

## Dal mansionario alla professione: responsabilità della professione tecnica alla luce dell'evoluzione normativa

**T. Venezian**

*Istituti Ortopedici Rizzoli, Bologna*

### **Evoluzione giuridica**

La prima normativa che, in Italia, ha influito in modo rilevante nell'evoluzione professionale del tecnico sanitario di laboratorio biomedico (TSLB) è il DM 30/1/82 n° 10, "Normativa concorsuale del personale del SSN". Tale provvedimento imponeva un diploma di durata almeno biennale, svolto in presidi del Sistema Sanitario Nazionale o in scuole speciali universitarie; prevedeva inoltre la possibilità, anche per i TSLB, di concorrere per posti di operatore dirigente.

Con tale provvedimento si tentava di mettere ordine alla giungla di scuole che esistevano per le professioni sanitarie, caratterizzate da requisiti di accesso e programmi didattici estremamente differenziati nello stesso contesto nazionale.

Prima si diventava TSLB senza diploma di scuola superiore; si potevano frequentare corsi di 6 mesi, magari finalizzati ad un'unica specialità, nonostante la polivalenza del titolo. Molteplici erano gli istituti superiori professionali che assicuravano diplomi di TSLB dalle più variegate denominazioni.

Di fatto, tale legge ha subito tentativi, pesantemente contrastati dalle associazioni professionali, di essere vanificata con circolari che ne stravolgevano i contenuti e consentivano nuovamente l'accesso ai concorsi anche a tecnici che avevano solo un diploma di maturità professionale o nemmeno quello.

La possibilità di partecipare ai concorsi per dirigente era solo teorica, in quanto mancavano per i TSLB, contrariamente agli infermieri professionali, quelle scuole specifiche che davano un titolo utile a concorrere.

Altra necessità era rappresentata dall'omogeneizzazione dei programmi didattici delle scuole.

L'impegno dei collegi e delle associazioni professionali anche su tale fronte, ha portato, 8 anni dopo, alla conquista dell'uniformità del percorso formativo e del suo ingresso in ambito universitario, con la legge 341/90, "Riforma degli ordinamenti didattici universitari".

Anche questa conquista giuridica ha trovato per anni

l'ostacolo della coesistenza di scuole "anomale" che spacciavano i propri diplomi come abilitanti all'esercizio della professione di TSLB, aiutate dal permanere di assunzioni "anomale", con l'accesso ai concorsi anche a chi non possedeva i requisiti richiesti. In particolare, laureati di altre discipline, con la "scusa" di una presunta attinenza professionale, in realtà per dar sfogo alla pletora di laureati.

Due anni più tardi, nel 1992, il DLgs n° 502, all'art. 6, prevede l'individuazione di nuove figure professionali relativamente alle aree del personale sanitario infermieristico, tecnico e della riabilitazione; è la premessa all'istituzione dei profili professionali, che giunge nel 1994 con l'individuazione di 22 figure, con relativi profili che ne definiscono il campo di attività e di responsabilità.

Il DM n° 745/94 stabilisce quali sono le attività del TSLB e sancisce la sua responsabilità e autonomia in quest'ambito.

Per il vero salto di qualità dobbiamo aspettare ancora 5 anni: è la legge n° 42 del 26.02.99, "Disposizioni in materia di professioni sanitarie", che decreta il definitivo superamento del concetto di "professione sanitaria ausiliaria", sostituendolo con "professione sanitaria", il cui campo proprio di attività e responsabilità è determinato dai contenuti dei decreti ministeriali istitutivi dei relativi profili professionali e degli ordinamenti didattici dei rispettivi corsi di DU e di formazione post - base, nonché degli specifici codici deontologici: in sintesi, si tratta del definitivo superamento dei vecchi mansionari, e l'acquisizione di fatto del concetto più evoluto di "professione", con un preciso ambito autonomo di competenza.

Ciò che ci rende "professionisti", abilitandoci a svolgere funzioni normate dal relativo profilo professionale ed implicitamente dai contenuti etici del codice deontologico, è quindi il percorso formativo universitario specifico.

Da un percorso formativo eterogeneo, da un mansionario indefinito che non corrispondeva assolutamente al più elevato ruolo professionale esercitato di fatto, dalla mancanza di un'identità giuridica e da un

sistema sanitario che disincentivava il decentramento delle responsabilità e la progettualità individuale, si è passati ad un'omogeneizzazione del percorso di studio; si è giunti a regolamenti e norme che delimitano più o meno efficacemente, a seconda delle professioni considerate, le sfere di competenza ed autonomia.

I principi della qualità e le regole dell'accreditamento istituzionale, impongono di assumere personale con i requisiti previsti dalle normative e dal percorso formativo specifico.

La definizione giuridica della professione dovrebbe impedire che altre figure professionali occupino spazi occupazionali propri dei TSLB.

Le ambiguità in ambito concorsuale dovrebbero essere risolte dal Decreto del Ministero della Sanità del 27.7.2000, "Equipollenza di diplomi e attestati al diploma universitario di tecnico sanitario di laboratorio biomedico ai fini dell'esercizio professionale e dell'accesso alla formazione post-base".

L'istituzione delle lauree e delle lauree specialistiche, con definizione dei percorsi didattici, unitamente alla legge 251/2000 che apre la strada della dirigenza, rappresentano l'ultimo importante passo evolutivo per tutte le professioni sanitarie. Il prossimo "appuntamento" giuridico è rappresentato dall'istituzione dell'Ordine professionale. Passi avanti quasi inimmaginabili nel nostro Paese, negli anni '70-80.

### **Evoluzione professionale**

L'evoluzione sociale, in particolare nel mondo del lavoro, anticipa sempre l'adeguamento legislativo.

Nel mondo sanitario sono intervenute trasformazioni profonde, dovute in gran parte al progresso scientifico e tecnologico, ed alla conseguente maggiore complessità del processo di prevenzione, diagnosi, cura e monitoraggio delle terapie, riabilitazione e ricerca.

Si è affermato con forza il principio della complementarietà delle diverse professioni sanitarie necessarie alla concretizzazione di questo processo, finalizzato al soddisfacimento dei bisogni dell'utente e non agli interessi di questa o quella categoria professionale dotata di "peso politico e/o sindacale".

La soppressione del termine "arte ausiliaria" ha dimostrato la volontà del legislatore di non considerare più le professioni sanitarie non mediche come subordinate o secondarie alla professione dei dirigenti medici, biologi o altro, ma di far loro assumere pari dignità e consapevolezza del ruolo.

La stessa organizzazione dei laboratori è divenuta ormai tale che il TSLB occupa uno spazio non più sovrapponibile o delegabile ad altre figure, possedendo conoscenze e abilità esclusive, conferite dal percorso formativo specifico.

Il presidio della professionalità diventa cruciale nelle organizzazioni nelle quali il mondo scientifico e tecnologico, direttamente collegato alle professiona-

lità presenti, è in continuo sviluppo e cambiamento, spesso radicale. Il cambiamento tumultuoso infatti, può causare la sparizione di professionalità che si credevano consolidate, per far posto a professionalità nuove, con modelli organizzativi diversi, competenze peculiari. Ecco quindi che le professioni come quella dei TSLB, sottoposte a rapidi sviluppi scientifici e tecnologici, trovano nella formazione, nell'aggiornamento e nella capacità di rapido adeguamento, strumenti indispensabili per evitare "l'obsolescenza professionale".

Se in alcuni contesti, la stabilità dei bisogni dell'utenza può costituire un fattore di stabilizzazione anche per il bene professionalità, nelle organizzazioni soggette a mutazioni quali-quantitative delle domande/bisogni, la gestione del bene professionalità diventa un processo indispensabile.

I servizi sanitari poi, caratterizzati da un rapporto bidirezionale fornitore-cliente, e impegnati in molteplici fronti quali prevenzione, diagnosi, monitoraggio terapeutico, ricerca, non consentono mai di standardizzare una volta per tutte il processo di erogazione del servizio.

In tali organizzazioni, è illusorio pensare di accentrare eccessivamente la discrezionalità decisionale. Al contrario, la discrezionalità dovrebbe essere decentrata fino a bassi livelli della scala gerarchica. E' ovvio pensare che in tale contesto sia importante la professionalità gestionale e che non sia possibile delegare ad altri quella che appartiene al proprio ambito specifico.

### **Autonomia e responsabilità**

La naturale conseguenza dell'abrogazione del mansionario è lo sviluppo di una nuova dimensione della professione, autonoma e responsabile nella sua individualità e nel suo esercizio.

Oggi è venuta meno l'equivalenza tra atto medico e atto sanitario; i singoli ruoli professionali e le funzioni del medico e dell'operatore sanitario non medico non sono più precostituite in modo rigido, come avveniva fino a poco tempo fa, ma dipendono da fattori evolutivi, legati soprattutto all'evoluzione delle conoscenze necessarie per compiere determinati atti.

Oggi il professionista sanitario deve avere la consapevolezza che dovrà necessariamente confrontarsi con una nuova concezione della responsabilità, con una visione più ampia rispetto a quella a cui si era abituato per decenni.

In senso lato, la responsabilità è l'obbligo di rispondere delle proprie azioni (r. diretta) o di quelle di altri (r. indiretta).

In diritto, la responsabilità è la conseguenza di un atto contrario alla legge, che comporta il dovere di sottostare alla sanzione prevista per tale violazione dell'ordinamento giuridico.

Responsabilità va intesa anche come libertà di agire

secondo la propria volontà e la propria ragione: chi non può agire liberamente non può essere ritenuto responsabile. Né possiamo scordare che ogni individuo ha degli obblighi verso la società, per cui ha delle responsabilità.

#### *Differenti tipologie di responsabilità*

*Contrattuale:* se esiste un obbligo tra le parti, specificato da contratto esplicito o implicito.

*Extracontrattuale:* violazione del dovere generico di non ledere alcuno, incombente su tutti.

*Obbligazione (responsabilità) di mezzi:* obbligo, per un professionista, di garantire la corretta esecuzione di una prestazione secondo criteri di diligenza, prudenza e perizia commisurata allo stato dell'arte, indipendentemente dal risultato ottenuto, soprattutto se si tratta di prestazioni di particolare complessità comportanti un alto indice di insuccesso (esempio, mancata guarigione del paziente).

*Obbligazione di risultato:* obbligo di garantire il risultato finale di una prestazione. Tipica responsabilità contrattuale raramente riscontrabile in Sanità (un chirurgo estetico che promette risultati che non ottiene, potrebbe dover rispondere di obbligazione di risultato).

*Responsabilità civile:* obbligo di chi, per legge, deve rispondere di un'azione che ha causato un danno ingiusto a persona o cosa, con presupposto danno economico da risarcire.

*Responsabilità penale:* violare, con azione o omissione, una norma prevista dal codice penale, con conseguente sanzione penale, reclusione e/o ammenda. E' strettamente personale e compete solo alla persona materialmente autrice del fatto.

*Responsabilità amministrativa:* lesione di interessi pubblici dello Stato o di Ente pubblico per inosservanza di norme o regolamenti relativi al normale espletamento ed al buon andamento dell'attività amministrativa.

*Responsabilità disciplinare:* violazione dei doveri del pubblico dipendente, con conseguenti azioni disciplinari da parte dell'amministrazione interessata, come previsto dal CCNL.

*Responsabilità deontologica:* violazione della dignità professionale e del codice etico, che può comportare sanzioni disciplinari da parte dell'ordine o collegio d'appartenenza, compresa la sospensione dell'esercizio professionale o la radiazione dall'albo (richiamata anche dall'art. 8 della legge 502/517).

E' interessante notare come sia attualmente rilevante il peso giuridico della responsabilità deontologica. Del resto, ai sensi della legge 42/99, un professionista sanitario è tale non solo per curriculum formativo e profilo professionale, ma anche per specifico codice deontologico.

I diversi tipi di responsabilità non solo non si escludono a vicenda ma spesso concorrono nello stesso soggetto autore di un illecito. Soprattutto, la responsabilità professionale "obbliga" il professionista nei confronti di chi si avvale delle sue prestazioni.

#### *Cause di colpa professionale*

*Imperizia:* insufficiente preparazione, mancata conoscenza di nozioni fondamentali e incapacità di applicare gli aggiornamenti consolidati dalla prassi.

*Imprudenza:* comportamento contrastante con le norme di sicurezza che l'esperienza impone nella valutazione del bilancio fra rischi e benefici derivanti dalla propria azione.

*Negligenza:* comportamento non diligente, distratto o disattento, non scusabile, che denota superficialità, trascuratezza, mancanza di senso del dovere e insensibilità ai problemi dell'utente.

#### *Quali obblighi per un professionista*

Sulla base della normativa vigente, gli obblighi di un TSLB, ma anche di qualsiasi altro professionista sanitario, al fine di prevedere ed evitare situazioni che potrebbero dar luogo a responsabilità sono:

- obbligo di informarsi (per non incorrere in condotta imperita). L'obbligo di "sapere" è sia etico che giuridico. Non si può più dire "io non lo sapevo". Nel caso dell'attività sanitaria, all'interno dell'obbligo di sapere e di conoscere, rientra l'obbligo di conoscere le leggi, i regolamenti, gli ordini di servizio ed i protocolli;
- obbligo di agire con cautela al fine di evitare o ridurre pericoli (per non incorrere in condotta imprudente);
- obbligo di astenersi completamente dall'agire (per evitare rischi incontrollabili, imprudenti e negligenzi).

#### *Conseguenze di una colpa professionale*

La responsabilità relativa a negligenza o imprudenza di un operatore sanitario, deve essere valutata secondo i normali criteri previsti dalla giurisprudenza, con la conseguenza di ritenere rilevante anche la colpa lieve (art. 1176 c.c.).

In caso di imperizia, devono essere adottati criteri meno rigorosi, essendo la condotta colposa del sanitario circoscritta all'ipotesi di colpa grave, che si verifica quando il comportamento dell'operatore è incompatibile con il livello minimo di cultura ed esperienza indispensabili per l'esercizio professionale.

I criteri di valutazione della colpa possono modificarsi nel tempo: ad esempio, il miglioramento continuo del livello tecnologico in Sanità, può orientare la magistratura a considerare colpa grave fatti che in passato, con strumenti meno raffinati a disposizione, erano classificati come colpa lieve. Inoltre, se in passato le professioni sanitarie rispondevano esclusivamente di obbligazione di mezzi, la tendenza più recente è accertare se esiste un'inadempienza anche verso l'obbligazione di risultato.

Quando un tecnico commette un atto illecito, cioè viola una norma, dal quale può derivare responsabilità civile, penale, amministrativa o disciplinare, ci può essere:

- denuncia in ambito penale, per la quale il GIP (Giudice per le Indagini preliminari) emette un av-

viso di garanzia verso i potenziali imputati, per avvertirli che sono in corso indagini nei loro confronti, in riferimento ad un determinato reato previsto dal codice penale. Acquisiti elementi ritenuti sufficienti, il GIP può archiviare il caso o chiamare in giudizio gli interessati;

- atto di citazione, in ambito civile, che obbliga a presentarsi in tribunale alla data fissata per contestare gli addebiti volti ad una richiesta di risarcimento danni;
- contestazione formale di un addebito da parte del Dirigente responsabile del servizio, in ambito disciplinare, in seguito alla quale può instaurarsi un procedimento che si svolgerà secondo il regolamento interno aziendale di disciplina. Tale procedimento porterà all'assoluzione del dipendente o ad una sanzione disciplinare a severità variabile secondo l'addebito.

L'art. 28 della Costituzione recita: "I funzionari e i dipendenti dello Stato e degli Enti pubblici, sono direttamente responsabili, secondo le leggi penali, civili ed amministrative, degli atti compiuti in violazione di diritti. In tali casi la responsabilità civile si estende allo Stato ed agli Enti pubblici".

Su questa base, quindi, un tecnico che ha causato danno risponde in via esclusiva quando l'atto è posto in essere al di fuori delle funzioni di cui esso è investito; in via solidale (e cioè possibilità per il paziente danneggiato di rivolgersi indifferentemente al sanitario ovvero all'Ente pubblico di appartenenza), quando l'atto è compiuto nell'esercizio delle ordinarie mansioni.

Successivamente sarà lo Stato o l'Ente pubblico che agirà nei confronti del sottoposto (rivalsa) se il fatto è ritenuto totalmente o parzialmente imputabile allo stesso. Azione di rivalsa non espletabile se manca l'imputabilità del fatto dannoso.

Le amministrazioni sanitarie assumono normalmente il patrocinio legale del dipendente per fatti connessi all'espletamento dei compiti, stipulando apposite polizze assicurative; è opportuno verificare se tali polizze prevedono la rivalsa nei confronti del dipendente eventualmente giudicato colpevole.

### **Ambito di responsabilità**

La responsabilità scaturita dall'esercizio della professione di TSLB in un'Azienda sanitaria, è correlata sia all'ambito professionale specifico (quindi nel settore d'appartenenza), sia alle attività collaterali che il Tecnico, in qualità di dipendente, è tenuto ad eseguire.

Quindi, si può sinteticamente concludere che si avrà responsabilità del tecnico quando la "regola" violata prevista da leggi, codici, regolamenti, procedure o discipline riguarderà, ad esempio, fatti concernenti "il campo di attività proprio del contesto lavorativo". Un TSLB opera, in generale, in qualunque Servizio sia necessaria una competenza tecnico - professio-

nale riguardo preparazioni ed analisi "in vitro".

L'ambito di attività del TSLB consiste nell'assicurare, con autonomia tecnico - professionale, la corretta applicazione delle procedure tecniche e organizzative adottate nelle unità operative ai fini della produzione, in équipe col personale dirigente, di un referto analitico o di un prodotto terapeutico che rispetti le specifiche indicate nello standard di prodotto aziendale.

Funzione primaria del TSLB, è eseguire e validare tecnicamente i risultati degli esami personalmente eseguiti, controllando direttamente tutto l'iter analitico e verificando la corrispondenza delle prestazioni erogate agli indicatori e standard predefiniti dal Direttore Responsabile.

Tale controllo diretto, senza il quale non ha senso parlare di validazione, comporta necessariamente l'espressione di un giudizio professionale sulla strumentazione utilizzata e sul suo corretto funzionamento, sui reattivi, sulle modalità analitiche ed operative, sull'adeguatezza del campione processato e sull'esito dei controlli di qualità. Il TSLB è responsabile dell'intero iter analitico, dall'acquisizione del campione alla validazione tecnica del risultato, cioè della parte numerica e descrittiva del referto. E' sua specifica competenza valutare l'attendibilità analitica dei risultati secondo i protocolli approvati dal Direttore del laboratorio.

Altre funzioni professionali specifiche che qualificano l'attività del TSLB, sono:

- studiare, tarare, controllare, mantenere e verificare la funzionalità della strumentazione;
- migliorare l'efficienza e l'efficacia della prestazione professionale tecnica, introducendo standard e indicatori specifici per la professione;
- studiare e applicare le raccomandazioni nazionali ed internazionali di buona pratica di laboratorio, anche per ciò che riguarda la sicurezza del lavoro;
- conoscere ed applicare le norme legislative pertinenti il proprio settore di attività;
- partecipare alla ricerca scientifica, alla formazione permanente e alla didattica.

Vi sono attività che un TSLB è tenuto ad eseguire e di cui ha responsabilità, in qualità di dipendente, ed il cui mancato rispetto può dar luogo a sanzioni (in quanto "regole" violate, previste da leggi, codici, regolamenti, procedure o discipline):

- la corretta identificazione e conservazione (non oltre la scadenza!) dei reagenti utilizzati, nonché l'adeguato smaltimento dei rifiuti (controlli da parte dei NAS!);
- l'adempimento degli obblighi previsti dal DLgs 46/97 sui dispositivi medici (art. 9 e 10), il quale prevede che gli operatori sanitari, sulla base di quanto rilevato nell'esercizio delle proprie attività, debbano comunicare al Ministero della Sanità i dati relativi agli incidenti che hanno coinvolto un dispositivo (per esempio, un filtro deleucocitante) nonché, direttamente o tramite la struttura sanitaria di appartenenza, qualsiasi alterazione delle ca-

ratteristiche e delle prestazioni di un dispositivo o di inadeguatezza nelle istruzioni per l'uso, da cui potrebbe derivare il decesso o il grave peggioramento delle condizioni di salute di un paziente o di un operatore;

- la decontaminazione biologica del posto di lavoro e delle apparecchiature inviate all'esterno del laboratorio;
- la diligente custodia e la competente conservazione dei numerosi tipi di materiali biologici da analizzare, per non comprometterne le caratteristiche morfologiche e bioumorali e, conseguentemente, il giudizio clinico finale;
- la validazione tecnica, effettuata con la necessaria perizia, dei risultati analitici personalmente ottenuti, limitatamente alla garanzia della corretta applicazione dei protocolli di lavoro approvati dal Direttore del laboratorio;
- l'applicazione diligente e prudente delle norme di buona pratica di laboratorio, richiamate dai protocolli analitici e/o dalle linee – guida raccomandate dalla comunità scientifica internazionale;
- il mantenimento nel tempo della funzionalità dei delicati beni strumentali utilizzati nel servizio, secondo il principio stabilito dall'art. 1176 del Codice Civile che recita: "Nell'adempiere l'obbligazione il debitore deve operare con la diligenza del buon padre di famiglia";
- il rispetto delle norme per la prevenzione del contagio professionale (DM 28/9/90) e sulla sicurezza del lavoro (DLgs 626/94) previste per i lavoratori dipendenti, anche nei confronti di eventuale personale affidato in addestramento o in tirocinio tecnico – pratico;
- il rispetto delle norme riguardanti la sicurezza del lavoro poste a carico dei preposti, per il personale ufficialmente nominato (collaboratori e collaboratori esperti);
- il rispetto del segreto professionale, delle norme sulla privacy (DLgs 675/96, art. 22 e 23) e il non utilizzo a fini privati di informazioni di cui si disponga per ragioni d'ufficio;
- ogni eventuale altra responsabilità derivante da incarichi particolari *formalizzati* dal Direttore responsabile (organigramma funzionale, matrici di responsabilità, ecc.). Ad esempio: conservazione di documenti o registri, predisposizione di capitolati per gare d'acquisto, collaudo di strumenti acquistati dal laboratorio, incarichi riguardo il "sistema qualità", rapporti con i fornitori, ecc.

#### *Cosa senz'altro non può fare un TSLB*

Non può emettere autonomamente referti di laboratorio ma, se "espressamente autorizzato dal Direttore del laboratorio", può fornire al medico curante i risultati ottenuti *firmandoli in qualità di analista*, anche in assenza del dirigente Responsabile.

Secondo la normativa vigente, competono al tecnico tutti gli atti professionali diretti alla produzione del risultato attraverso l'utilizzo e la gestione delle pro-

cedure, dei protocolli e dei piani di lavoro approvati dal Responsabile del Laboratorio. Tali atti si espletano dalla fase pre-analitica intralaboratorio, alla fase analitica fino alla trascrizione dei valori ottenuti, attraverso una corretta e responsabile valutazione critica del dato (attestata con la firma).

Pertanto, la responsabilità del tecnico nel consegnare i risultati (esempio, in regime d'urgenza), si mantiene nell'ambito delle proprie competenze e si limita a quella derivante dalla corretta applicazione delle metodiche e dei sistemi di controllo di qualità approvati dal responsabile del laboratorio.

La questione risiede nel fatto che "Risultato analitico" e "Referto analitico" non sono sinonimi, ma individuano atti professionali diversi seppur complementari.

Occorre infatti evidenziare come *il prodotto degli esami di laboratorio* sui materiali biologici di derivazione umana possa essere espresso come "*risultato*" (espressione diretta di tale prodotto, valutato alla luce dei controlli indispensabili per garantirne l'esattezza e la qualità, ma privo di qualsiasi valutazione clinica) o come "*referto*" (l'interpretazione clinica dei risultati alla luce delle loro configurazioni e interazioni reciproche e del quadro clinico al quale si riferiscono).

#### **Conclusioni**

Se fino agli anni '20 in Sanità esistevano solamente i medici, che in quegli anni gettarono le basi della loro professione, nel successivo periodo (che arriva fino alla soglia del 1990) si moltiplica il numero delle figure coinvolte nelle attività sanitarie. Dapprima si aggiungono gli infermieri, le ostetriche e, fuori dagli ospedali, i farmacisti ed i veterinari; col passare del tempo, cresce il numero delle professioni, soprattutto quelle caratterizzate da specializzazione: medici specialisti, tecnici di radiologia, di laboratorio, terapisti della riabilitazione, dietisti, logopedisti e laureati non medici (fisici, chimici, biologi ecc.).

Dopo il 1990, arriva il riconoscimento giuridico di queste nuove identità professionali, che possono finalmente avvalersi di atti normativi che ne riconoscono l'importanza e ben rappresentano la volontà politica di voler investire su di loro.

Ma tali atti non bastano a "fare" una professione; leggi adeguate sono condizioni per il cambiamento, non ne consegue necessariamente il cambiamento reale.

Di fatto, nei laboratori notiamo ancora sovrapposizione e mancanza di chiarezza nei ruoli.

Al riconoscimento normativo della dignità professionale dei TSLB dovrà corrispondere un percorso aziendale con condizioni in grado di consentire il reale esercizio del ruolo.

Senza questo presupposto, non si potrà innescare nel singolo quella motivazione personale in grado di fa-

vorire l'incremento di professionalità e di risultati, individuali e di gruppo, in grado poi di consentire lo sfruttamento ottimale delle potenzialità del servizio. Le piante organiche dei laboratori (2 TSLB, talvolta anche meno, per ogni dirigente, contro rapporti mediamente 8:1 nel resto d'Europa) traboccano ancora di posizioni dirigenziali, che finiscono regolarmente per svolgere una parte cospicua delle mansioni di competenza tecnica, generalmente le più qualificanti. Di conseguenza il personale tecnico risulta molte volte sotto-utilizzato e demotivato, relegato a compiti marginali oppure costretto a svolgere solo una parte del lavoro che gli competerebbe.

Parallelamente, molti dirigenti di laboratorio, pagati come tali, rischiano di trascurare aspetti specifici ed importanti della propria professione, ritrovandosi a svolgere quella di altri.

La complessità dell'attività laboratoristica e l'iperspecializzazione al quale è avviata, rende indispensabile l'interdisciplinarietà tra soggetti diversi per ruolo e responsabilità, ma legati ad un unico macroprocesso produttivo.

Oggi, più che mai, dobbiamo pensare al lavoro laboratoristico come risultato di un'équipe che, per raggiungere obiettivi di reale efficienza-efficacia, deve avvalersi di tecnici di laboratorio sempre più qualificati ed autonomi, pena il fallimento di qualunque progetto di sviluppo e miglioramento del servizio.

Se da un lato le norme facilitano la chiarezza dei ruoli, soprattutto nel rapporto delle professioni con le istituzioni, dall'altro è molto facile che nei posti di lavoro (le "arene" dove una professione viene esercitata) la realtà non sia assolutamente corrispondente.

Ed anche questa è responsabilità dei tecnici oggi: vigilare e negoziare gli spazi di autonomia ed il proprio ambito di attività all'interno dell'azienda, ponendo fine alla consueta dicotomia tra professione enunciata e professione esercitata di fatto.

Sui luoghi di lavoro l'impegno è richiesto ad ogni singolo operatore. E' su quest'ultimo fronte che si vince la partita. Leggi, contratti, immagine e "corpo professionale" sono i presupposti affinché il gruppo si realizzi, ma è il *miglioramento dei singoli a determinare l'effettiva crescita del gruppo*.

Una professione non è immutabile ed una professione che non si adegua e non risponde ai bisogni, non serve ed altre professionalità emergeranno per colmare gli spazi.

### **Bibliografia**

1. Venezian T, Casna G, Cerelli E, et al. Guida al tirocinio nei corsi di diploma universitario. Firenze: litografia IP, 1999.
2. Cerelli E. Guida alla normativa di riferimento. Firenze: litografia IP, 1999.