

Futuro professionale nella Medicina di Laboratorio: il ruolo dei dirigenti

D. Giavarina

*(commento a F. Carmignoto: Manager, Leader e Garante della Qualità
Relazione al XXV Congresso ANPO, Abano Terme 5-7 maggio 2000)*

Sono d'accordo con Carmignoto nella sua analisi introduttiva dei processi di aziendalizzazione della sanità. Sicuramente oggi il diritto alla salute è comparato al *rapporto tra risorse impiegate e risultati raggiunti*. Inoltre, *la diffusione tra il personale sanitario, professionale e tecnico di capacità e comportamenti manageriali* è uno strumento indispensabile al fine di ottenere una migliore gestione del SSN.

In questa logica sono primariamente coinvolti i direttori e ad essi sono oggi richieste "specifiche competenze professionali che qualificano questo dirigente come il manager che riesce ad indirizzare una organizzazione complessa verso gli obiettivi assegnati con la creazione di condizioni che permettano efficacia dell'azione ed efficienza nell'impiego delle risorse".

A fronte di questa precisa analisi introduttiva, segue però, una curiosa disquisizione su potere, direzione, leadership e managerialità.

L'autore sembra avere un'idea nobile, nel senso stretto della parola stessa, della professione di primario: la capacità di "comandare" ha basi in "una serie di doti innate" e si fonda un processo analitico e di formazione e verifica primariamente interno (conosci te stesso, preparati su te stesso). Egli deve confrontarsi con i problemi di gestione che oggi sono dominanti nella erogazione del servizio sanitario, ma la sua efficacia dipende molto più dalla sua capacità di condurre e di essere riconosciuto leader che non dal contenuto di conoscenze e di capacità manageriali: "... Manager e leader vanno tenuti distinti. Forse sono figure contigue e complementari, ma sono comunque distinte", "...Se un manager può non essere un leader, il leader è sempre un ottimo manager". Anche se gran parte delle caratteristiche del primario che vengono di seguito descritte sono in generale positive e sperabili in ogni direttore, è l'idea generale che vorrei qui discutere, riferendomi alla aspettative e alle problematiche di tutti i medici di laboratorio.

Non credo si possa oggi parlare astrattamente della nostra professione.

Da alcuni anni è in atto una profonda trasformazione della organizzazione sanitaria, che ha coinvolto le strutture delle piante organiche, i meccanismi concorsuali e di carriera.

La ristrutturazione della rete ospedaliera, della distribuzione dei servizi diagnostici e del loro assetto interno, per effetto dell'automazione, hanno drasticamente eroso gli organici e ridotto quasi a zero le possibilità di progressioni di carriera, appiattite anche nella fase iniziale della professione.

Automazione e centralizzazione provocano anche una progressiva perdita di professionalità personale del medico di laboratorio. Le abilità tecniche esclusive del medico sono sempre meno esclusive, sempre meno indispensabili. La loro difesa assume spesso caratteri nostalgici o anacronistici.

La tanto ricercata attività di consultant non riesce che in rari casi ad avere un ruolo motivante e gratificante sufficiente.

Il valore economico della professione è decisamente diminuito sia rispetto al passato, sia rispetto ad altre specialità, sia alle possibilità di crescita. Esiste una incapacità complessiva anche all'attività libero-professionale, che continua ad avere un ruolo marginale e sporadico in gran parte delle realtà, proprio mentre gli indirizzi politici sembrano non lasciare alternative.

Il risultato è che molti concorsi a dirigente di primo livello hanno difficoltà ad avere concorrenti (mentre le selezioni per i secondi livelli superano molto spesso i venti partecipanti, e sono in gran parte concluse con operazioni di trasferimento di primari da una sede all'altra).

Le nostre scuole di specialità, per l'area medica, sono deserte, con meno di 1 iscritto per anno per sede. Questo in un quadro generale che mantiene ancora un certo interesse per la professione medica, con un rapporto domanda/posto disponibile a Medicina di 4 a 1.

Di contro, gli ultimi contratti hanno interpretato la nuova esigenza di impegno negli aspetti gestionali e manageriale della sanità, riconoscendo il ruolo diri-

gente a tutti i medici e tentando una stratificazione delle funzioni e delle responsabilità, peraltro molto teorica sia sul piano dell'attuazione che sul piano delle differenziazioni retributive.

Oggi alcuni autori esperti di management e qualità, quali Paul E. Plsek (1), consulente per la gestione ed il miglioramento della qualità della Mayo Clinic, criticano il modello classico di management. Questo modello vede l'organizzazione come una macchina e considera le parti componenti indipendentemente l'una dall'altra, progetta e specifica ogni cambiamento nei dettagli, combatte contro le resistenze al cambiamento e cerca di ridurre al minimo le possibili variabili al fine di avere risultati migliori.

Un sistema complesso è costituito da un gruppo di attori o agenti con libertà di azione tale da non essere sempre totalmente prevedibile, e le cui azioni sono interconnesse in modo tale che l'azione di un agente cambia il contesto per gli altri agenti. È abbastanza intuitivo come in questa descrizione rientrano gran parte delle attività umane collettive.

La teoria della complessità applicata ai sistemi organizzativi rende oggi l'idea della organizzazione come una macchina ben oliata, un orologio preciso, una idea limitata e riduttiva.

Per far fronte alla continua crescita di complessità occorre abbandonare modelli lineari di programmazione, accettare l'imprevedibilità, rispettare ed utilizzare l'autonomia e la creatività, rispondere con flessibilità a situazioni di crisi o a nuove opportunità (2).

La teoria della complessità sostiene che le relazioni tra le parti sono più importanti delle parti stesse, e che minime direttive portano a maggiore creatività che non dettagliate pianificazioni.

Queste specificazioni minime tipicamente forniscono quattro cose che creano un ambiente nel quale possono emergere comportamenti complessi e innovativi: l'indicazione dell'obiettivo; i limiti; le risorse; i permessi (3).

Il concetto di leaderismo, come è presentato nell'articolo, ha basi esattamente opposte. Il successo di una organizzazione sembra dipendere dal fatto che tutto l'organismo pensa omogeneamente, con il pensiero del leader. Il primario "rimane al vertice ... perché riconosciuto come guida, capace di influenzare e motivare una comunità (la sua divisione, il suo ospedale) ed indirizzarla verso precisi obiettivi". L'importanza di questa necessità di omogeneità è tale che addirittura si contrappone anche alla stessa idea di managerialità.

Due sono i punti critici di questa visione: in primis, se "...la differenza tra managerialità e leadership è la stessa che passa tra gestione del presente e guida del futuro", c'è da chiedersi quali e di chi siano le responsabilità della attuale crisi della professione, essendo l'oggi il futuro di ieri.

In secondo luogo, occorre dire che una tale visione non apre grandi prospettive alla professione in futuro. Se le parti in gioco continuano ad avere maggiore importanza delle relazioni tra le parti, risulta difficile pensare che ci possano essere speranze per chi fa oggi questa professione e attrattive per i nuovi medici ad intraprendere una carriera (o meglio un posto) in laboratorio.

A chi parla questo articolo? Probabilmente il fatto che fosse una relazione ad un congresso di un sindacato di primari ha reso alcuni concetti assolutamente inutili agli altri.

Ma anche per i direttori, i dirigenti di secondo livello, non vedo quale apporto venga loro dato, se non forse un invito all'autostima.

L'anno scorso ho avuto la fortuna di tradurre per questa rivista un editoriale di Desmond Burke (4), che tratteggiava un interessante e stimolante quadro del laboratorio che verrà in questo secolo. Concludeva Burke: "... Ci sono pochi dubbi che la responsabilità dell'uso del laboratorio cadrà sul medico di laboratorio, ma i patologi possono anche avere ruoli direttivi importanti nella tecnologia dell'informazione e nella gestione della malattia basata sull'evidenza. Questi ampi ruoli per i patologi in un ambiente di pratica medica dominata dalla comunicazione in linea fra i pazienti, medici e le basi di dati probabilmente faranno sì che di norma il paziente che debba sottoporsi a test diagnostici acceda direttamente ai servizi di consultazione dei medici di laboratorio. La formazione ordinaria dei patologi clinici darà risalto alla genetica molecolare, alla tecnologia dell'informazione, alla consultazione clinica ed alla gestione del laboratorio".

C'è grande fermento sotto il cielo, il momento è propizio.

Sfruttiamo l'occasione che ci viene offerta dal progresso della tecnologia in medicina, ed in medicina di laboratorio in particolare, per far rinascere interesse e valore attorno ad una disciplina che necessiterà sempre più di elevate competenze a tutti i livelli. L'orizzonte che si presenta ai medici di laboratorio di oggi e di domani può essere interessante per chi potrà avere partecipazione creativa e identificazione nel lavoro.

Bibliografia

1. <http://www.directedcreativity.com/pages/Services.html>
2. Plsek, PE, Greenhalgh T. The challenge of complexity in health care. *BMJ* 2001;323:625-8.
3. Plsek PE, Wilson T. Complexity, leadership, and management in healthcare organisations. *BMJ* 2001;323:746-9.
4. Burke MD. Laboratory Medicine in the 21st Century. *Am J Clin Pathol* 2000;114: 841-6.