

Clinical Management

Meritocrazia

G. Quintaliani

Coordinatore Standard di Nefrologia e Dialisi della SIN



«Figlio mio, lascia questo Paese.»
 Con queste parole Pier Luigi Celli direttore Generale della Luiss, una lunga esperienza in vari consigli di amministrazione e un passato ricco di diversi incarichi quali Direttore Risorse Umane dell'ENI, direttore generale della RAI, presidente di IPSE2000 e responsabile della Direzione Corporate Identity della

Unicredit oltre che direttore del Personale e Organizzazione dell'Enel, si rivolge al figlio neolaureando (1). Lo invita a lasciare l'Italia perché *“non è più un posto in cui sia possibile stare con orgoglio”*.

Ci sarebbe da chiedersi dove sia stato lui questi anni e perché non abbia pubblicato in rete i curricula di coloro da lui assunti (insieme a quelli da lui scartati). In ogni caso la cosa più importante è che Celli (che evidentemente è uno che se ne intende), invita il figlio a scegliere *“di andare dove ha ancora un valore la lealtà, il rispetto, il riconoscimento del merito e dei risultati”* perché in Italia non c'è meritocrazia *“A meno che non sia un merito l'affiliazione, politica, di clan, familistica”*.

Perché parliamo di questo problema?

A parte il fatto che molti giovani di buona volontà se ne vanno all'estero dopo aver avuto contrasti e conflitti con l'Università, con i colleghi e la cultura imperante, questa lettera ci spinge a capire dove sia il problema della nostra società e della Sanità in generale.

Le varie riforme che vengono auspiccate saranno sempre senza alcun risultato se non riusciremo ad attivare un percorso che porti i meritevoli ai vertici della società.

Molti libri, articoli e saggi si sono cimentati su questo argomento (2-4) ma molti pochi, se non nessuno, affronta il tema della valutazione. In altre parole tutti auspicano il merito ma pochi lo vogliono veramente e quindi fanno di tutto perché tale parola sia solo un vacuo termine privato di ogni significato.

Un recente lavoro, commissionato dalla SIN a CergasBoc-

coni, ad esempio, mette in luce che molti rapporti tra responsabili di Struttura Complessa e Direttori Generali, sono diretti, basati su rapporti per così dire personali. Pochi sono quelli basati sul merito.

Un nefrologo marchigiano rimproverava recentemente un altro collega di non aver pensato bene alla carriera: sei bravo, ti sei dedicato alla scienza, ma non hai intrattenuto rapporti giusti e quindi copierai gli esami in cartella clinica a vita! Se questa è la strada!!!!

Ma allora come uscire da questo impasse? Come valutare il merito?

Secondo noi i sistemi di valutazione devono provenire dalle Società scientifiche. Nel mondo anglosassone, ma non solo, la valutazione della *“clinical competence”* è una scienza (5). Sono innumerevoli gli articoli che cercano di affrontare questo argomento suggerendo sistemi di valutazione appropriati. Al fine di decidere se un sanitario ha i requisiti per svolgere un compito, non solo è necessaria una descrizione precisa delle attività che a quel ruolo competono (la cosiddetta *“job description”*) ma anche il dettaglio dei privilegi connessi alla professione stessa (ciò che *“sa fare”*) (6). Ed anche in ambito nefrologico si parla più in generale di *clinical competence* (CC) (7) sia quando è necessario ottenerla sia quando la si deve conservare (8, 9) con il volume di attività, con l'aggiornamento professionale, e la formazione. Anche JCI, un organo di certificazione di qualità in Sanità (10), affronta questo problema stabilendo che i professionisti devono essere qualificati e competenti. Ma come valutare le loro competenze?

Con la lista dei privilegi. In realtà con questo termine JCI intende cosa fanno i professionisti. Noi possiamo rinominarle competenze.

La SIN ha stilato una lista di privilegi/competenze per l'attività ambulatoriale (11) ma sarebbe opportuno che la Società facesse un ulteriore sforzo per tracciare una lista esaustiva di competenze che devono essere possedute da un nefrologo.



A titolo di esempio possiamo suggerire la seguente lista:

Competenza	Indicatore	Standard (per raggiungere obiettivo positivo)	Punteggio
Accessi vascolari	Quanti accessi sistemati	Almeno 10 all'anno (direttamente o nella struttura)	
Costruzione FAV	Quante FAV nuove o riviste	Almeno 30 all'anno e 200 (direttamente o nella struttura)	
Competenze in HD	Quante dialisi all'anno	Almeno 6500 (direttamente o nella struttura)	
Competenze in DP	Quanti pazienti seguiti	Almeno 25 (direttamente o nella struttura)	
Sistemazione cateteri peritoneali		Almeno 4 all'anno e almeno 100 (direttamente o nella struttura) negli ultimi 5 anni	
Valutazione indici di efficienza dialitica in HD e DP	Uso e conoscenza di almeno due indici per HD e DP		
Esperienza nei pazienti acuti	Dialisi al letto del malato dai medici del team	Almeno 1000 dialisi per acuti all'anno (direttamente o nella struttura)	
Esperienza clinica di assistenza	Ricoveri seguiti dai medici del team	Almeno 450 all'anno (direttamente o nella struttura)	
Trapianti	Trapianti effettuati nel centro	Almeno 20 all'anno (direttamente o nella struttura)	
Valutazione nutrizionale	Uso ed interpretazione di impedenza e prescrizioni dietetiche	Almeno 150 all'anno (direttamente o nella struttura)	
Biopsie renali	Esecuzione	Almeno 10 all'anno (direttamente o nella struttura)	
Biopsie renali	Lettura	Almeno 10 all'anno (direttamente o nella struttura)	
Ecografie	Esecuzione	Almeno 500 all'anno (direttamente o nella struttura)	
Viste ambulatoriali	Esecuzione	Almeno 500 all'anno	
Visite ambulatoriali trapianto		Almeno 400 all'anno (direttamente o nella struttura)	
Valutazione letteratura scientifica	Referee per riviste peer review	Almeno 3 all'anno o referee ufficiale per riviste censite su Medline	
Autorevolezza	Pubblicazioni all'anno e/o accettazione a lavori congressuali	Almeno 4 all'anno e/o almeno 40 in CV	
Capacità di risolvere problemi organizzativi	Esperienza di management	Almeno tre corsi di management in CV	
Stato di opinion leader	Eventi a cui si partecipa come invited speaker (non moderatore)	Almeno 3 all'anno e CV con documentate esperienze di esperto in uno o più argomenti	
Stato di esperto	Eventi a cui ha partecipato come direttore scientifico o board scientifico	Almeno 10 in CV	
Gestione risorse umane	Eventi a cui ha fatto partecipare come autori i propri collaboratori	Almeno 15 in CV	
In team in SC di	nefrologia Nefrologia e dialisi Nefrologia dialisi e trapianto Ambulatorio di dialisi		

Ovviamente un nefrologo potrebbe non avere tutte le competenze ma dalla lista potrebbe scaturire un punteggio che aiuterebbe a stilare una classifica.

Altre obiezioni potrebbero venire dalla estrema specializzazione che in alcuni reparti è stata attuata e che non consente a tutti di fare tutto.

Per ovviare a questa giusta osservazione si potrebbe graduare il giudizio ricorrendo alla valutazione dell'équipe nefrologica. In altre parole si potrebbe pensare di assegnare un punteggio ai nefrologi che operano in certi ambienti. Il censimento della SIN potrebbe offrire una buona base di partenza, infatti il punteggio potrebbe scaturire dal numero di ricoveri, dal numero di pazienti nelle varie metodiche, dal numero dei pazienti acuti trattati, dal numero e dalla tipologia degli ambulatori ecc. Il tutto riguarderebbe quindi l'équipe e non il singolo (in alcune parti della lista questo problema è affrontato con la dizione "direttamente o nella struttura").

Questo sistema premierebbe ovviamente chi lavora in ambienti molto qualificati ma non si discosterebbe di molto dal sistema "ad personam" in quanto chi lavora in Centri piccoli ha comunque un'esperienza limitata.

Un sistema di questo genere porterebbe molti vantaggi anche perché, in caso di concorso, con l'adozione della triade per la scelta del primario da parte del direttore generale (in pratica la commissione formula una graduatoria dei primi tre), la scelta potrebbe essere fatta con la classica domandina ad arte (chi deve vincere, per caso, viene a saperla prima).

Ciò non avverrebbe con il sistema delle competenze. Infatti la Direzione Generale che vuole assumere un nefrologo dovrebbe stabilire prima le competenze che costui deve avere per dirigere il reparto e dovrebbe pubblicarle nel bando che è reso disponibile su internet. Potrà desiderare di avere un nefrologo che abbia solo competenze di ambulatorio, ma sarebbe necessario esplicitarlo prima. Anche dopo il concorso non potrà di certo, dovendolo pubblicare su Internet, valutare 1000 le competenze in DP e 0,1 quelle in HD o viceversa.

La valutazione dei CV sarà fatta incrociando competenze e richieste e con molta trasparenza.

Il colloquio servirebbe solo a chiarire bene se chi ha compilato il CV ha veramente detto il vero e quindi ha le competenze che dice di avere.

Ovviamente al DG si lascerebbe la scelta all'interno della terna che però, viene formata, dall'analisi dei CV.

Questo sistema servirebbe quindi a discernere me-

glio tra l'"affiliazione" come dice Celli e le competenze, permettendo una trasparenza che ora manca sicuramente e che porta a vincere un concorso in un istituto di ricerca senza aver pubblicato nulla negli ultimi anni e con meno di 20 lavori in totale recensiti da Medline!

Non da trascurare infine è che questo modo di agire porterebbe ad un più giusto sistema di valutazione dei nefrologi nel momento in cui si dovesse procedere a delle scelte. Attualmente la valutazione aziendale è fatta solo sugli obiettivi, determinati dalle direzioni generali, che vengono raggiunti nel periodo di osservazione. Sappiamo tutti che tali obiettivi sono spesso economici o in ogni caso misurano il rendimento (ridurre la lista di attesa, ridurre il tempo di ricovero ecc) e non rispondono a criteri né di appropriatezza né di qualità professionale.

Torneremo su questo argomento ma intanto voglio ricordare che il nuovo decreto Brunetta assegna risorse non più a pioggia ma con la regola del 50,25,0. In altre parole il 50% delle risorse andranno al 25% del personale, un altro 50% al 50% del personale ed un buon 25% rimarrà a bocca asciutta.

Avere dei parametri oggettivi su cui misurare la propria attività diventa quindi quanto mai urgente ed importante.

Fateci sapere.

Per aggiungere, modificare criticare la lista delle competenze siete pregati di inviare una mail a: privilegi@renalgate.it

La lista sarà tenuta aggiornata con i vostri suggerimenti (anche anonimi se vorrete) su www.renalgate.it/merito/privilegi. Nello stesa pagina pubblicheremo i vostri commenti.

Indirizzo degli Autori:

Giuseppe Quintaliani, MD

Via Maturanzio 31

06124 Perugia

g.quintaliani@yahoo.it



Bibliografia

1. http://www.repubblica.it/2009/11/sezioni/scuola_e_universita/servizi/celli-lettera/celli-lettera/celli-lettera.html
2. ² Abravanel R. Meritocrazia. Quattro proposte concrete per valorizzare il talento e rendere il nostro paese più ricco e più giusto. Milano: Garzanti; 2008.
3. ³ Tinagli I. Talento da svendere. Perché in Italia il talento non riesce a prendere il volo. Milano: Einaudi; 2008.
4. ⁴ Floris G. Mal di merito. L'epidemia di raccomandazioni che paralizza l'Italia. Milano: Rizzoli; 2007.
5. ⁵ Epstein RM, Hundert EM. Defining and assessing professional competence. JAMA 2002; 287(2): 226-35.
6. ⁶ <http://www.jointcommission.org/>
7. ⁷ Epstein RM, Hundert EM. Defining and assessing professional competence. JAMA 2002; 287(2): 226-35.
8. ⁸ Cohen JJ, Glassock RJ, Benson JA, Jr. Evaluation of clinical competence in nephrologists. Kidney Int 1988; 33: 608-09.
9. ⁹ Berns JS, O'Neill C. Performance of procedures by nephrologists and nephrology fellows at U.S. nephrology training programs. Clin J Am Soc Nephrol 2008; 3: 941-7.
10. ¹⁰ Quintaliani G, Cappelli G, Zoccali C, et al. Chronic kidney disease certification process manual by the Italian Society of Nephrology (SIN): Clinical care delivery and performance measurements and improvement. J Nephrol 2009; 22: 423.
11. ¹¹ Quintaliabni G, et al: Chronic kidney disease certification process manual by the Italian Society of Nephrology (SIN): Part I: clinical care delivery and performance measurements and improvement J Nephrol 2009; 22: 423-38.