

## Il mutamento delle professioni

E. Migali<sup>a</sup>, M. Morandini<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Unità Operativa di Patologia Clinica, Presidio Ospedaliero S. Maria la Gruccia di Montevarchi, ASL 8, Arezzo

<sup>b</sup>Laboratorio di Patologia Clinica, Dipartimento di Medicina di Laboratorio, Azienda Ospedaliera S. Maria degli Angeli, Pordenone

**Riassunto.** Il mutamento organizzativo dei servizi di Medicina di Laboratorio (MdL) sta determinando radicali cambiamenti non solo all'interno della struttura ma anche nella professionalità dei diversi addetti. Medici, specialisti in materie scientifiche di laboratorio (biologi, chimici...) e tecnici di laboratorio biomedico, tutti lavorano nel campo della Medicina di Laboratorio ma esercitano professioni differenti. Con la legge 251/2000 e successive integrazioni anche per il tecnico di laboratorio biomedico è stato istituzionalizzato il relativo profilo professionale e definito il percorso formativo universitario di base e specialistico. Tutte le specialità della MdL seguono un percorso unitario che procede dall'analisi quali-quantitativa del

test, attraverso l'interpretazione dei risultati, fino al contatto diretto o indiretto con il paziente. Lungo questo percorso è sempre più problematico definire rigidi steccati fra i professionisti che vi operano. Riconsiderare il *ruolo*, ridisegnare la *funzione* dei singoli professionisti, capaci di lavorare insieme in modo multiprofessionale e multidisciplinare, rappresentano il *core* del processo di modernizzazione della MdL. Sicuramente questo processo, non solo organizzativo ma principalmente culturale, richiederà tutti gli operatori ad una nuova alleanza, ciascuno secondo la propria competenza e responsabilità ma all'interno di valori comuni, per assicurare al paziente una MdL appropriata, efficace ed efficiente.

**Abstract.** *The changing role of laboratory professionals.* Management redesigning of medical laboratory services are bearing radical changes in the organization and in professional role of various workers. Medical graduates, laboratory scientists and biomedical scientists, all work with different professions in medical laboratory. The 251/2000 Italian law has established the role and university training of biomedical scientists. All pathology specialties of medical laboratory are practised along a spectrum ranging from instrument-based qualitative and quantitative testing, through interpreta-

tion of diagnostic sample and results, to direct or indirect patient contact. A modern, high quality pathology service requires multiprofessional and multidisciplinary collaboration. Role reconsideration and function redesign of laboratory health professionals are core elements of laboratory medicine modernization programme. This is an organizational and cultural course; the programme needs the collaboration of all health care professionals, that shall share values, to ensure appropriateness, effectiveness and efficiency of diagnostic services to provide patient care.

### Introduzione

La scarsità di risorse pubbliche da destinare ad un volume crescente e sempre più diversificato di bisogni della collettività, unitamente all'esigenza di ammodernare l'apparato delle amministrazioni pubbliche per favorire l'integrazione europea e rendere al contempo il *sistema Paese* maggiormente competitivo possono essere considerati tra i fattori che deter-

minano una stagione di profonde riforme istituzionali che hanno caratterizzato la pubblica amministrazione italiana a partire dagli anni '90. Uno dei settori maggiormente interessati da questo fabbisogno di razionalizzazione della spesa e di miglioramento del rapporto fra qualità dei servizi e risorse impiegate è in prima istanza quello sanitario. Con i decreti legislativi 502/92 e 517/93 successivamente integrati con la legge 229/99 si delinea il nuovo Sistema Sanitario.

La legislazione di cui sopra è ispirata ad alcuni obiettivi fondamentali<sup>1</sup>:

1. **decentramento sanitario a livello regionale** che si realizza con la creazione di Aziende USL su ambiti territoriali significativi e conseguente riduzione della frammentazione amministrativa;
2. l'organizzazione e il funzionamento delle nuove ASL e Aziende Ospedaliere secondo un **modello aziendale** che ha come contenuto importante il sistema delle responsabilità economiche e gestionali. Modello aziendale che si basa sul controllo di gestione, sulla verifica dei risultati, sulla programmazione delle attività gestionali e sulla valorizzazione e responsabilizzazione delle risorse umane,
3. **centralità del paziente** definendo percorsi diagnostici-terapeutici (facendo attenzione a garantire non solo la produzione di prestazioni ma, piuttosto, risposte adeguate, sia sul piano clinico che gestionale, alle esigenze del singolo paziente).

Grazie ad una vera e propria primavera di iniziative volte alla progettazione e realizzazione di sistemi e strumenti finalizzati e coerenti con un quadro normativo fortemente prolifico, il progetto, ad oggi, attuato ha messo in risalto alcuni fenomeni:

- la potenzialità delle logiche e degli strumenti manageriali per il miglioramento continuo della qualità dei servizi e per l'incremento di efficienza nell'impiego delle risorse,
- la centralità delle persone nell'adozione di una nuova cultura di orientamento ai risultati,
- l'importanza di avviare processi di cambiamento organizzativo, che coinvolgano tutti i livelli della struttura e valorizzino in particolare i quadri intermedi,
- la rilevanza delle competenze professionali (tecniche scientifiche, relazionali e organizzativo-gestionali) dei singoli operatori,
- la necessità di sostenere lo sviluppo professionale e la valorizzazione del capitale umano.

La nuova gestione della sanità, per obiettivi e per processi, ha in sé gli strumenti per il riconoscimento professionale di tutti coloro che vi partecipano, per la ridefinizione del loro ruolo all'interno del sistema sanità e della singola organizzazione e per il loro pieno coinvolgimento nel processo lavorativo. Strumenti di questo cambiamento sono la responsabilizzazione e l'autonomia professionale pur all'interno di vincoli gestionali-organizzativi ma con valori condivisi quali efficacia, efficienza ed economicità<sup>2</sup>.

Di conseguenza la crescita professionale non è solo la giusta aspirazione del singolo operatore, ma diventa la necessità per la stessa organizzazione sanitaria, orientata al miglioramento continuo della qualità dei servizi.

La centralità dell'apporto dei singoli dipendenti alle attività svolte dalle aziende sanitarie che richiedono il contributo di numerose professionalità sembra finalmente un elemento acquisito.

## Le Professioni

Comunemente il termine professione viene utilizzato per indicare qualsiasi tipo di occupazione. Il concetto di professione è stato in realtà oggetto di numerosi tentativi di definizione. Da prima del '900 il termine professionista si è usato come sinonimo di esercente una professione intellettuale distinta dal mestiere, termine riservato a coloro che svolgevano attività manuali.

Tousijn propone un processo di professionalizzazione basato su quattro punti<sup>3</sup>:

- individuazione e rivendicazione di un corpus di conoscenze (rappresenta la base cognitiva sulla quale si sviluppa la professione);
- nascita sviluppo di scuole professionali preferibilmente interne all'Università (attraverso esse le professioni saranno capaci di produrre e trasmettere la propria base cognitiva);
- nascita e sviluppo di associazioni professionali;
- riconoscimento e protezione da parte dello Stato.

Due elementi, più di altri, caratterizzano fortemente il significato di professione<sup>4</sup>:

- il consolidamento di certi contenuti di lavoro, che induce di conseguenza alla esplicitazione di atti e compiti obbligatori;
- l'autonomia nell'adattare la propria azione negli specifici contesti.

Nelle aziende di servizi e in particolare quelli rivolti alle persone, quali i servizi socio sanitari, la professionalità rappresenta un fattore particolarmente critico, in quanto l'efficacia della risposta è largamente affidata alla capacità di interpretazione e decodifica da parte del professionista del "bisogno di salute" della singola persona. La professionalità si estrinseca pertanto non solo nella corretta esecuzione tecnica di una determinata metodica o di un protocollo di intervento, ma nella scelta del percorso diagnostico-terapeutico più adatto al trattamento del singolo caso<sup>5</sup>.

In altri termini la professionalità viene ad essere identificata anche come l'insieme delle conoscenze, delle competenze e degli atteggiamenti del singolo operatore.

In ambito sanitario il singolo professionista eroga prestazioni non più da solo ma con il concorso di altre risorse organizzate: personale (medico, infermiere, tecnico, amministrativo, ecc.), tecnologie (biomediche, informatiche, ecc.). Inoltre nel sistema sanitario, anche ai livelli più bassi della struttura gerarchica, il personale è composto da professionisti (*burocrazie professionali*). Non essendo standardizzabili in toto i percorsi diagnostici-terapeutici, i contenuti e i processi operativi proprio per la natura intrinseca, specifica e fortemente personalizzata della "domanda di salute", si tende in sanità a standardizzare le competenze e accrescere le capacità dei professionisti attraverso momenti di tirocinio, formazione, aggiornamento, ecc...

La standardizzazione delle competenze è assicurata da appositi percorsi formativi (studi universitari, scuole di specializzazione) e dalla certificazione (esami di stato, abilitazione...) alla fine di quegli stessi percorsi e dovrebbe essere garantita (almeno formalmente) dagli Ordini professionali. La standardizzazione delle competenze rappresenta per le aziende sanitarie sia un vantaggio per l'integrazione e il coordinamento fra le diverse figure professionali sia una maggiore sostituibilità e mobilità dei professionisti all'interno della struttura organizzativa, aumentando le condizioni di flessibilità ed efficienza del sistema.

La standardizzazione delle conoscenze non elimina tuttavia l'autonomia professionale, cioè la discrezionalità a cui ciascun professionista fa ricorso nell'applicazione delle conoscenze stesse.

Il Ministero della Salute definisce professioni sanitarie "quelle che lo Stato riconosce e che, in forza di un titolo abilitante, svolgono attività di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione"<sup>6</sup>.

Nel corso degli ultimi anni diverse occupazioni sanitarie hanno proceduto nel processo di istituzionalizzazione del rispettivo profilo professionale, riuscendo ad ottenere riconoscimento e tutela pubblica (anche se in molti casi il processo non ha ancora portato all'istituzione degli albi). L'istituzionalizzazione di queste nuove figure professionali è conseguenza del:

- progresso della scienza bio-medica,
- innovazione e complessità delle tecnologie diagnostiche e terapeutiche,
- riorganizzazione sanitaria,
- crescita e differenziazione della domanda di salute,
- diversificazione degli interventi volti al mantenimento e alla promozione della salute,
- consolidamento di conoscenze e competenze detenute esclusivamente da un determinato gruppo professionale.

Una logica professionale fortemente radicata, pur fra alcuni indubbi vantaggi, rischia di influenzare in modo significativo il quadro organizzativo e la stessa gestione del personale. Per esempio, probabili fonti di conflitto possono scaturire dalla difficoltà e dai ritardi con cui il sistema delle professioni si adegua ai mutamenti nelle condizioni di contesto del sistema sanitario.

In un sistema complesso come quello sanitario, oggi, la ricerca di condizioni per una migliore efficacia e efficienza dei servizi determina una continua evoluzione degli assetti organizzativi, rinnovate modalità lavorative, nuove competenze e maggiore integrazione multidisciplinare, ma le professioni codificate si adeguano con minore celerità a tali cambiamenti e anzi con la loro regolamentazione degli spazi di responsabilità e delle attività di competenza, possono costituire un ostacolo importante per gli stessi processi di rinnovamento.

Inoltre, nel corso dei processi di cambiamento tecnologico o degli assetti organizzativi, la presenza delle professioni può essere causa di conflitto e di negoziazione per rimodulare i confini interni (potere) del sistema delle professioni.

All'interno delle aziende la presenza di gruppi organizzati che si riconoscono per un'appartenenza professionale esterna all'azienda, può comportare la difficoltà di coordinamento, di definizione delle responsabilità e di dialogo tra persone che pur lavorando all'interno di una stessa unità organizzativa, fanno però parte di professioni diverse (vedi laboratorio analisi).

## Il Medico

Il ruolo e l'evoluzione delle professioni sanitarie sono strettamente legati alle caratteristiche del sistema sanitario, che determina in larga misura anche i rapporti fra i diversi profili professionali che vi operano. Accanto al medico oggi gli operatori della sanità sono, in gran numero, professionisti. Infatti di recente il riconoscimento di *professione sanitaria* si è esteso a più di venti attività, fino a ieri considerate *ausiliarie* di quella medica.

Riguardo al profilo professionale del medico, riprendendo il giuramento d'Ippocrate, reintrodotta dall'Ordine dei Medici nel 1998, in cui il medico promette di agire secondo *scienza e coscienza* seguendo quindi i bisogni dei pazienti che si fa *domanda sanitaria* e la *scienza medica*, è evidente che esso si riferiva a una professione svolta in prima persona dal medico, senza l'aiuto sistematico o comunque determinante di una organizzazione. Il rapporto era di tipo uno-a-uno tra medico e paziente.

La professione medica si caratterizza per una competenza esclusiva, garantita dal possesso di un diploma o da una laurea e dal superamento di un esame di abilitazione professionale, per l'autonomia e indipendenza delle decisioni, per la libertà di organizzare la propria attività, e per ricevere un onorario, a fronte di una prestazione, piuttosto che un salario.

In questi anni lo Stato è intervenuto progressivamente nelle varie fasi del processo di professionalizzazione dei medici: dalla formazione universitaria ai meccanismi di accesso alla professione, dalle modalità di organizzazione del lavoro alla delimitazione per legge delle competenze.

La progressiva occupazione dei medici nelle strutture pubbliche e private hanno modificato profondamente le caratteristiche tradizionali di una professione *liberistica e individualista*.

Nel nostro Paese il prevalere della professione medica ha caratterizzato, almeno per un lasso di tempo significativo, i rapporti con le altre professioni sanitarie. Tale superiorità può essere stata di tipo:

- funzionale, in quanto fondata sull'attribuzione al medico in via esclusiva delle due funzioni princi-

- pali (diagnosi e terapia), mentre alle altre professioni erano riconosciute funzioni derivanti dalla divisione orizzontale del lavoro,
- gerarchica, per le caratteristiche organizzative delle strutture sanitarie, in particolare ospedaliere,
  - scientifica, perché riguarda il *potere* dei medici di definire gli ambiti e le competenze della medicina stessa in quanto scienza.

### Lo Specialista in materie scientifiche di laboratorio (Biologo, Chimico...)

Con la legge n. 386 del 24 maggio 1967 è ordinata la professione di Biologo.

L'art. 3, cita: "Formano oggetto della professione di biologo:

- a) classificazione e biologia degli animali e piante...
- b) identificazione di agenti patogeni infettanti e infestanti dell'uomo,...
- c) analisi biologiche (urine, essudati, escrementi, sangue, sierologiche, immunologiche, istologiche, di gravidanza, metaboliche)..."

Con il Decreto Legislativo n.980 del 28 ottobre 1982 (e successive modifiche, vedi ultimo il DPR n. 328/2001) viene approvato il "Regolamento per gli Esami di Stato di abilitazione all'esercizio della professione di Biologo".

È con il DPR del 7 settembre 1984, n. 821 "Attribuzioni del personale non medico addetto ai presidi, servizi e uffici delle unità sanitarie locali" che vengono individuati i profili professionali di biologo dirigente (art. 7), di Biologo coadiutore (art. 8) e di Biologo collaboratore (art.9) in base a quanto era previsto dall'ultimo comma dell'art.63 dello Stato Giuridico del personale delle USL (DPR 761/1979). Il percorso formativo a seguito del Decreto del MIUR<sup>7</sup> del 26 maggio 1995 "Modificazioni all'ordinamento didattico universitario relativamente al corso di laurea in scienze biologiche" viene aggiornato. La laurea specialistica (biennio) prevede fra gli indirizzi quello di *Biologia sanitaria* e *Biologia molecolare* con possibilità per gli ambiti e settori occupazionali nei laboratori analisi.

Con il Decreto legge 18 novembre 1996 n. 583, coordinato con la legge di conversione 17 gennaio 1997 n. 4 si dettano le norme concorsuali per la dirigenza del SSN, il tutto completato con il DPR n.484 del 12/97 "Regolamento recante la determinazione dei requisiti per l'accesso alla direzione sanitaria aziendale e dei requisiti e dei criteri per l'accesso al II° livello dirigenziale per il personale del ruolo sanitario nazionale".

### Il Tecnico

La legge 251/2000 "Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della vigilanza e dell'ispezione nonché della pro-

fessione ostetrica" rappresenta il punto più elevato della riforma delle professioni sanitarie non mediche, sia nella definizione delle quattro "fattispecie" che nell'aspetto innovativo rappresentato dalla formazione universitaria, e, ancora, nella possibilità della individuazione e assegnazione di posizioni, qualifiche, incarichi dirigenziali ad operatori appartenenti alle professioni sanitarie. Sul piano sostanziale la legge 251 prevede l'istituzione di un Servizio infermieristico e tecnico autonomo all'interno delle strutture sanitarie, la laurea e la dirigenza. In tal modo viene sancita la partecipazione attiva delle professioni sanitarie *non mediche* al processo decisionale delle aziende sanitarie ai più alti livelli (quelli propri delle figure di *dirigente*) con il recepimento delle esperienze più innovative e imprenditoriali attuate da alcune strutture di erogazione dei servizi impegnate nella realizzazione del processo di aziendalizzazione avviato con i decreti legislativi 502/92 e 517/93.

Le tappe delle riforme istituzionali e professionali sono:

- la ridefinizione della figura e profilo professionale del tecnico sanitario di laboratorio biomedico (decreto n. 745 del 1994)
- la rettifica dell'ordinamento didattico relativo al diploma universitario (D.M. 24 luglio 1996 n° 168)
- l'abrogazione del mansionario e la soppressione della denominazione *professione sanitaria ausiliaria* oggi classificata e sostituita da *professione sanitaria* (legge n. 42 del 1999)
- il D.M. 3/11/1999 n. 509 (Riforma Universitaria) e D.MURST del 5/6/01 (Determinazione delle classi delle lauree universitarie delle professioni sanitarie) in cui cambia, dopo cento anni, la formazione e dove viene dato valore al capitale immateriale che è la conoscenza.

Con questo decreto vengono definiti gli ordinamenti didattici dei corsi di Laurea e Laurea Specialistica specificando gli obiettivi formativi qualificanti, le competenze, le responsabilità e gli ambiti di autonomia degli operatori delle professioni sanitarie non mediche. A tutti gli esercenti le professioni sanitarie viene consentito l'accesso diretto ai Corsi di laurea specialistica e ai Master (L. 8/1/2002, n.1).

### Professioni e CCNL

In un contesto come quello odierno, in cui elemento fondante dell'azienda in tutte le sue articolazioni è il coinvolgimento di tutti i livelli gerarchici di cui è composta l'azienda sanitaria, vi è in essa la necessità di operatori fortemente responsabilizzati rispetto alle finalità istituzionali.

Il D. Lgs n. 229/99, oltre a dettare nuove disposizioni per l'organizzazione e il funzionamento delle aziende sanitarie, contiene norme fortemente inno-

vative nei confronti dello stato giuridico della dirigenza sanitaria, equiparandola nel caso specifico a quella amministrativa, che era già stata soggetta a riforma fin dall'entrata in vigore del D. Lgs n. 29/93. Il rinnovo del contratto di lavoro (1999-2001) delle tre aree della dirigenza (medico-veterinaria, sanitaria, amministrativa-tecnica professionale) e del comparto, è stata l'occasione concreta per dare seguito alle rilevanti variazioni dello stato giuridico dei sanitari entrate in vigore, di pari passo, con i decreti attuativi della legislazione di riordino della sanità.

Le principali innovazioni intervenute nel contratto della dirigenza, riguardano in particolare:

- 1) la costituzione di un ruolo sanitario unico, distinto per profili professionali;
- 2) l'inquadramento dei dirigenti in un unico livello, articolato in funzione delle responsabilità assegnate e degli incarichi svolti, a loro volta distinti in: incarichi professionali e incarichi gestionali;
- 3) la disciplina della dirigenza sanitaria, in attuazione del D. Lgs. n. 29/93, ridefinita analogamente a quanto fatto per gli altri ruoli attraverso:
  - a) norme riguardanti:
    - la fissazione dei criteri generali di graduazione degli incarichi dirigenziali;
    - la definizione dei criteri di assegnazione e verifica.
  - b) un trattamento economico differenziato in base a funzioni e responsabilità;
  - c) l'ingresso per concorso pubblico cui consegue la possibilità di assegnare:
    - un incarico professionale, di collaborazione e corresponsabilità nelle attività;
    - un incarico gestionale
    - un incarico dirigenziale
  - d) la durata degli incarichi
  - e) la verifica professionale

In base al nuovo contratto del comparto i cambiamenti relativi ai percorsi di carriera previsti sono:

- la progressione economica orizzontale
- la progressione verticale
- la graduazione delle posizioni e l'attribuzione degli incarichi professionali e manageriali.

Anche per gli operatori del comparto (categoria D) siamo oggi in presenza di un duplice binario su cui si può indirizzare l'iter professionale del singolo, ovvero a una vita lavorativa improntata a responsabilità organizzative (quadro intermedio) o a responsabilità *tecnico-specialistiche* (professionali), questa ultima necessaria sia per presidiare ambiti professionali trasversali a livello di macrostruttura aziendale (es. posizioni organizzative con contenuto di alta professionalità e specializzazione di direzione sanitaria, scuola universitaria, ecc..) che per detenere competenze spendibili nella microstruttura di appartenenza (dipartimento, struttura complessa, distretto, ecc.).

La stessa istituzione del "Servizio Tecnico" autonomo con la relativa dirigenza non può e non deve essere intesa come l'esplicitazione di una contrapposi-

zione di queste professioni al ruolo gestionale giocato nel tempo dalla componente medica, e non deve altresì essere considerata l'unica modalità per avere la stessa dignità professionale di altre figure operanti nel sistema sanitario. Deve invece essere percepita come il concreto contributo che queste professioni possono dare alla formulazione delle strategie aziendali per la parte di competenza. La dirigenza sanitaria tecnica deve essere conscia del fatto che il presidio e l'organizzazione delle risorse e dei processi assistenziali richiedono conoscenze specifiche e sono fondamentali per formulare obiettivi gestionali di breve, medio e lungo periodo realmente fattibili.

### Medicina di Laboratorio (MdL)

Fattore di cambiamento nella MdL è stata la "rivoluzione tecnologica" che si è espressa compiutamente negli anni '90, quale risultante dell'evoluzione della tecnologia della misura, dell'automazione e robotizzazione, della tecnologia digitale e di comunicazione (internet e intranet) e della tecnologia del trasporto. Sotto il profilo dei sistemi di misura particolare importanza hanno assunto: da un lato, l'integrazione di molte funzioni analitiche (es. introduzione e riconoscimento del campione, gestione dei reattivi, gestione e controllo delle reazioni chimiche, gestione dei dati) in un unico strumento e la *front-end automation* (preparazione, gestione, trasporto, conservazione, ricupero, retest del campione); dall'altro, la miniaturizzazione dei sensori, dei componenti meccanici, di trasmissione ed elettronici (microchip). Sotto il profilo della tecnologia digitale sono stati fondamentali i progressi hardware, software e delle periferiche dei computer e la loro integrazione in reti locali (LAN) ed estese (WAN).

Il mutamento organizzativo e prospettico del laboratorio nella realtà mondiale sta determinando radicali cambiamenti all'interno delle strutture e nella professione dei diversi addetti. Le ristrutturazioni, con diminuzione di professionisti e modifica delle competenze richieste, conducono alla diminuzione dei finanziamenti dedicati e ad un nuovo modello automatizzato, integrato e "virtuale" di laboratorio<sup>8</sup>.

I servizi sanitari sono sempre più raramente prestazioni puntuali, cioè conclusi in un unico momento e in un solo luogo, ma diventano invece sempre più di frequente veri e propri processi assistenziali.

Il contesto concreto tipico delle prestazioni sanitarie non è più quello della pratica individuale ma è quello organizzativo a *rete*. Organizzazione a rete nella quale è possibile coniugare i vantaggi della specializzazione e quelli dell'integrazione. Nelle reti operano soggetti autonomi e ognuno risponde direttamente per le attività di cui è responsabile sia a livello di efficacia che di efficienza ed economicità.

La rete consente i seguenti vantaggi:

- rendere disponibili per tutti i soggetti appartenenti

alla rete le conoscenze maturate da qualunque altro soggetto della stessa,

- controllo da parte del laboratorio centrale dei POCT,
- favorire uno spirito collaborativo,
- riduzione dei fenomeni del tipo duplicazione di accertamenti, perdita di informazioni sul paziente, non confrontabilità di parametri di varia natura in quanto all'interno della rete si applicano standard tecnici, modalità operative, linguaggi omogenei.

I dati emersi evidenziano l'esigenza di interventi su più fronti, con un orientamento significativo al contesto organizzativo/gestionale, ad un maggior coinvolgimento di tutti gli operatori nei processi decisionali e alla ricerca di strumenti operativi favorevoli all'integrazione multiprofessionale.

Tutte le specialità della medicina di laboratorio seguono un processo unitario la cui esecuzione procede dall'analisi quali-quantitativa del test, attraverso l'interpretazione fino al contatto diretto o indiretto con il paziente. Lungo questo percorso è sempre più problematico definire rigidi steccati fra i vari professionisti. Riconsiderare il *ruolo*, ridisegnare la *funzione* di ogni singolo professionista declinati dalla capacità di operare insieme, in modo multiprofessionale, rappresentano il *core* del processo di modernizzazione della Medicina di Laboratorio e del servizio sanitario stesso. In modo appropriato, nel marzo 2004, il Royal College of Pathologists (RCPATH) nel documento<sup>9</sup> "The future roles of medical graduates and consultants in pathology services" scrive: "... "13. Un moderno servizio di alta qualità richiede una collaborazione multiprofessionale e multidisciplinare. La partnership tra gruppi professionali è essenziale sia localmente che nazionalmente. I consultant medici sono spesso leader orientati alla clinica di team multiprofessionali nei servizi di patologia..."

Medici, specialisti in materie scientifiche di laboratorio (biologi, chimici,...) e tecnici di laboratorio biomedico, tutti lavorano nel campo dalla medicina di laboratorio ma esercitano professioni differenti.

Alla luce dello scenario normativo, contrattuale e organizzativo aziendale occorre definire brevemente la funzione dei singoli profili professionali da cui far discendere le funzioni operative e considerare le nuove prospettive.

**La funzione del medico di laboratorio** è quella dello "specialista che dotato di una preparazione in medicina clinica associata ad una conoscenza tecnologica concorre alla soluzione dei problemi clinici avvalendosi del potenziale diagnostico di indagini biochimiche, fisiche e biologiche"<sup>10</sup>. Le sue funzioni che ne esplicitano la funzione sono complesse e possono essere differenziate per semplicità in: dirette e indirette. "La funzione di consulenza rappresenta l'attività indiretta, la più difficile da delineare perché si tratta della partecipazione attiva alla cura del paziente". "Le attività dirette sono ovviamente connesse con il

compito di espletare indagini diagnostiche in vitro"<sup>11</sup>. Nell'attività puramente analitica delle diverse specialità della MdL si è ridimensionata la presenza *diretta* del medico a vantaggio del ruolo dello staff non medico, ma nel contempo è aumentata la sua attività basata sui risvolti diagnostico-clinici. Sempre il RCPATH scrive: «15. "L'estensione dei ruoli dello staff non medico nei servizi di patologia non necessariamente riduce il bisogno di medici. I principali benefici sono: - accrescimento delle capacità del servizio; - fornire migliore qualità liberando *tempo medico* per audit; - avanzamento delle conoscenze attraverso ricerche cliniche dirette, sviluppo del servizio e innovazione; - liberare tempo per aggiornamento e formazione". 16."I mutamenti curriculari delle altre figure professionali aumentano, piuttosto che diminuire, la necessità di personale medico qualificato nei laboratori di patologia. I clinici di domani saranno più dipendenti dallo staff medico di laboratorio per la segnalazione delle indagini più appropriate e del significato dei risultati". 19. "I patologi di preparazione medica sono clinici, innanzitutto. La patologia diagnostica è una specialità clinica che richiede conoscenza e comprensione della medicina clinica per l'interpretazione dei campioni diagnostici e dei risultati per raggiungere il miglior outcome per i pazienti..."

#### **La funzione dello specialista in materie scientifiche del laboratorio** (biologo, chimico, ..)

Superati numerosi contenziosi di natura legale, anche ai laureati non medici sono riconosciuti pari diritti e doveri con possibilità di carriera sovrapponibili a quella del profilo professionale medico.

Prendendo a riferimento il *Codice Deontologico della Professione Biologo* approvato dal Consiglio nella seduta del 16 febbraio 1996, in cui all'art. 8 recita testualmente "Il Biologo salvaguarda la sua autonomia nella scelta dei metodi e delle tecniche da utilizzare per la sua attività, ed è perciò responsabile della loro applicazione ed uso, dei risultati e delle valutazioni ed interpretazioni che ne ricava", una definizione della funzione, in campo sanitario, è più problematica. È "uno specialista dotato di una preparazione ad elevata componente tecnologica che collabora per la soluzione di quesiti clinici utilizzando il potenziale diagnostico di indagini biochimiche, fisiche e biologiche". In base alla distinzione delle funzioni proposta dal Prof. A. Burlina, sicuramente i laureati specialisti in materie scientifiche di laboratorio esplicano *attività dirette*, mentre *l'attività indiretta*, i cui contenuti sono specifici della professione medica (diagnosi e cura), con difficoltà è parte costitutiva del proprio corredo formativo.

Tradizionalmente i laureati hanno svolto nel laboratorio attività manageriali, cliniche e, impropriamente, analitiche. Obiettivo futuro è spostarsi dalla fase analitica della grande routine all'interfaccia clinica-laboratorio e, insieme con le altre specificità professionali, alla partecipazione diretta all'attività epidemiologica e clinica.

### La funzione del tecnico di laboratorio biomedico

Le funzioni del tecnico di laboratorio sono definite a partire dal decreto 745/1994, dalla legge 251/2000 e dallo standard formativo specificate dal corso di laurea in Tecniche di laboratorio biomedico e dall'adesione al codice etico internazionale.

I tecnici di laboratorio svolgono attività analitica in stretta collaborazione con il personale laureato o in autonomia nell'ambito di protocolli di lavoro definiti, controllano la corrispondenza delle prestazioni agli indicatori e standard predefiniti (controllo di qualità), controllano e verificano il corretto funzionamento delle apparecchiature utilizzate, provvedendo alla manutenzione ordinaria e alla riparazione minore, partecipano alla programmazione e organizzazione del lavoro, concorrono alla formazione e all'aggiornamento del proprio profilo e del personale di supporto e contribuiscono alla ricerca.

Per il tecnico di laboratorio biomedico, le opportunità che emergono dal cambiamento operativo ed organizzativo dei laboratori determinano una riduzione nel loro numero complessivo e la ridefinizione delle competenze, favorendo "una crescita professionale completa". La diffusione dei sistemi di preanalitica e il consolidamento/integrazione delle isole di automazione richiede personale dotato di maggiori conoscenze di base e di capacità informatiche, sensibile ai problemi organizzativi e gestionali. La diffusione dei POCT se da un lato determina la riduzione del numero dei tecnici, dall'altro richiede la loro conversione a controllori di processi, con aumento delle conoscenze della fase preanalitica, della comparabilità strumentale e dei sistemi informatici. Lo sviluppo della nuova tecnologia (metodi e strumenti) richiede tecnici con elevate capacità, in grado di mutare le proprie abilità con la maturazione della tecnologia. A tutti è attribuito il compito di essere garanti della fase analitica, del suo controllo e dei suoi risultati e per quelli incaricati di coordinamento (di isola, di funzione, dei POCT, del LIS, del controllo di gestione, di unità operativa, di dipartimento) il compito di controllori organizzativi e gestionali dei processi. Per tutti si apre la necessità dell'aumento delle competenze comunicative e di relazione con gli altri attori professionali del mutamento della sanità. Nonostante la parificazione tra i "nuovi" ed i "vecchi" tecnici (D.M. 27.07.2000 - Tabella di equipollenza), tutto questo processo di modernizzazione apre opportunità ma anche nuove criticità. Le criticità sono: la necessità continua del cambiamento nel lavoro e le componenti psicologiche che vi si accompagnano; il peso di essere "professionista" con le responsabilità nell'esecuzione delle funzioni, nel raggiungimento degli obiettivi, nel rispetto della deontologia professionale, nella formazione continua passiva e attiva; la possibile frammentazione della categoria tra chi reggerà la sfida del cambiamento e chi no. Il ruolo del Dirigente Sanitario del Servizio Tecnico, inteso come momento di *governo*

del gruppo professionale, assume non solo la funzione di monitorare la qualità delle prestazioni erogate dai singoli operatori ma di motivarli ad essere di supporto e completamento ai dirigenti organizzativi a formulare obiettivi gestionali concreti e raggiungibili e a conseguire di conseguenza i risultati negoziati con la direzione aziendale.

### Conclusioni

La situazione attuale, rappresenta un forte stimolo per i professionisti, per ripensare al modo di lavorare e per cercare nuove vie che portino ad ottimizzare i processi e le relazioni fra i vari professionisti.

La sfida sarà non il livellamento delle differenze professionali ma la loro esaltazione per garantire al paziente un percorso sanitario-assistenziale personalizzato continuo.

Non si tratta di creare un dualismo tra medico e/o laureati non medici e/o tecnico sanitario in merito al comando o all'esclusività delle risorse, ma di realizzare una reale collaborazione e condivisione di specifiche conoscenze finalizzate ad una maggiore efficienza nell'uso delle risorse assistenziali rispetto ai processi di produzione dell'unità organizzativa.

Per evitare di trovarci in uno stagno, occorre fare uno sforzo, per definire ruoli e competenze in un sistema che si va modernizzando e che vede quindi una sempre maggiore complessità sia nelle funzioni di chi deve gestire/organizzare e chi deve spiegare funzioni più prettamente professionali.

È utile superare i sistemi di divisione del lavoro *a tenuta stagna* e procedere verso una gestione che, pur riconoscendo le competenze distintive dei singoli gruppi professionali, renda esplicita la necessità di un'integrazione reale, su aree d'intersezione e sovrapposizione riconosciute come tale da tutti i gruppi professionali che vi operano, apportando ciascuno le proprie capacità, in vista di obiettivi comuni.

Esistono quindi le condizioni per la ricerca di strumenti innovativi che:

consentano il recupero della spinta motivazionale del personale attraverso il riconoscimento delle professionalità e la valorizzazione dei risultati, rendano possibili, allo stesso tempo, una maggiore razionalizzazione e flessibilità dell'organizzazione del lavoro all'interno della struttura, ricreino le condizioni culturali, scientifiche, formative e professionali per superare la progressiva desertificazione professionale della MdL e la crisi d'identità dei medici di laboratorio che "lavorano principalmente all'interfaccia tra il laboratorio e i pazienti ed i clinici che li hanno in cura e hanno ruoli strategici con la principale responsabilità per l'efficacia e il governo clinico".

Sicuramente questo importante processo di *Modernizzazione della Medicina di Laboratorio*, non solo organizzativo ma anche culturale, richiederà, per es-

sere affrontato, un coinvolgimento di tutti gli operatori ad una *nuova alleanza*, ciascuno secondo la propria competenza e responsabilità, che affianchi ad una tradizionale direzione per obiettivi una vera e propria direzione per **VALORI** all'interno di una politica sanitaria della qualità totale.

### Bibliografia

1. Falcitelli N., Trabucchi.M., Vasara F. Rapporto Sanità 2000: l'ospedale del futuro. Bologna: Il Mulino. 2000.
2. Ruta C. Sanità e management. Milano: ETASLIBRI. 1994.
3. Del Pietro C. Autonomia Professionale, professioni sanitarie codificate e gestione del personale. Mecosan 2003; 48:7-35.
4. Zuffada E. Il ruolo dei quadri intermedi delle professioni sanitarie nel processo di aziendalizzazione. Alcune evidenze empiriche. Mecosan 1999; 32:9-32.
5. Pessina E, Cantù E. L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2002. Milano: EGEEA. 2002.
6. <http://www.ministerosalute.it/professioni/> (accesso 23/8/2004).
7. <http://www.miur.it/documents/> (accesso 23/8/2004).
8. Cappelletti P. Preparando Modena. Cos'è e dove va la Medicina di Laboratorio. RML JML 2004; 3:183-7.
9. The Royal College of Pathologists. The future roles of medical graduates and consultants in pathology service. <http://www.repath.org> (accesso 3/7/2004).
10. Burlina A. Le funzioni del medico di laboratorio: l'attività di consulenza. Progr Med Lab 1988; 3:175-6.
11. Burlina A. Le funzioni del medico di laboratorio: le attività dirette. Progr Med Lab 1988; 4:249-50.