

Il governo clinico dei laboratori

M. Pradella

Le premesse culturali dell'autorità e della professione

I contributi di Francesco Carmignoto (1), Giovanni Bonadonna (2) e Davide Giavarina (3) che compaiono negli ultimi due numeri di questa rivista sono estremamente interessanti e sorprendentemente attuali.

Da una parte, Carmignoto propone la figura di un primario che supera la concezione tradizionale del "medico più bravo", del "Professore". Il vecchio primario era non raramente un soggetto in competizione con i suoi stessi collaboratori, tanto da usare nei loro confronti, nei casi estremi, alcune strategie tristemente note: il sequestro delle informazioni, l'accentramento delle decisioni, la mortificazione professionale.

Secondo Carmignoto, la struttura complessa di un laboratorio ha invece bisogno di un oculato gestore delle risorse economiche ("manager"), di un facilitatore dello sviluppo umano e professionale ("leader") riconosciuto ed accettato dall'intero staff, accanto ad un professionista di alto livello, pronto a sottoporre sé stesso e la propria struttura a tutte le verifiche necessarie (anche a quelle non necessarie, volontarie).

La situazione ideale sarebbe che queste caratteristiche si trovassero riunite nella stessa persona: ciò permetterebbe di non sconvolgere la tradizionale architettura del reparto ospedaliero disegnata dal DPR 128/69 e dal DPR 761/79, ripresa con alcune modificazioni dal d.lgs 502-517/93 anche dopo l'aggiornamento del d.lgs 229/99..

Giavarina espone invece una visione del tutto opposta, che individua nella "autorità diffusa" un motore per il progresso della struttura intera. Nell'intervento di Giavarina il modello organizzativo centralista sarebbe in parte causa di una serie di situazioni negative (involuzione della disciplina, carenza di vocazioni etc..).

Bonadonna infine individua nella valorizzazione delle funzioni cliniche la motivazione per dare nuovo vigore alla figura del medico di laboratorio.

Staffing, consolidamento, modernizzazione e "tagli"

Nel frattempo la realtà evolve per suo conto. La comunità internazionale della medicina di laboratorio sta da tempo affrontando abbastanza seriamente l'ultima crisi dello "staffing", che deriva in parte dalla caduta delle vocazioni e dalle difficoltà del sistema formativo (drammatica ad esempio la situazione dei tecnici negli USA), in parte dalla facilità, forse eccessiva, con cui le manovre di "stretta creditizia" nei confronti delle strutture sanitarie si rivolgono ai laboratori, nonostante l'esiguità delle risorse impegnate e del beneficio atteso da ipotetici "tagli". Bisogna dire che il fenomeno proprio non è nuovo, dato che si ripete ciclicamente dagli anni '60 (4).

Negli USA e in Gran Bretagna il consolidamento di più strutture in una sola o in reti ha effetti sconvolgenti sulle persone, sulle loro attività, sulla formazione, sulle carriere (5-9). Il consolidamento fa largo uso delle tecnologie di automazione ed informatiche, della telemedicina e delle moderne tecniche di organizzazione aziendale, con responsabilizzazione degli operatori e orientamento all'utenza (qualità globale) (10,11). Negli USA la sanità ha strutture private o comunque indipendenti, solo in parte rimborsate dallo Stato (12).

In Gran Bretagna, invece, lo stesso obiettivo viene perseguito mediante la pianificazione ministeriale, poiché le strutture sono in prevalenza ancora dello stato. La "modernizzazione dei laboratori" (*pathology modernization*) sta venendo realizzata mediante un concorso di idee degli stessi operatori e si rivolge anche in questo caso all'automazione, all'informatica, alla telemedicina, alla qualità dell'organizzazione (13).

In particolare, la microbiologia prevede di fare meno laboratorio da banco e più controllo delle infezioni (14), mentre la preoccupazione dei biochimici è soprattutto rivolta al rischio di "generalizzare" le competenze, di creare strutture in cui "tutti sappiano poco di tutto" (15) e in cui la pressione sugli operatori salga oltre i livelli di guardia (16).

Per la virologia, si prevedono laboratori di diverso livello, alcuni presidiati dallo specialista a tempo pieno, altri no (17).

In Italia la regione Veneto con il progetto n.3/CR ha ipotizzato interventi molto pesanti sulla struttura ospedaliera ed in particolare sui servizi di laboratorio (18). Se pochi anni fa avevamo in regione più di 70 unità operative autonome, con rispettivo primario, già ora sono meno di 40 ed al termine dell'operazione prevista dalla 3/CR dovrebbero essere meno di 25.

Governo clinico e management diffuso

In questo contesto come possiamo leggere le elaborazioni culturali di Carmignoto, Bonadonna e Giavarina, nonché le forti reazioni che ci pervengono in modo informale soprattutto dai colleghi di questa area geografica?

L'istanza di Giavarina è molto stimolante, persino affascinante: corrisponde forse a quella esigenza di distribuzione della responsabilità che troviamo all'interno dei sistemi qualità (sia secondo gli standard ISO che quelli dell'accreditamento professionale volontario, stile CAP o CPA) nonché persino nella recente evoluzione normativa della pubblica amministrazione italiana (19). Ogni medico sogna autonomia dal proprio direttore di unità operativa, proprio come ogni primario vorrebbe essere considerato dal proprio Direttore generale come un piccolo imprenditore, teoria ripresa persino dalle più accreditate scuole di pensiero aziendalista (20).

Basterebbe forse anche meno: che il controllo di gestione, ad esempio, seguisse un modello ispirato a criteri di reciproca fiducia e autonomia professionale (modello "negoziale") allontanandosi da quello in cui il vertice è onnisciente e verifica unicamente il rispetto di regole e procedure (modello "burocratico") (21).

Va notato però che il decentramento delle responsabilità di risultato (management diffuso) previsto già anche dalla normativa italiana non scalfisce minimamente la gerarchia delle aziende sanitarie, che vede come unica competenza gestionale quella del Direttore generale. Gli standard per l'accreditamento e per la certificazione (fino al recente EN ISO 15189 (22)) si preoccupano fundamentalmente di legare la responsabilità di ciascun operatore con quella della direzione del servizio e questa con quella del "top management" aziendale.

Le norme di legge purtroppo non ci aiutano molto, anzi. Le acrobazie sui "ruoli" e sui "livelli", sulle "strutture" complesse, un po' meno complesse, semplici e semplicissime sembrano fatte apposta perché ciascuno trovi il comma, subcomma o frase adatta alla propria visione del mondo. Visioni che poi precipitano pesantemente nella realtà quando il giudice prende in mano i singoli casi concreti e attribuisce al direttore del servizio (ex primario) responsabilità che superano abbondantemente quelle semplicemen-

te professionali individuali, estendendosi a quelle professionali dell'équipe (23) e a quelle contabili per danno patrimoniale allo stato (24).

Il primariato ha avuto forse alcune degenerazioni, ma è difficile sostenere un nesso causale tra queste e la depressione formativa e professionale in cui è caduta la nostra disciplina in Italia. Le cause evidenti sono altre, a mio avviso: possono essere riconosciute in precise caratteristiche delle scuole di formazione di base e specialistica, nonché nell'azione scellerata di lobbies corporative con effetti sul legislatore e sui tribunali della Repubblica che più volte abbiamo denunciato (25, 26).

Esperienza e accademia insegnano che gruppi numerosi e complessi come gli staff dei laboratori richiedono una forma di "governo" che non può rinunciare all'individuazione del vertice di una piramide. Nei gruppi non governati prevalgono gli individualismi, si sviluppano conflitti interni e l'attività può essere paralizzata dai veti incrociati e dagli individui "difficili" (27).

È verissimo peraltro che l'autorità non può essere esercitata in modo violento ed acritico, ma dovrebbe avere positive caratteristiche di competenza manageriale aziendalistica, livello culturale e professionale elevato e tensione alla qualità, simili a quelle auspiccate da Carmignoto.

Soluzioni: rete, informatica e formazione?

I fenomeni sopra descritti del consolidamento, della modernizzazione e dei "tagli" propongono però imperiosamente un'altra dimensione del problema: quante dovrebbero essere le strutture, quanti i rispettivi responsabili?

La citata manovra della regione Veneto ha tre caposaldi: l'inserimento delle Unità operative in Dipartimenti, la telemedicina (particolarmente per laboratorio, trasfusione e radiologia) ed il riferimento alla provincia come ambito territoriale.

In un futuro abbastanza prossimo vedremo allora uno scenario finora appena accennato, per puro caso, in qualche singola Azienda. Strutture di laboratorio con personale dipendente, difficilmente mobilizzabile, con importanti vuoti di organico e soprattutto senza apicalità, in particolare senza apicalità medica. In alcuni casi troveremo figure di supplenza, provenienti da altre discipline (per esempio la medicina trasfusionale, pesantemente interessata dalla 3/CR), collocate nei posti vacanti di direttore. Troveremo altresì, per effetto di questi ad altri fenomeni, strutture private in crescita, così come cresceranno le attività alternative come i *point-of-care*.

D'altro canto, la sterilità delle scuole di specializzazione non consentirà di coprire facilmente i posti liberi, con la conseguenza di accentuare la spinta alla genericizzazione delle competenze, per consentire la sostituzione incrociata di tutti con tutti, in tutti i turni e tutte le mansioni.

Insomma, un quadro ben difficile. Cosa propone allora la medicina di laboratorio?

Non possiamo ripetere ora le lamentele e le scontate profezie riguardo alle carenze del sistema formativo. Va individuata subito una soluzione che con le risorse presenti, anzi con quelle che le Regioni vogliono concedere e nella situazione che le Regioni vogliono configurare, renda minimo il danno agli utenti del servizio.

Forse alcuni strumenti possono essere trovati proprio nella normativa che sta venendo avanti, come la 3/CR. Telemedicina, automazione ed informatica, con riferimento territoriale a base provinciale, possono essere utili. La crescita culturale e professionale dei tecnici di laboratorio consentirà loro margini di autonomia impensabili fino a non molto tempo fa. Le forze mediche e quelle ad alta professionalità scientifica (biologi e chimici) dovranno allora essere concentrate per occuparsi di problemi adeguati al loro specifico livello formativo, non disperse sul territorio a seguire attività di medio, basso e bassissimo profilo.

La managerialità dell'apicale dovrà essere un vero "governo clinico", molto più autonoma di adesso rispetto alle strutture amministrative delle Aziende sanitarie, ma distribuita e persino condivisa con figure di coordinatori tecnici distribuiti nelle sedi periferiche. La competenza clinica dell'apicale dovrà essere adeguatamente utilizzata per guidare la vicina la competenza clinica dei suoi collaboratori medici, da cui nel contempo ci aspettiamo una sorta di "blindatura del camice bianco" che ricorda molto quanto viene auspicato da Bonadonna. La competenza professionale di biologi e chimici, infine, dovrà essere utilizzata sulle strumentazioni di livello adeguato alla loro qualifica e sulle casistiche con la numerosità richiesta dal costo della loro preparazione e dalla dignità della loro professione.

Nelle singole sedi la struttura di laboratorio ed il personale tecnico dovranno obbligatoriamente essere compresi in Dipartimenti strutturali, diretti da apicali di discipline anche molto diverse: lo stabilisce la legge. Ma almeno a livello provinciale il riferimento clinico e clinico-organizzativo dovrebbe essere un medico specialista in medicina di laboratorio, sul modello di quanto già oggi previsto per la medicina trasfusionale.

Per realizzare questo modello di "modernizzazione" non potremo ignorare il percorso già seguito in America e nel Regno Unito: potenziare di un paio di ordini di grandezza l'informatizzazione e la formazione del personale tecnico (28), adeguare l'automazione ed i servizi logistici al livello necessario. I medici della struttura centrale dovranno proiettarsi sulle strutture periferiche e, perché no, su quelle private, fornendo loro e soprattutto ai loro utenti le prestazioni e la consulenza di cui hanno bisogno.

Il "governo clinico" è una cosa che i laboratori conoscono molto bene. Non ci si dovrà meravigliare se realizzandolo dovessero emergere tensioni tra sanitari e amministratori della sanità, come già accaduto altrove (29).

Credo che se la medicina di laboratorio proponesse qualcosa di simile farebbe un buon servizio alla società, alla medicina ed ai Pazienti.

Bibliografia

1. Carmignoto F. Manager, Leader e Garante della Qualità. Riv Med Lab 2001;2: 65-70.
2. Bonadonna G. Verso un ruolo maggiormente clinico del medico di laboratorio? Riv Med Lab 2001;2: 71-2.
3. Giavarina D. Futuro professionale nella Medicina di Laboratorio: il ruolo dei dirigenti. Riv Med Lab 2001;2: 77-8.
4. Lathe GH, Mitchell FL. Staffing of clinical biochemistry laboratories serving the National Health Service. Lancet. 1966;1:1413-5.
5. Gausewitz PL. Organizing hospital laboratories for efficiency and quality. In Lincoln TL (Ed). Rethinking the clinical laboratory. Philadelphia: WB Saunders, 1999; 337-50.
6. Cartwright K, Lewis D, Roberts C, Bint A, Nichols T, Warburton F. Workload and stress in consultant medical microbiologists and virologists: a questionnaire survey. J Clin Pathol 2002;55:200-5.
7. Monahan C. Surviving staff reductions. Clinical Leadership & Management Review 2001;15:130-2.
8. Jones H. Rebuilding morale after downsizing. Clinical Leadership & Management Review 2001;15:92-6.
9. Counts JM. Washington clinical laboratory initiative: a vision for collaboration and strategic planning for an integrated laboratory system. Clinical Leadership & Management Review 2001;15:97-9.
10. Aller RD. Creating Integrated regional laboratory networks. In Lincoln TL (Ed). Rethinking the clinical laboratory. Philadelphia: WB Saunders, 1999; 337-50. 299-316.
11. Lincoln TL. Re-engineering the clinical laboratory: an overview. In Lincoln TL (Ed). Rethinking the clinical laboratory. Philadelphia: WB Saunders, 1999; 337-50. 299-316.
12. Simpson PS, Clark EE. Hospital and commercial laboratories form ends of an expanding spectrum. Lab Med 2001;32:584-7.
13. Lilleyman J. The future of pathology in the UK: modernization or rationalization? Hosp Med. 2001 Jan;62(1):6-7.
14. Van Eldere J. Models for change in clinical microbiology. Clin Microb Infect 2000;6:445-8.
15. Hallworth M. A case for change: a human resource strategy. ACB News.
16. Cartwright K, Lewis D, Roberts C, Bint A, Nichols T, Warburton F. Workload and stress in consultant medical microbiologists and virologists: a questionnaire survey. J Clin Pathol 2002;55:200-5.
17. Madeley CR. The future of diagnostic virology, part 2: staffing the service. Clin Microb Infect 2000;6:342-7.
18. Regione del Veneto. Progetto di delibera n. 3/CR. LR 3.2.1996 n. 5 art. 14 - Modifiche delle schede di dotazione ospedaliera di cui alla LR 39/1993, in attuazione del DL 18.09.01 n.347, convertito nella L. 16.11.01 n. 405.

19. Caravita A, Zanotti ML. La semplificazione e la partecipazione nell'attività amministrativa del settore sanitario: la semplificazione delle procedure. *Sanità Pubblica* 2000;20:773-99.
20. Baraldi. Addio budget. *Sanità & Management* 2001; 8/9: 21-4.
21. Mantovani E, Pivrotto C. Le innovazioni introdotte nel controllo di gestione delle aziende sanitarie alla luce del decreto legislativo n. 286/99 e nella prospettiva del federalismo. Le esperienze della regione Emilia Romagna e della regione Veneto. *Sanità Pubblica* 2002;22:49-78.
22. ISO/TC 212 – CEN TC 140. Medical laboratories – Particular requirements for quality and competence. prEN ISO/DIS 15189.2. Geneva: ISO 2002.
23. Cass. Pen. Sez IV, 7 dicembre 1999-1 febbraio 2000, n.1126. *Sanità Pubblica* 2001;21:282.
24. Ferlini M. Profili di responsabilità e tutela assicurativa nella sanità pubblica. *Sanità Pubblica* 2001;21:783.
25. Pradella M. Specializzarsi in medicina di laboratorio. *Med Lab* 1995;3:201-5.
26. Pradella M. La medicina di laboratorio in Italia tra leggi, decreti e sentenze. *Med Lab* 1996;4:103-4.
27. Umiker WO. The empowered laboratory team. A survival kit for supervisors, team leaders, and team professionals. Chicago:ASCP 1996.
28. Miller WG. The changing role of the medical technologist from technologist to information specialist. *Clin Leadersh Manag Rev* 2000 Nov-Dec;14(6):285-8.
29. Crook M. Clinical governance and pathology. *J Clin Pathol* 2002;55:177-9.