

ARTICOLO ORIGINALE

DAL MODELLO BRITANNICO AD UNA NUOVA PROPOSTA FORMATIVA ED ORGANIZZATIVA DEI TSRM IN ITALIA

MODEL FROM THE UK TO A NEW PROPOSAL FOR EDUCATIONAL AND ORGANIZATION FOR ITALIAN RADIOGRAPHERS

¹MARIA ROSELLA LONGO, ²FERNANDO GUIDONI, ²RAFFAELLA MONACO

¹UOC Diagnostica per Immagini Istituto Nazionale per le Malattie Infettive IRCC "L. Spallanzani" Roma;

¹DITRO Cdl in TRMIR A.O. San Camillo-Forlanini

Riassunto

Introduzione: Partendo da una esperienza sul campo di una collega, che tuttora si trova a lavorare in Inghilterra, è partito lo stimolo per un processo di benchmarking con un'accurata analisi della formazione, della organizzazione e dei ruoli dei TSRM britannici, rivisitati con l'ammodernamento del Servizio Sanitario Britannico (National Health Service).

Obiettivi: Il lavoro si ripropone di formulare in Italia una alternativa di formazione e di organizzazione, con i relativi nuovi sviluppi di carriera. Sviluppi di carriera che devono essere necessariamente ben delineati, progettati e riconosciuti dalle Istituzioni, onde evitare situazioni spiacevoli e demotivanti, come per es. si è verificato per alcuni colleghi che hanno conseguito il Master di I livello come amministratore di sistema.

Materiali e metodi: Analisi della formazione, delle competenze, dell'organizzazione e degli sviluppi di carriera dei colleghi britannici attraverso il College of Radiographers e la Society of Radiographers (www.sor.org)

Risultati e conclusioni: Il processo di benchmarking basato sul confronto sistematico ha fatto sì che si pensasse all'attuazione di un nuovo modello sull'esempio britannico che potrebbe assicurare anche in Italia, da un lato, analoghe prospettive di carriera ad ogni professionista sanitario, e dall'altro accrescere, nel rispetto dell'autonomia professionale, la partecipazione ai processi aziendali di tutti i professionisti della salute e la loro integrazione in un ambito multidisciplinare, con il vantaggio ultimo di un sicuro miglioramento delle prestazioni e dei servizi in ogni ambito ed ad ogni livello.

Parole chiave: Organizzazione, Formazione, Modello Britannico, Benchmarking

Abstract

Renewed expertise and career development

Introduction: Starting from a field experience of a colleague, who is still working in England, started the stimulus for a benchmarking process with a careful analysis of training, organization and roles of the British technologist, revised with the modernization British Health Service (National Health Service).

Objective: The work intends to formulate an alternative to Italy for training and organization, with its new career developments. Career development that must be well defined, designed and recognized by institutions in order to avoid unpleasant situations and demotivating, eg. occurred to some colleagues who have obtained their Master's level as a system administrator.

Methods: Analysis of the training, skills, organization and promotion prospects of British colleagues across the College of Radiographers and the Society of Radiographers (www.sor.org)

Conclusion: The benchmarking process based on the systematic comparison has meant that we thought the implementation of a new model that could secure British example in Italy, on the one hand, similar career prospects for any healthcare professional, and on the other to increase in respect of professional autonomy, participation in the business processes of all health professionals and their integration into a multidisciplinary domain, with the ultimate benefit of a secure improved performance and service in every area and at every level.

Key words: Organizational Model, Educational System, British Model, Benchmarking

Introduzione

L'incessante evoluzione dei mercati costringe le aziende ad un processo continuo di perfezionamento delle proprie strutture, nel tentativo di ottenere un vantaggio competitivo nei confronti della concorrenza. Al pari delle imprese private, anche la pubblica amministrazione, si sta confrontando con il problema del miglioramento dei servizi forniti, sia da un punto di vista quantitativo che qualitativo. In tale contesto, la sociologia delle organizzazioni assume un ruolo predominante nel fornire strumenti di analisi per l'individuazione delle strategie atte ad incre-

mentare qualità ed efficacia di un soggetto organizzativo, analizzandone sia le relazioni interne che i rapporti esterni⁽⁴⁾.

I sistemi possono essere di due tipi: chiusi ed aperti. I primi non interagiscono con l'ambiente esterno e non sono quindi influenzati dagli eventi che vi accadono. I secondi, invece, tendono a reggersi in equilibrio dinamico con l'ambiente esterno, che è il contesto in cui l'organizzazione svolge la sua attività. La conoscenza da parte dell'organizzazione di tale ambiente può in realtà essere fondamentale per la sua stessa funzionalità, grazie agli input di materiali e di informazioni e grazie al feedback sugli ou-

SIGLE

TSRM	Tecnici Sanitari di Radiologia Medica
SOR	Society of Radiographers
CD	Contratto Dirigenza
RD	Radiografi Diagnostici
RX	X Ray (Radiologia Tradizionale)
TC	Tomografia Computerizzata
RM	Risonanza Magnetica
RT	Radiografi Terapeutici
AP	Assistant Practitioner (Radiographer)
RP	Radiographer Practitioner
AR	Advanced Radiographer
CR	Consultant Radiographer
SM	Service Manager
BSc	Bachelor of Science (laurea di I livello)
ECM	Educazione Continua in Medicina
HPC	Health Profession Council
CASE	Consortium for the Accreditation of Sonographic Education
DM	Decreto Ministeriale
ASRM	Assistente Sanitario di Radiologia Medica
SRMP	Sanitario di Radiologia Medica Professional
SRMSP	Sanitario di Radiologia Medica Senior Professional
SRM	Sanitario di Radiologia Medica
DS	Diploma di Specializzazione
L	Laurea
LM	Laurea Magistrale
MIUR	Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca

tput. L'organizzazione aperta può evitare il declino adattandosi ai cambiamenti dell'ambiente esterno, modificandosi nella struttura e nei processi interni. L'organizzazione si compone di una serie di elementi che interagiscono fra loro e con l'ambiente in cui sono inseriti. Essi sono: l'ambiente esterno, il personale, i mezzi e le tecnologie, la struttura, la cultura organizzativa⁽³⁾.

L'ambiente esterno nel quale operano le organizzazioni è attualmente complesso e mutevole influenzato da fattori giuridici e politici, fattori economici, fattori demografici, fattori socio-culturali, fattori tecnologici, fattori internazionali.

Il personale costituisce la componente fondamentale delle organizzazioni. Tale concetto si è, però, affermato solo grazie al contributo della ricerca sociologica.

I mezzi e la tecnologia, intesi come modo in cui l'organizzazione riesce ad espletare i suoi compiti, costituiscono un altro dei parametri fondamentali nelle organizzazioni, il loro ruolo è destinato ad accrescersi, in considerazione dell'accelerazione inferta dai progressi sempre più rapidi della tecnica al naturale processo di interazione con le altre componenti⁽⁵⁾.

La struttura formale di un'organizzazione rappresenta il modo attraverso il quale hanno luogo i processi di interazione dei suoi membri, compresa la definizione dei compiti e delle mansioni e ne rappresenta l'aspetto ufficiale dell'organizzazione⁽⁷⁾.

La cultura organizzativa è un mezzo concettuale per osservare nel suo insieme un'organizzazione, ci aiuta a comprendere che l'individuo non agisce in modo indipendente in nessun sistema sociale. Nell'ambito di ciascun sistema, infatti, si sviluppano credenze e modelli di condotta che a loro volta hanno funzioni di regolazione e di controllo.

Obiettivi

Abbiamo voluto verificare, attraverso il processo di benchmarking con il modello organizzativo e formativo britannico, la possibilità di proporre un modello organizzativo e formativo con sviluppi di carriera delineati per i TSRM in Italia.

Materiali e Metodi

L'ammodernamento del Servizio Sanitario Nazionale britannico ha comportato la rivisitazione dei ruoli del personale tecnico delle professioni sanitarie, ridefinendone formazione e

progressione di carriera. Attualmente, il servizio radiografico britannico consta di due macroaree di specializzazione: la Radiografia Diagnostica e Radiografia Terapeutica.

I Radiografi Diagnostici (RD) effettuano l'esame e nella maggior parte dei casi lo refertano, così che il corretto trattamento possa essere somministrato al paziente. Il range di tecniche impiegate annovera:

- *RX*, per l'esame dell'apparato scheletrico e del torace;
- *Ecografia*, che attraverso l'utilizzo di ultrasuoni viene utilizzata per studi di ostetricia-ginecologia, dell'apparato cardio-vascolare e di quello muscolo-scheletrico;
- *Fluoroscopia*, che attraverso immagini di movimento in tempo reale permette lo studio dell'apparato digerente;
- *TC*, che fornisce visioni di sezione del corpo;
- *Risonanza Magnetica (RM)*, che costruisce mappe bi/tridimensionali di diversi tipi di tessuti all'interno del corpo;
- *Medicina Nucleare*, che impiega traccianti radioattivi che possono essere somministrati per esaminare le funzioni del corpo e dei suoi organi (ad es. reni o cuore). Alcuni radioisotopi possono inoltre essere somministrati per il trattamento di forme particolari di cancro (es. cancro alla tiroide);
- *Angiografia*, per lo studio dell'apparato vascolare.

I Radiografi Terapeutici e dei servizi oncologici (RT), meglio noti con il nome di radiografi della radioterapia, sono gli unici sanitari qualificati nella pianificazione e somministrazione di radioterapia. Giocano, per questo, un ruolo fondamentale nel trattamento del cancro. La radioterapia è impiegata sia da sola che in combinazione con interventi chirurgici o chemioterapia. Il ruolo dei RT è di supervisione del decorso del paziente attraverso i vari processi terapeutici di somministrazione delle cure e del supporto necessari per la durata del trattamento radioterapico. È loro compito stabilire l'area del trattamento e identificare, insieme ai medici, il giusto dosaggio di trattamento.

La loro formazione prevede l'istruzione in tutti gli aspetti della radioterapia:

- *Simulazione*, tramite l'impiego di macchinari specialistici per fluoroscopia RX per indirizzare l'area del trattamento e minimizzare, nel contempo l'esposizione totale dei tessuti limitrofi;
- *Simulazione TC/RM*, produrre scansioni da impiegare nella pianificazione di un corso (ciclo) di radioterapia;

- **Pianificazione computerizzata**, per la produzione di un piano in 3D per la distribuzione della dose nell'area del trattamento;

- **Trattamento con radiazioni ionizzanti**, somministrazione di dosi accurate di radiazioni al tumore attraverso l'impiego di fasci esterni (ad es. RX ad alta intensità);

- **Mould Room**, i Radiografi, nella Mould Room pianificano il trattamento e producono ausili per immobilizzazione / attenuazione dei fasci per testa e collo dei pazienti in radioterapia;

- **Brachioterapia**, l'impiego di piccole sorgenti radioattive posizionate sul o nel tumore per trattare con un'alta dose ed evitando l'esposizione ai tessuti circostanti;

- **Revisione del trattamento** i radiografi valutano i miglioramenti di pazienti nel corso della radioterapia e, qualora necessario, prescrivono medicine per limitare gli effetti collaterali o, qualora necessario, li raccomandano al personale sanitario.

I radiografi si attengono al Codice Etico e di Condotta che ne identifica i valori principi alla base dei più alti standard della professione^(9,12).

Sviluppi di Carriera: Anzianità di servizio e corsi di specializzazione costituiscono le condizioni di base per accedere a posizioni lavorative successive, quali il management, la ricerca, la formazione o specializzazioni di settore. Le 5 categorie professionali della carriera radiografica sono^(10,12):

- **Aiuto Radiografo** (Assistant Practitioner-Radiographer – AP) è delegato, sotto la direzione e la supervisione di un radiografo (RP), all'espletamento di compiti non complessi (quali immagini specifiche o procedure di trattamento di pazienti) regolati da protocolli e per i quali sono stati appositamente addestrati.

- **Radiografo** (Radiographer Practitioner – RP - la figura professionale prevede delle sottocategorie: radiographer, Senior I radiographer, Senior II radiographer, Superintendent III, Superintendent IV) espleta, in maniera autonoma, un'ampia gamma di compiti clinici complessi (RX, TC, RM, medicina nucleare, immagini con contrasto, trattamenti radioterapici/oncologici, supporto ai pazienti in fase di trattamento) su pazienti di qualunque tipo e condizione. Risponde del proprio operato e dell'operato dei collaboratori sotto la sua supervisione. Rientrano nei compiti dei RP:

- la direzione e la supervisione dell'operato degli AP, degli studenti;
- la validazione degli esami (RD) o dei trattamenti (RT);

- la determinazione delle proiezioni e delle scansioni appropriate all'esame (RD o la pianificazione dei trattamenti (RT);

- concordare sulla ripetizione o sulla condotta di esami supplementari (RD) monitorare la risposta ai trattamenti (RT).

- **Radiografo Specialistico** (Advanced Radiographer – AR) sono gli esperti di settore in aree specialistiche determinate. Definiscono le competenze e le responsabilità dei collaboratori e sviluppano protocolli di pratica clinica.

- **Radiografo Consulente** (Consultant Radiographer – CR) livello retributivo 8. Il Consultant Radiographer è il responsabile delle aree di specializzazione o di servizio e, attraverso pratica, ricerca e formazione, ne identifica ed influenza direzione strategica e rinnovamenti.

Le mansioni del CR comprendono tra l'altro:

- esercizio della pratica clinica;
- ricerca e sviluppo;
- verifiche e revisioni;
- formazione ed addestramento di studenti e personale dipendente;
- sviluppo di policy e protocolli di pratica clinica.

- **Dirigenti del Servizio Radiografico** (Service Manager - SM), livelli retributivi 7-9. I Service Manager sono i responsabili ultimi del corretto funzionamento, dell'esercizio corrente del servizio e della pianificazione finanziaria e delle risorse (conoscenze ed abilità professionali) necessarie all'espletamento del servizio radiografico. Le aree di responsabilità dei SM riguardano i seguenti settori:

- comunicazione e relazioni;
- leadership nel settore radiografico e del personale;
- conoscenza, addestramento ed esperienza;
- pianificazione e organizzazione;
- prevenzione e trattamento dei pazienti;
- politiche di sviluppo del servizio;
- risorse finanziarie e fisiche;
- risorse umane.

Formazione di Base: La qualifica di Radiografo Diagnostico o Terapeutico (RD o RT), è ottenuta a seguito dell'acquisizione di un BSc (*Bachelor of Science* - laurea di 1 livello). La durata media dei corsi è di 3-4 anni accademici: è pratica diffusa da molte università protrarre la durata del corso a 4 anni accademici allo scopo di consentire la necessaria formazione clinica in uno o più dei dipartimenti di radiologia o radioterapia (il rapporto tra lezioni teoriche e formazione clinica è del 50/50). Le materie di studio compren-

dono anatomia, fisiologia e patologia, scienze e strumentazione, scienze sociali, interpretazione delle immagini ed aspetti della cura dei malati, compreso il primo soccorso e consulenze. L'aggiornamento professionale ECM (educazione continua in medicina) è obbligatorio, con cadenza biennale, e subordinato all'iscrizione all'Albo delle Professioni Sanitarie (Health Profession Council -HPC)⁽¹²⁾.

Formazione di specializzazione: La formazione specialistica è assicurata per il tramite di corsi di specializzazione post-universitari / Master, generalmente della durata di 1 anno accademico, di:

- supporto alla pratica avanzata della diagnostica per immagini e della radioterapia/oncologia (es. tecniche biottiche, refertazione, revisione dei trattamenti, tecniche interventistiche);
- sviluppo delle tecniche diagnostiche (es. tecniche di risonanza magnetica, medicina nucleare, ecografia);
- supporto allo sviluppo delle competenze degli AR per la determinazione dei trattamenti in settori specifici di cura (es. radiografia traumatologica, radiografia pediatrica, servizi di prevenzione contro carcinomi mammari, consulenza e management per le professioni sanitarie)⁽¹²⁾.

Diagnostica ecografica e mammografia: Attualmente non esistono corsi per l'accesso diretto alla diagnostica ecografica. L'abilitazione e formazione prevede la frequenza di corsi della durata di un anno accademico, il cui accesso è riservato al personale in possesso del titolo di Radiografo Diagnostico. Tra i requisiti di ingresso ai corsi di specializzazione in Diagnostica ecografica e mammografia, i candidati devono dimostrare la possibilità di essere impiegati presso un dipartimento clinico che possa assicurare un adeguato tirocinio allo studente. La formazione è accreditata presso il Consorzio per l'Accreditamento della Formazione Ecografica (Consortium for the Accreditation of Sonographic Education - CASE)⁽¹²⁾.

Formazione Avanzata: La Formazione Avanzata si rende necessaria per accedere ai ruoli direttivi del Servizio Radiografico. La formazione a tali ruoli avviene per il tramite di corsi universitari, quali il "Diploma in Management Studies" od il "Master in Business Administration". I citati diplomi, non sono sufficienti all'accesso alle carriere direttive che prevedono, oltre ad un'attenta valutazione delle abilità lavorative,

anche il possesso di ulteriori titoli accademici (di specializzazione post-universitari / Master) già conseguiti nelle fasi precedenti della carriera⁽¹²⁾.

Analisi

In Italia, la riforma delle Professioni Sanitarie, il nuovo assetto organizzativo del Sistema Sanitario Nazionale e la Riforma del Sistema formativo universitario hanno determinato, nell'ultimo decennio, un'importante trasformazione dei percorsi formativi per l'acquisizione di professionalità in grado di gestire competenze in ambiti di attività ben definiti e rispondenti a specifiche esigenze del mercato del lavoro. Dal 1994 sono stati definiti i diversi profili delle professioni sanitarie, tenendo conto delle varie tipologie di prestazioni sanitarie di cui la popolazione necessita, e gli ordinamenti didattici dei Diplomi Universitari sono stati modificati, in conformità ed in linea con la Unione Europea, con l'obiettivo di formare professionisti con competenze avanzate basate sul sapere scientifico, in grado di rispondere, ognuno con il proprio specifico professionale, alle esigenze del cittadino⁽¹¹⁾.

Nel 1999 la Legge n.42 (*Disposizioni in materia di professioni sanitarie*) entra nel merito alla definizione del ruolo delle professioni sanitarie, definendo quali sono gli elementi che costituiscono il campo proprio di attività e responsabilità professionale e successivamente si è reso necessario delineare un percorso formativo in linea con le competenze che il futuro professionista deve acquisire per rispondere adeguatamente al suo mandato professionale.

Alla Legge 42/1999 segue la Legge 251/2000 (*Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica*) che completa un percorso di valorizzazione e responsabilizzazione delle professioni sanitarie ponendo come obiettivo l'autonomia e la diretta responsabilità delle attività professionali. Pochi mesi prima, il DM 509/1999 (*Regolamento recante norme concernenti l'autonomia didattica degli Atenei - successivamente modificato dal DM 22 ottobre 2004, n. 270*), aveva modificato l'assetto formativo dei percorsi di studio universitari, istituendo i corsi di Laurea triennali (trasformazione degli attuali Diplomi Universitari), le Lauree Specialistiche e i Master, demandando a decreti successivi l'organizzazione formativa⁽¹⁾.

A ciò è seguito un grande fermento nelle sedi istituzionali ed all'interno delle associazioni professionali e con i Decreti MURST del 2 aprile 2001 sono state istituite le Classi delle Lauree

Universitarie e delle Lauree Specialistiche delle professioni sanitarie determinando gli accorpamenti disciplinari all'interno di 4 classi, in base alla peculiarità delle rispettive professioni.

Con il Decreto Ministeriale dell'8 gennaio 2009, infine, le classi delle lauree specialistiche delle professioni sanitarie, di cui al D.M. 2 aprile 2001, sono state soppresse e sostituite dalle classi di laurea magistrale (Tabella 1).

Risultati

La recente evoluzione professionale, approdata con varie norme legislative ai nuovi profili delle professioni sanitarie, ha posto agli operatori sanitari due grandi sfide:

- diventare in prima persona protagonisti dello sviluppo, progettazione ed implementazione del processo della formazione di base per la professione;
- avviare un'organizzazione del lavoro per modelli professionali con una repentina ridefinizione del ruolo di ogni operatore all'interno delle organizzazioni sanitarie.

Il confronto con il panorama europeo ed in particolare con quello britannico, precedentemente analizzato, per la professione del Tecnico Sanitario di Diagnostica per Immagini e Radioterapia, suggerisce lo sviluppo di un nuovo assetto organizzativo, formativo e lavorativo per la professione, nel contesto di percorsi predefiniti di carriera e/o di aree di responsabilità, motivanti e contrattualmente standardizzati. Tale modello prevede la creazione di 5 figure professionali⁽¹¹⁾:

- ASRM Assistente (Assistente Sanitario di Radiologia Medica)
- SRMP Professional/Tutor (Sanitario di Radiologia Medica Professional)
- SRMSP Senior Professional (Sanitario di Radiologia Medica Senior Professional)
- Coordinatore Specialista/Coordinatore degli Insegnamenti Tecnico-Pratici e di Tirocinio
- Dirigente SRM (Sanitario Di Radiologia Medica) /Docente SRM (Sanitario di Radiologia Medica); il Docente ed il Dirigente, con livelli retributivi stabiliti rispettivamente dai contratti per la dirigenza (Tabella 2).

Il prospettato modello organizzativo di "job oriented", permetterebbe al professionista SRM di poter disporre di concrete capacità "di saper fare" in maniera autonoma. L'autonomia professionale del SRM nell'acquisizione delle immagini (anche di quelle che prevedono l'utilizzo del mezzo di contrasto), preparazione, invio e trasmissione in termini di qualità e sicurezza produrrebbe un input reale allo sviluppo ed alla diffusione della Teleradiologia, con tutti i benefici da essa derivanti⁽²⁾.

L'implementazione di tale sistema organizzativo comporterebbe, inoltre, la ridefinizione del sistema di educazione continua in un nuovo sistema "per obiettivi" che, ispirato a criteri di pragmatismo e realismo, sia continuamente sottoposto anche a controlli di qualità. In tale contesto, l'E.C.M. andrebbe riorganizzata per divenire leva di serio aggiornamento professionale. Bisognerebbe, quindi, prevedere:

Tabella 1 - Determinazione delle classi dei corsi di laurea per le professioni sanitarie ai sensi del D.M. 22.10.2004, n. 270.

Table 1 - Determination of the classes of degree courses for health care professionals according to the DM 22.10.2004, n. 270.

Laurea di I livello DM 19 febbraio 2009 3 anni	Ha l'obiettivo di assicurare allo studente un'adeguata padronanza di metodi e contenuti scientifici generali (180 Cfu. 1 credito = 30 ore). È il titolo che abilita all'esercizio professionale.
↓ →	Master di I livello 1 anno Corso di approfondimento scientifico e alta formazione permanente e ricorrente in ambiti specifici, successivo al conseguimento della laurea di I livello (60 Cfu).
Laurea Magistrale (II livello) DM 8 gennaio 2009 2 anni	Ha l'obiettivo di fornire allo studente una formazione di livello avanzato per l'esercizio di attività di elevata complessità (120 Cfu).
↓ →	Master di II livello 1 anno Corsi di approfondimento scientifico e alta formazione permanente e ricorrente in ambiti specifici, successivo al conseguimento della laurea magistrale o di II livello (60 Cfu).
Dottorato di ricerca 3 anni	Fornisce le competenze necessarie per esercitare, presso Università, enti pubblici o soggetti privati, attività di ricerca e di alta qualificazione.

Tabella 2 - Modello suggerito in un nuovo assetto organizzativo, formativo e lavorativo per la professione.**Table 2** - Model suggested in a new organizational structure, training and working for the occupation.

Figura	Formazione	L. R.
Assistente ARM	Laurea	7
SRMP Professional Tutor	Laurea L + Master I livello	7 bis / tris
SRMSP Senior Professional	LM + Master II livello	8
Coordinatore Specialista Coordinatore Insegnamenti	LM + DS/Master II livello	8 bis
Dirigente SRM Docente	LM+ Master Management II livello Dottorato di Ricerca	C. D.

- l'obbligatorietà di sottoporsi a prove biennali individuali E.C.M. teoriche e pratiche;
- l'attestazione, oltre che del nuovo sapere anche di quello pregresso specifico del proprio ambito lavorativo (ad es. TC, RM, Angiografia, Radiologia Tradizionale, Medicina Nucleare, ecc...);
- commissioni di valutazione e validazione delle prove E.C.M. con presenza di membri esperti esterni, per favorire l'obiettività del giudizio;
- la retrocessione o la sospensione per il personale che non consegua i crediti ECM "job oriented" previsti dalle normative nazionali.

La riorganizzazione dell'E.C.M. ricondurrebbe l'accreditamento professionale verso la sua finalità originale (ossia il miglioramento della qualità delle prestazioni e dei servizi sanitari offerti al cittadino) favorendo, nel contempo, la creazione di un sistema virtuoso pienamente meritocratico, in cui i professionisti attenti, preparati ed aggiornati possano ricevere la giusta valorizzazione. Infine, la ricerca del "saper fare" deve diventare il motore del sistema di progettazione di un'organizzazione superiore di formazione europea, da un lato per la verifica dell'efficacia del livello di competenza professionale acquisito e, dall'altro, per favorire il processo di omogeneizzazione e standardizzazione europea della professione. Accordi multilaterali e attività di scambio finalizzate alla formazione ed alla pratica clinica del personale, oltre che l'istituzione di consorzi e gemellaggi tra le varie Università e le Aziende del comparto sanitario, potrebbero favorire la standardizzazione dei processi e la creazione di protocolli europei comuni⁽⁸⁾.

Discussione

Il riassetto legislativo delle professioni sanitarie, le opportunità di dirigenza e docenza, il

riconoscimento dell'autonomia e della responsabilità delle attività professionali hanno aperto in parte la strada allo sviluppo ed alla progettazione di nuovi modelli organizzativi. Tuttavia gran parte delle soluzioni adottate nelle aziende sanitarie presentano molte criticità:

- non si seguono linee guida comuni;
- non coinvolgono adeguatamente tutte le professioni sanitarie nella gestione economica e tecnico professionale dei processi aziendali;
- non assicurano il peculiare rapporto tra l'autonomia dei professionisti sanitari e la conseguente assunzione di responsabilità;
- non formalizzano contrattualmente la crescita professionale conseguita con i nuovi percorsi formativi;
- non sviluppato un sistema effettivamente premiante per chi continuamente si aggiorna seguendo percorsi universitari o aziendali.

Di fatto, nel dettaglio:

- l'istituzione della Laurea Specialistica o Magistrale delle Professioni Sanitarie ha subito ritardi ed ostacoli e il suo percorso non è stato certamente lineare, ciò ha causato la mancanza di una seria programmazione tra gli obiettivi formativi e gli sbocchi professionali (dirigenza, docenza, ricerca), determinando una tensione tra domanda ed offerta (la legge 251/00 ha aperto la strada alla dirigenza delle professioni sanitarie, ma la possibilità di impiego per chi intraprende questo percorso formativo sono molto basse, per l'esiguità dei posti a disposizione);
 - le lauree magistrali per classi e non per professioni limitano la crescita scientifica di ogni singola disciplina;
 - non esiste alcun riconoscimento per la figura del Tutor di tirocinio per gli studenti universitari, né per il Tutor di formazione o personale esperto per l'inserimento dei nuovi assunti;
 - non esistono ancora riconoscimenti contrattuali per chi consegue Master in settori

specifici (basti pensare all'amministratore di sistema) anche se previsti dalla legge 43/06, dove si parla di professionisti specialisti in possesso del *master* di primo livello per le funzioni specialistiche rilasciato dall'Università;

- lo stesso master di primo livello in coordinamento, unico formalizzato come posizione lavorativa, offre la possibilità di sbocco professionale esclusivamente nell'ambito lavorativo di appartenenza tramite concorsi interni alle Aziende (non esistono, allo stato attuale, concorsi pubblici esterni);

- le attuali procedure di valutazione dell'E.C.M. non sono premianti degli effettivi livelli di professionalità pratica e/o teorica. La valutazione avviene, infatti, attraverso semplici test a risposta multipla, che non richiedono alcun approfondimento individuale professionale;

- il sistema di gestione per la qualità nelle aziende sanitarie è ancora allo stato embrionale. La conoscenza di chi fa cosa, dove, come e quando non può essere facilmente rilevata e non si può quindi sviluppare un sistema delle competenze del personale dipendente in relazione al gap prestazionale (sistema premiante e meritocratico).

Conclusioni

L'esigenza di dare risposte adeguate a quesiti medici sempre più complessi ed articolati ha generato, negli ultimi decenni, la necessità di una continua evoluzione delle Professioni Sanitarie. La società ha mutato le proprie esigenze sanitarie e ciò ha implicato approfondimenti sistematici della ricerca, delle conoscenze e delle correlate competenze professionali. Assistiamo, di conseguenza, al continuo rinnovamento del ruolo degli operatori all'interno delle organizzazioni sanitarie e ad una repentina ridefinizione della metodologia formativa. Negli ambiti operativi e legislativi, vanno affermandosi sistemi di interazione sempre più articolati tra le varie professioni, ciascuna per le proprie competenze e ruoli, per fornire delle risposte adeguate ai bisogni dell'utente.

Il vantaggio principale di questo modello organizzativo "orizzontale" è costituito dalla sua flessibilità, che consente di utilizzare, in maniera sinergica le diverse competenze. L'utilizzo appropriato ed efficiente delle risorse e la definizione di competenze e responsabilità, caratterizzanti dei sistemi "orizzontali", generano evidenti vantaggi in termini di valorizzazione,

coinvolgimento e di spinta motivazionale del personale: "saper fare e saper fare bene".

Le valutazioni contenute nel presente lavoro, relative alla proposta di una nuova soluzione organizzativa formativa e lavorativa della professione del TSRM, può costituire la base per la riorganizzazione dell'intero settore delle professioni sanitarie nazionali. Attenzione, in particolare, è stata posta sulla necessità di riformulare il sistema organizzativo e formativo (di base, specialistico ed avanzato) della professione, orientandoli al miglioramento della qualità delle prestazioni e dei servizi sanitari offerti al cittadino ed alla creazione di un sistema virtuoso pienamente meritocratico, in cui i professionisti attenti, preparati ed aggiornati possono ricevere la giusta valorizzazione. La riuscita di tale progetto, passa attraverso la ridefinizione e l'implementazione di 4 aree critiche:

- la ridefinizione dei contenuti dei percorsi formativi di base (Laurea e Laurea Magistrale) per ambiti disciplinari (e non per classi);
- l'acquisizione di competenze e capacità specifiche attraverso la frequentazione di Diplomi di Specializzazione Master e Dottorati di Ricerca;
- la formazione continua finalizzata all'impiego "job oriented" validata e valutata da un'apposita commissione esterna;
- lo sviluppo della carriera orientata su un'oculata distribuzione delle responsabilità nell'ambito dell'organizzazione riconosciute e formalizzate contrattualmente.

L'attuazione di un tale modello potrebbe assicurare da un lato analoghe prospettive di carriera ad ogni professionista sanitario e dall'altro accrescerebbe, nel rispetto dell'autonomia professionale, la partecipazione ai processi aziendali di tutti i professionisti della salute e la loro integrazione in un ambito multidisciplinare, con il vantaggio ultimo di un sicuro miglioramento delle prestazioni e dei servizi in ogni ambito ed ad ogni livello.

Bibliografia

1. Auteri E. Management delle risorse umane, Guerini e associati, 1998
2. Bergami M. L'identificazione con l'impresa, NIS, Roma, 1996
3. Bergami M. La decisione di partecipare: Studi organizzativi sull'EI, Il Mulino, Bologna, 2002
4. Bonazzi G. Come studiare le organizzazioni, Il Mulino, Bologna, 2006.

5. Etzioni A. *Sociologia delle Organizzazioni*, 1958
6. Garzanti, *Enciclopedia Garzanti di Filosofia*, ed. 1986
7. Hatch MJ. *Teoria delle organizzazioni*, Il Mulino (capp. I, II, III, IV, VI, VII, VIII)
8. Schwartz SH. Toward a universal psychological structure of human values. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53, 550-562. (1987).
9. Schwartz SH. Universals in the content and structure of values: Theory and empirical tests in 20 countries. In M. Zanna (Ed.), *Advances in experimental social psychology* (Vol. 25) (pp. 1-65). New York: Academic Press.
10. Schwartz SH. Are there universal aspects in the content and structure of values? *Journal of Social Issues*, 50, 19-45. (1994).
11. Zangrandi A. *Economia e management per le Professioni Sanitarie* (2010)
12. College of Radiographers e la Society of Radiographers, available from www.sor.org.

Dichiarazione di conflitto di interesse

Gli autori dichiarano di non aver ricevuto alcun finanziamento per il seguente studio e di non avere alcun interesse finanziario nell'argomento trattato o nei risultati ottenuti.

Corrispondenza e richiesta estratti:

Dr. Maria Rosella Longo
I.N.M.I - I.R.C.C.S "L.Spallanzani"
Via Portuense 292, 00149 Roma, Italia
e-mail: mariarosella.longo@inmi.it