



**LA MEDICINA DI LABORATORIO E RIFORMA DELLA
ASSISTENZA NEL TERRITORIO**
23 Novembre 2023

Maurizio D'Amora



Il mutamento delle professioni

Il mutamento organizzativo dei servizi di Medicina di Laboratorio (MdL) sta determinando radicali cambiamenti non solo all'interno delle strutture ma anche nella professionalità dei diversi addetti.

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, rappresenta il *core* del processo di modernizzazione della MdL.

Sicuramente questo processo, non solo organizzativo ma principalmente culturale, richiamerà 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.

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 determinano 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.

Il quadro economico-finanziario

Il livello del fabbisogno nazionale standard determina il finanziamento complessivo della sanità cui concorre lo Stato ed è definito in coerenza con il quadro macroeconomico complessivo e nel rispetto dei vincoli di finanza pubblica e degli obblighi assunti dall'Italia in sede comunitaria. Pertanto, si tratta di un livello programmato che costituisce il valore di risorse che lo Stato è nelle condizioni di destinare al Servizio Sanitario Nazionale per l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA, definiti da ultimo DPCM 12 gennaio 2017). **Per quanto riguarda i criteri con i quali il fabbisogno sanitario standard nazionale viene ripartito tra le Regioni, ad oggi quello prevalente è la numerosità della popolazione di cui viene valutato - anche se parzialmente - il consumo di prestazioni sanitarie in relazione alle diverse fasce di età.** La composizione del finanziamento del SSN è evidenziata nei cosiddetti "riparti" (assegnazione del fabbisogno alle singole Regioni ed individuazione delle fonti di finanziamento) proposti dal Ministero della Salute sui quali si raggiunge un'intesa in sede di Conferenza Stato-Regioni e che sono poi recepiti con propria delibera dal Comitato interministeriale per la programmazione economica e lo sviluppo sostenibile- CIPESS. **A livello regionale il fabbisogno sanitario standard, si traduce nel volume complessivo delle risorse che alimenta il Fondo Sanitario Regionale** distribuito in favore delle Aziende Sanitarie regionali che lo impiegano per garantire ai cittadini l'erogazione delle prestazioni di loro competenza, previste dai Livelli essenziali di assistenza. **(A decorrere dal 2022, la legge di bilancio 2022 ha indirizzato uno stanziamento annuale pari a 200 milioni di euro per l'aggiornamento dei LEA).** **Publicato nella Gazzetta Ufficiale del 4 agosto 2023 il Decreto del Ministero della Salute, di concerto con il MEF, del 23 giugno 2023 sulle tariffe dei nuovi Livelli essenziali di assistenza (Lea), in attuazione del DPCM 12 gennaio 2017.**

A partire dal 2016 le risorse che annualmente la legge di stabilità, ora di “Bilancio dello Stato” destina alla copertura del cosiddetto “fabbisogno sanitario standard” hanno ripreso un ritmo di crescita, a valenza pluriennale. **La Legge 30 dicembre 2021, n. 234 (legge di Bilancio 2022) incrementa il Fondo Sanitario nazionale di 2 miliardi l’anno per i prossimi tre anni, in particolare il comma 258 fissa il livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato in 124.061 milioni di euro per l’anno 2022, in 126.061 milioni di euro per l’anno 2023 e in 128.061 milioni di euro a decorrere dall’anno 2024. E’ da rilevare tuttavia che, a fronte di tale incremento, le Regioni e le Province autonome devono garantire, a titolo di esempio, anche tutte le attività connesse al piano strategico-operativo nazionale di preparazione e risposta ad una pandemia influenzale 2021-2023 (PANFLU), la proroga dei rapporti di lavoro flessibile e l’eventuale stabilizzazione del personale ed ancora, il potenziamento dell’assistenza territoriale e la gestione delle liste e dei tempi di attesa quale attività finalizzata ad assicurare al cittadino la miglior performance possibile nell’erogazione delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie.** Quest’ultimo aspetto, ritenuto prioritario, aveva già determinato l’elaborazione del **Piano di Recupero per le Liste d’attesa**, trasmesso al Ministero della Salute tramite il sistema documentale SiVeAS con prot. n.12 del 24.02.2022. L’art. 1, commi 276-279 della Legge di bilancio 2022, al fine di garantire la piena attuazione del Piano Operativo per i recuperi delle liste di attesa, ha stabilito che le disposizioni previste dall’articolo 26, commi 1 e 2, del decreto legge 25 maggio 2021, n. 73, siano prorogate fino al 31 dicembre 2022. **È del tutto evidente inoltre, come il quadro economico-finanziario attuale e quello previsionale dei prossimi anni sia inevitabilmente condizionato dalle sfide che il sistema sanitario dovrà affrontare in seguito alla Pandemia, anche in previsione della fase inter pandemica.**

Termometro della Salute – 2° Rapporto sul Sistema sanitario”. **Eurispes ed Enpam presentano i risultati**

La ricerca «Il Termometro della Salute», promossa dall'Osservatorio Salute, Legalità e Previdenza Eurispes-Enpam presentata a Roma il 21 giugno 2023 torna a proporre, a quasi cinque anni dalla sua prima uscita, un tentativo di complessiva lettura della realtà e delle prospettive del Sistema Sanitario Nazionale. L'Osservatorio Eurispes-Enpam ritiene che sia, ora, possibile andare oltre le specifiche tematiche legate alla pandemia per affrontare la riforma del Servizio Sanitario Nazionale che, proprio dai limiti mostrati anche nel recente passato e dai provvedimenti in risposta al Covid-19, prende le mosse per una ambiziosa opera di riforma. Ambiziosa, ma problematica ed irta di contraddizioni ed incognite. Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) interviene sulla Salute con la prima componente della Missione 6, ridefinendo i cardini per rilanciare l'assistenza sanitaria territoriale con un modello organizzativo centrato su reti di prossimità, strutture e telemedicina. A tal fine, sono investite importanti risorse nelle Case di Comunità e nel sostegno all'assistenza domiciliare, nell'assunto che è la “casa dell'assistito” il primo luogo di cura. È evidente, però, che le 1.400 Case di comunità previste dal Piano (oggi ridotte del 30%) non assolveranno alla stessa funzione delle decine di migliaia di studi medici attualmente attivi in Italia. Tra l'abitazione del cittadino e le Case di Comunità programmate (una ogni 42mila abitanti), infatti, si creerà un vuoto di assistenza, se non si imposterà anche un progetto di rilancio dell'attuale rete degli studi di medicina generale (MMG) e pediatri di libera scelta (PLS).

Per almeno 15 anni il Fondo Sanitario Nazionale ha subito successive decurtazioni nello spirito delle *spending review* avanzate per assestare i conti pubblici. Ciò ha prodotto un depotenziamento progressivo delle capacità prestazionali ed il declassamento del nostro Paese nelle classifiche mondiali del rapporto tra investimento in sanità pubblica e Pil. Nel 2019, anno spartiacque perché non ancora toccato dalla pandemia, la quota del Pil riservata alla Sanità era scesa al 6,2%, alla quale i cittadini aggiungevano un 2,2% di spesa diretta. La media nell'Europa era rispettivamente il 6,4% e 2,2%, ma in Germania 9,9% e 1,7%, in Francia 9,4% e 1,8%, in Svezia 9,3% e 1,6%. Ciò significa che l'investimento pubblico in Sanità in Germania e in Francia è di più di un terzo superiore a quello italiano. Dunque, dopo il triennio "straordinario", che ha visto appostare le risorse necessarie per affrontare la pandemia e la campagna di vaccinazioni (per altro, solo in parte ad oggi erogate), **con l'ultima Legge di stabilità la quota del Pil riservata al Ssn è tornata a scendere, tendendo a quel minimo storico collocato intorno al 6%. In un decennio sono stati sottratti oltre 37 miliardi di euro alla Sanità pubblica, di cui circa 25 miliardi nel periodo 2010-2015, in conseguenza di "tagli" previsti da varie manovre finanziarie e oltre 12 miliardi nel periodo 2015-2019, in conseguenza del "definanziamento" che, per obiettivi di finanza pubblica, ha assegnato al S.S.N. meno risorse rispetto ai livelli programmati (dati della Fondazione Gimbe).**

L'invecchiamento del capitale umano ed il precariato: un problema che sta per esplodere

Per medici, infermieri e altre figure professionali di supporto al SSN, il mancato turn-over ed il reiterato blocco delle assunzioni hanno prodotto anche sacche di precariato inconciliabili con la continuità assistenziale. Ma, prima di tutto, ha generato il forte invecchiamento del **capitale umano** sfociato in un alto numero di pensionamenti. Questo fenomeno, che già ha eroso il numero dei professionisti, è destinato a esplodere nei prossimi anni ed investe anche l'area della sanità privata. Nel 2019 i medici in Italia erano presenti in quota pari a 4,05 su 1.000 abitanti; un dato questo di poco inferiore alla Spagna (4,4) e alla Germania (4,39), e superiore alla Francia (3,17). La quota di infermieri (circa 6,16 ogni 1.000 abitanti; con un 1,4 infermieri per ogni medico) colloca l'Italia agli ultimi posti della classifica dei paesi **OCSE***. **L'anagrafe" della classe medica parla chiaro: molti professionisti mediamente attempati, spesso anziani, e pochissimi giovani. Più della metà dell'intera classe medica italiana (56%) in maggioranza i medici tra i 55 anni e gli over 65 tra un quinquennio non saranno più operativi. I medici "giovani", ovvero sotto i 35 anni, sono in Italia solo l'8,8%,** contro percentuali superiori al 30% in Gran Bretagna, Olanda e Irlanda, o comunque superiori al 20% in Germania, Spagna e in Ungheria. La Francia, che per gli under 35 mostra un dato meno lontano dal nostro, presenta comunque un 15,7% di under 35: pari quasi al doppio dell'Italia.

I modelli di ridefinizione delle dotazioni organiche di Laboratorio

Il processo di rideterminazione delle dotazioni organiche va verso principi e criteri univoci, omogenei e unitari che, pur nell'ambito delle specifiche peculiarità delle singole realtà regionali ed aziendali, possano garantire una base comune di riferimento applicativo per ogni funzione e ruolo. Le nuove dotazioni organiche dovranno essere, da un lato, commisurate all'effettivo fabbisogno di personale necessario a garantire l'erogazione dei LEA con adeguati standard di appropriatezza, efficacia ed efficienza, nell'ambito del sistema regionale di afferenza ridisegnato a seguito del processo di rimodulazione della rete ospedaliera e di quella territoriale e, dall'altro lato, compatibili con gli standard in materia di spesa per il personale delle Regioni c.d. virtuose, considerando tale compatibilità come il rispetto del tetto di spesa fissato. Le dotazioni organiche vanno elaborate operando una scelta flessibile dei profili professionali e delle relative discipline, tenuto conto della normativa vigente in materia di organizzazione del lavoro e di ogni altra disposizione normativa e contrattuale, nazionale e regionale, in tema di gestione delle risorse umane, secondo gli standard minimi e massimi di personale individuati ed indicati nelle linee guida dedicate. **Il fabbisogno di personale dei Servizi clinici diagnostici e terapeutici (es. UU.OO. di anatomia patologica, patologia clinica, radiodiagnostica, radioterapia, medicina nucleare, anestesia e rianimazione, medicina trasfusionale etc.) che non dispongono di posti letto e nel cui ambito afferisce anche parte del personale dirigenziale del ruolo sanitario, dei Servizi di Anestesia e dei Servizi di Staff ed igienico-organizzativi viene determinato in una misura percentuale massima pari al 40% del fabbisogno di personale dirigenziale complessivo calcolato per le aree di degenza a livello aziendale, da distribuirsi – tendenzialmente-: • per il 15% nei servizi di Anestesia; • per il 25% nei servizi di Laboratorio Analisi, Trasfusionale ed Anatomia Patologica.** Ogni assessorato regionale dovrà emanare specifiche linee guida con i criteri di programmazione a livello ospedaliero, territoriale, degli IRCCS e dei Policlinici Universitari a gestione diretta e non.

Nella nuova visione di una moderna Medicina di Laboratorio si profilano declaratorie di area o categoria, in relazione ai cambiamenti dei processi lavorativi, indotti dalle innovazioni di servizio o processo e dalle nuove tecnologie, ed alle conseguenti esigenze di fungibilità delle prestazioni e di valorizzazione delle competenze professionali. Si considerino ad esempio i fabbisogni di nuove professioni e competenze professionali necessari per l'implementazione d'innovazioni legislative o di policy, di sicuro impatto quali: il codice delle amministrazioni digitali (CAD), il Piano Triennale per l'informatizzazione delle PA (gestore di progetto/project manager; gestore della sicurezza ICT/ICT security manager; progettista di esperienza utente/user experience designer; esperto di dati/data scientist); il codice degli appalti e la nuova politica delle infrastrutture (gestore di progetto complesso; gestore di rete); la politica di coesione e la gestione dei fondi strutturali e di investimento europei (SIE) (gestore di programma/program manager; gestore di progetto/ project manager/gestore del rischio/risk manager; specialista di appalti, di aiuti di stato, di normativa comunitaria, di contabilità e finanza);

- contenuti dei profili professionali in relazione ai nuovi modelli organizzativi;
- possibilità di rappresentare e definire in modo innovativo i contenuti professionali, di individuare nuove figure o di pervenire alla definizione di figure polivalenti, nell'ottica di sostenere i processi di cambiamento organizzativo e di incentivare comportamenti innovativi.

Le amministrazioni sanitarie dovranno, quindi, individuare i profili professionali in coerenza con le funzioni (missioni) che sono chiamati a svolgere, della struttura organizzativa, dei processi e, non da ultimo, delle relazioni interne ed esterne e del codice etico e comportamentale. I profili professionali dovranno tenere conto del grado di responsabilità connesso a ciascuna posizione e, quindi, del posizionamento all'interno dell'organizzazione, delle relazioni richieste, delle attività da svolgere, degli strumenti da utilizzare (job description). Occorre, poi, definire le competenze richieste per ciascun profilo professionale in relazione alle conoscenze, alle capacità ed alle caratteristiche comportamentali.



Per i Laboratori occorre determinare un cd. “Turno Minimo” per garantire l’esecuzione delle attività. Nell’area dei servizi di laboratorio vanno incluse le attività di Laboratorio Analisi, Microbiologia e Virologia, Genetica ed epidemiologia clinica, Tossicologia. Considerato che lo skill mix di professionisti operanti nei laboratori analisi è molto eterogeneo, si ritiene opportuno individuare il fabbisogno complessivo di personale Dirigente dedicato, senza distinzione tra Dirigenza Medica e Dirigenza Sanitaria non medica. Con riferimento al personale del comparto, si ritiene di computare nei servizi di laboratorio solo personale Tecnico-Sanitario di Laboratorio Biomedico (TSLB). I tecnici di laboratorio sono diversamente impiegati nelle singole unità operative, in considerazione delle esigenze organizzative e gestionali ; pertanto, si ritiene di determinare il valore complessivo di tecnici di laboratorio a disposizione delle strutture in ragione del loro ruolo, senza indicazione dell’unità operativa di riferimento. Il fabbisogno è definito come segue:

Figure Professionali	Ospedale di Base		Presidi DEA di I livello		Presidi DEA di II livello	
	MIN	MAX	MIN	MAX	MIN	MAX
Dirigenti Medici e Sanitari	0	6	4	20	18	38
Tecnici-sanitari di Laboratorio	0	20	10	50	45	130

Le criticità

Occorre modificare l'offerta dei pubblici servizi. In un mondo ove la trasformazione delle esigenze cambia velocemente, perché i vecchi bisogni vanno in pensione e se ne aggiungono di altri, è obbligo per la PA di considerare ciò anzitempo impegnandosi a rilevare gli attuali con metodologie fisico-scientifiche credibili. Con questo, le anzidette analisi preventive devono essere supportate da un preventivo lavoro sul campo e tenendo conto delle tecnologie di ultima generazione che consentano di sostituire la persona ovvero di richiedere tipologie professionali in grado di ben adoperarle. L'intelligenza artificiale oramai ovunque alle porte farà il resto, con la previgente necessità di oggi di tenerla già in pratica considerazione per non rischiare dei dolorosi flop di organico e di funzionamento della PA. Con un tale siffatto errore di ipotesi comportamentale è facile immaginare il disastro che si sta concretizzando da anni nella sanità e come questo si trasformerà facilmente in tragedia, a seguito dell'eredità della pandemia e dei danni causati dalla assenza assoluta di assistenza territoriale. Un gap, quest'ultimo, che ha trovato rimedio fino ad oggi teorico con l'adozione del DM 77 del 23 maggio 2022, istitutivo delle case e ospedali di comunità e di Centrali Operative Territoriali (le COT). Ebbene anche qui e ovunque, si sono elaborati da sempre e si elaborano ancora piani triennali del fabbisogno di personale, senza la preventiva rilevazione del fabbisogno epidemiologico e dei rischi epidemici. Tutto questo potrà determinare negli anni a venire una offerta di salute disastrosa!!!

**GRAZIE
DELL'ATTENZIONE
ma senza sonni
tranquilli !!!**

