(2\):243-4](#)
- [3] [Cohen JJ, Glasscock RJ, Benson JA Jr et al. Evaluation of clinical competence in nephrologists. Kidney international 1988 Feb;33\(2\):608-9](#)
- [4] [Holmboe ES, Hawkins RE Methods for evaluating the clinical competence of residents in internal medicine: a review. Annals of internal medicine 1998 Jul 1;129\(1\):42-8](#)
- [5] [Carr SJ Assessing clinical competency in medical senior house officers: how and why should we do it? Postgraduate medical journal 2004 Feb;80\(940\):63-6 \(full text\)](#)
- [6] [Wass V, Van der Vleuten C, Shatzer J et al. Assessment of clinical competence. Lancet 2001 Mar 24;357\(9260\):945-9](#)
- [7] [Falk RJ, Rosenberg ME, Yee J et al. Helping nephrologists become lifelong learners. Clinical journal of the American Society of Nephrology : CJASN 2008 Sep;3\(5\):1238-41 \(full text\)](#)
- [8] [MIUR: GU 139 del 17/06/1997](#)
- [9] [9. MIUR: Decreto 29 marzo 2006. Definizione degli standard e dei requisiti minimi delle scuole di specializzazione. GU 105 del 08/05/2006 \(Suppl. Ord. 115\)](#)
- [10] [The New Nephrologist. American journal of kidney diseases : the official journal of the National Kidney Foundation 2000 May;35\(5\):978-979](#)
- [11] [Ed inoltre una delle preoccupazioni che abbiamo voluto far emergere e' la perdita di "clinical competence" da parte di medici operanti in piccole strutture che possono per anni non](#)

vedere e non seguire pazienti ricoverati, effettuare dialisi per acuti etc perdendo a poco a poco la competenza acquisita durante le scuola di specializzazione e che solo parzialmente i corsi ECM, spesso non mirati, riescono a colmare.

[12] Regione Lombardia DELIBERAZIONE N° VII/18576. Linee di indirizzo per l'attivazione del sistema ECM (Educazione Continua in Medicina) in Lombardia

[13] Azienda ULSS22 Regione Veneto: LINEE DI PIANIFICAZIONE STRATEGICA ANNO 2008 – 2009. documento-di-indirizzo-2008-2009_rev00

[14] 19/04/2012 - Conferenza Permanente per i Rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano. Il sistema di formazione continua in medicina - Linee guida per i Manuali di accreditamento del Provider - Albo Nazionale dei Provider - Crediti formativi triennio 2011/2013 - Ordini, Collegi e Associazioni professionali, Federazioni - Sistemi di verifiche, controlli e monitoraggio della qualità - Liberi professionisti

[15] Bacchielli MP, Pedicone F: Un modello per la realizzazione del dossier formativo. Il progetto pilota della Regione Marche. OA 2009; 19, 91-96

[16] Evangelista L (2009): La valutazione e la certificazione delle competenze nel Sistema Toscano delle Competenze.

[17] Commissione regionale per la formazione sanitaria (Servizio Sanitario della Toscana): Le competenze delle professioni sanitarie

[18] Commissione di organizzazione dei servizi di nefrologia, dialisi e trapianto: La rete nefrologica italiana: rilevazioni ed indicazioni SIN

[19] Bonaldi A: Come migliorare la qualità professionale. G It Nefrol 2002;19 (S-21) S14-S20

[20] SINCERT: Prescrizioni per l'accreditamento degli Organismi operanti la valutazione e certificazione dei sistemi di gestione per la qualità nel settore EA 38 "Sanità e altri servizi sociali" SINCERT RT-04, Rev.03, 2004

[21] Regione Emilia-Romagna, Agenzia sanitaria e sociale regionale. Requisiti specifici per l'accreditamento delle strutture di nefrologia e dialisi. DGR 327/2004; Allegato-3

[22] Gilli P: L'Accreditamento istituzionale in Emilia Romagna e Lazio: i contenuti professionali. G It Nefrol 2002;19(S-21):

[23] Irvine D The performance of doctors. II: Maintaining good practice, protecting patients from poor performance. BMJ (Clinical research ed.) 1997 May 31;314(7094):1613-5

[24] McKinley RK, Fraser RC, Baker R et al. Model for directly assessing and improving clinical competence and performance in revalidation of clinicians. BMJ (Clinical research ed.) 2001 Mar 24;322(7288):712-5

[25] Morán-Barrios J, Ruiz de Gauna Bahillo P, Miembros de la Junta Directiva de la Sociedad de Educación Médica de Euskadi et al. [Reinventing specialty training of physicians? Principles and challenges]. Nefrología : publicación oficial de la Sociedad Espanola Nefrología 2010;30(6):604-12 (full text)

- [26] [Palsson R, Kellett J, Lindgren S et al. Core competencies of the European internist: A discussion paper. European journal of internal medicine 2007 Mar;18\(2\):104-8](#)
- [27] [Rosner MH, Berns JS, Parker M et al. Development, implementation, and results of the ASN in-training examination for fellows. Clinical journal of the American Society of Nephrology : CJASN 2010 Feb;5\(2\):328-34 \(full text\)](#)
- [28] [Fondazione ISTUD: Evoluzione delle competenze nella sanità privata lombarda. Regione Lombardia, Quaderno di Ricerca 3, 2006](#)
- [29] [Scheggi M: Regolamento aziendale per il conferimento degli incarichi dirigenziali e per il correlato sistema di valutazione: una proposta operativa. Health Management-Istituto di Management Sanitario-Firenze. 2009](#)
- [30] [Miller GE. The assessment of clinical skills/competence/performance. Acad Med 1990;](#)
- [31] [Rethans JJ, Norcini JJ, Barón-Maldonado M et al. The relationship between competence and performance: implications for assessing practice performance. Medical education 2002 Oct;36\(10\):901-9](#)
- [32] [Pelletier SJ. Credentialing: The Prerequisite of Privileging. in "Core Privileges for Physicians" \(5th Ed\), HCPro Inc, Marblehead, MA. 2010](#)
- [33] [CNT: Valutazione di qualità dell'attività di trapianto \(periodi 2001-2011 e 2000-2009\) in http://](#)
- [34] [Conferenza Permanente Rapporti Stato-Regioni \(29 aprile 2004\): Linee guida per l'idoneità ed il funzionamento dei centri individuati dalle Regioni come strutture idonee ad effettuare trapianti di organi e di tessuti .LG290404](#)
- [35] [Conferenza Permanente Rapporti Stato-Regioni \(14 febbraio 2002\): Accordo tra il Ministro della Salute, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sui requisiti delle strutture idonee effettuare trapianti di organi e tessuti sugli standard minimi di attività di cui all'art. 16, comma 1, della legge 1° aprile 1999, n. 91, recante: "Disposizioni in materia di prelievi e di trapianti di organi e di tessuti".LG140202](#)
- [36] [European Board of Transplant Medicine - 2012](#)

Documenti allegati

- Tabella 1

Conclusioni

release 1 pubblicata il 25 settembre 2012 05:10 da Giuseppe Quintaliani

Il lavoro svolto dalla commissione è stato particolarmente difficile e complesso perché si trattava di definire un argomento piuttosto difficile che, in Italia e in Nefrologia in particolare, non è mai stato

affrontato in precedenza nei suoi vari aspetti. Negli USA è disponibile un sistema di accreditamento che nell'elencazione dei "privileges" ([JCI \[1\]](#)) pone il punto di forza di un contratto tra l'ospedale privato o pubblico che sia e il medico che acquisisce l'incarico stesso. In Italia la situazione è molto più complessa perché esistono equipe nefrologiche (spesso non presenti in altri paesi dove il nefrologo funge solo da "consultant") e dove spesso all'interno delle equipe i singoli medici hanno intrapreso percorsi specialistici particolari soprattutto nelle equipe più numerose e dove quindi un nefrologo particolarmente esperto, ad esempio, in glomerulonefriti non lo è altrettanto in dialisi o nel trapianto. Quindi la nostra scelta è stata di arrivare a delineare una "clinical competence" di equipe nello sforzo e nel tentativo di definire cosa si intenda e quali caratteristiche dovrebbe avere una Struttura nefrologica vera da un punto di vista della SIN (SCND_SIN). La definizione di "struttura complessa" era già stata delimitata da un punto di vista degli standard organizzativi e di risorse ([Standard SIN 2008 \[2\]](#)) e sarebbe utile e necessario che la Struttura complessa così come intesa dagli standard organizzativi SIN, non sia e non debba essere confusa con quella che si definisce come Struttura complessa che è solo una dizione legislativa come recita il CCNL della professione sanitaria.

Abbiamo quindi tracciato una serie di **compiti e competenze cliniche** che la SCND-SIN dovrebbe possedere per avere la dignità di una vera struttura ad alta complessità così come la SIN intende e che ha normato nella definizione degli standard (v. [Tabella 2](#)). Non è più pensabile che piccoli centri, anche pubblici, spesso senza alcuna attività se non la sola dialisi, possano ancora fregioarsi del titolo di strutture complesse che, nella visione della SIN e del legislatore, dovrebbero avere gli strumenti e le competenze per venire incontro alle necessità e ai bisogni del paziente nefropatico nella sua interezza e complessità. La difesa del paziente/cliente, anche nei suoi bisogni inespresi è uno dei punti cardine della Vision 2000 nel modello ISO9000.

Una delle preoccupazioni che abbiamo voluto far emergere con lo scopo di fugarla, è stata la perdita di "clinical competence" da parte di medici operanti in piccole strutture che possono per anni non vedere e non seguire pazienti ricoverati, effettuare dialisi per acuti etc, e che perdono a poco a poco la competenza acquisita durante la scuola di specializzazione.

La sanità così come altre attività del mondo moderno ed indicata nella prefazione nelle norme ISO 9000, ha scelto di lavorare per processi e quindi abbiamo preferito definirli anche nei singoli item. Sono stati distinti almeno tre grandi campi raggruppando quanto possibile i vari aspetti: (v. [Tabella 2](#)):

- Competenze clinico-professionali e tecniche
- Competenze organizzative
- Competenze relazionali

Tutte le competenze clinico professionali e tecniche dovrebbero essere presenti anche singolarmente nel curriculum formativo di ogni nefrologo in quanto oggetto di studio durante il corso di specializzazione in nefrologia. (v. [Tabella 1](#)) Come riportato in letteratura (nel capitolo scritto dal [Prof. C. Cappelli](#) sono riportati molte voci bibliografiche) il grande problema per tutti i Servizi Sanitari è il mantenimento delle competenze. Noi abbiamo voluto sottolineare che il mantenimento delle competenze è un problema che la intera equipe deve affrontare. Se dovesse risultare che è priva di qualche competenza sia per motivi contingenti che per scelta od altro, si potrebbe affrontare il problema tramite adatti corsi di formazione interni od esterni oppure arrivare a "convenzionare" o ad acquistare nel "mercato", con appositi protocolli scritti, le risorse che mancano. Un esempio tra tanti è la reperibilità notturna che si "acquista" di solito presso una struttura ospedaliera di elevata

complessità. Il lavoro [Cergas Bocconi Sin](#) individua bene il meccanismo aziendalista di acquisti sul mercato di beni e servizi. È ben noto inoltre dalla letteratura e riportato ed accettato in numerosi sistemi di accreditamento (vedi sito [Agenzia regionale della sanità Emilia Romagna \[3\]](#)) che la competenza, oltre ad esse essere in qualche modo affermata, deve essere oggettivata, certificabile e mantenuta con adeguato volume di attività. Noi non abbiamo voluto inserire il volume di attività in maniera preventiva ma ovviamente sia documenti aziendali (scheda di budget), che i singoli curricula potrebbero in qualche modo sancire sia i volumi che le attività fatte. Pensiamo anche che tale sistema potrebbe servire da traccia per la stesura, e quindi valutazione, del curriculum personale dei nefrologi cosa che potrebbe tornare utile in varie occasioni compresa la norma concorsuale. Il passaggio su NephroMEET, all'interno del sito ufficiale della SIN, servirà sicuramente a raccogliere suggerimenti, critiche e spunti di riflessione che porteranno poi alla stesura definitiva.

La valutazione potrà essere oggetto di un passaggio ulteriore. È del tutto ovvio che Strutture che acquisteranno sul mercato molta della loro attività (ecografia, costruzione FAV, inserimento cateteri, reperibilità, lettura biopsie etc) pur avendo ottemperato alle necessità di un servizio completo al loro paziente/cliente saranno spinte a completare il loro percorso di formazione per avvicinarle quanto più possibile alle strutture che abbiano al loro interno le capacità professionali necessarie. Ciò potrebbe ingenerare dei malumori ma la cosa che deve essere chiara è che le nuove soluzioni organizzative che il lavoro Cergas – Bocconi - SIN configura, lasciano ampi spazi a soggetti terzi (non necessariamente privati) nello svolgere l'attività nefrologica. È del tutto ovvio che se l'attività nefrologica si svolge e si concreta nell'acquisto sul mercato di tutte le competenze necessarie allora anche una sperduta e minuscola SC di medicina potrebbe essere definita SC di nefrologia e dialisi, cosa che nessuno di noi auspica. Viceversa alcune unità intermedie che magari comprano, ad esempio, solo la lettura della biopsia, e/o la costruzione FAV e/o la reperibilità, potrebbero avvantaggiarsi da un sistema di rete così inteso, di una gestione per processi adeguata e di un controllo basato su un set di indicatori condivisi ed accettati.

L'impegno che abbiamo voluto portare a termine è stato quindi di completare il documento sugli standard organizzativi e strutturali a sua volta pubblicato dalla SIN affiancandolo con le competenze professionali. Lo sforzo è stato di definire cosa sia necessario, sempre da un punto di vista professionale, per seguire e trattare adeguatamente un paziente con IRC nei suoi diversi e molteplici stadi.

D'altro canto questo lavoro potrebbe offrire una guida ragionata anche all'interlocutore politico che, in tempi di ristrettezze economiche, potrebbe essere tentato di ridurre le nefrologia ad ambiti di consulenza o sorveglianza di strutture esterne o a sole competenze acquistate sul mercato come purtroppo sta avvenendo in diverse aree geografiche e realtà nefrologiche.

Bibliografia

[\[1\] Verifica delle credenziali dei medici](#)

[\[2\] Standard SIN](#)

[\[3\] ASR Emilia Romagna](#)

Documenti allegati

- Tabella 1

- Tabella 2